

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

*«Metabolik sindrom va dismetabolizmning
zamonaviy davolash usullari»*

RESPUBLIKA ILMYI-AMALIY KONFERENSIYA

TEZISLARI

Toshkent 2016



ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

*«Метаболический синдром и современные
методы лечения дисметаболизма»*

Ташкент 2016

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР



СПОНСОРЫ



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

***«Metabolik sindrom
va dismetabolizmning zamonaviy davolash usullari»***

**RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA
*TEZISLARI***

Toshkent 2016

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИ-
СТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

ТЕЗИСЫ

**РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

***«Метаболический синдром
и современные методы лечения дисметаболизма»***

Ташкент 2016

ТАҲРИР ХАЙАТИ:

Раис: Сабилов Д.М., профессор

Аъзолар:

Акилов Х.А., профессор

Атаханов Ш.Э., профессор

Алиджанов Ф.Б., профессор

Каюмов У.К., профессор (жавобгар 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. 11.04.2016й.
Адади: 399 нусха. Буюртма № 16
ООО «Polisar-tech» босмахонасида чоп этилди
Тошкент ш., Фарғона йўли кўчаси 554/2 уй.

МЕТАБОЛИЗМ, ДИСМЕТАБОЛИЗМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КАК ПОНИМАТЬ, ОЦЕНИВАТЬ И ЛЕЧИТЬ

Каюмов У.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Метаболические процессы принято разделять на 2 основные части: **анаболизм и катаболизм**, которые находятся в неразрывном единстве и сбалансированы. Нарушение нормального баланса между ними неизбежно вызывает патологический процесс или является проявлением болезни.

Виды дисметаболизма. Нарушения метаболизма могут проявляться в виде нарушения белкового, жирового, углеводного, минерального и других видов обмена, а чаще – их сочетаниями.

Причины нарушения метаболизма многообразны: воспаление, инфекции, травмы, стресс, эндокринные нарушения, погрешности питания, факторы внешней среды, вредные привычки и многие другие факторы.

При рассмотрении той или иной патологии не следует упускать из виду то, что наряду с видимыми проявлениями болезни (например: артериальная гипертензия или изменения на ЭКГ), в организме могут протекать дисметаболические процессы, которые и определяют формирование, течение и исходы болезни (например: дислипидемия, эндокринные и другие нарушения метаболизма). Поэтому, коррекция дисметаболизма является неотъемлемой частью современной терапии.

Средства и методы метаболической терапии. К основополагающим принципам сохранения нормального метаболизма и коррекции дисметаболических процессов следует отнести здоровый образ жизни. Что касается лекарственных средств метаболической направленности, то к настоящему моменту предложено несколько классификаций в которых можно выделить следующие классы: субстраты и коферменты энергетического обмена, компоненты дыхательной цепи, субстраты, модуляторы и корректоры липидного, белкового, минерально-электролитного обменов, синтетические препараты, регулирующие окислительно-восстановительные процессы.

Метаболический синдром (МС) выступает в качестве важного фактора риска ССЗ, а также он имеет большое значение в патогенезе, течении и исходах широкого круга заболеваний различных органов и систем. Вместе с тем, следует помнить и о том, что МС представляет собой, хотя и весьма важную, но только часть различных процессов дисметаболизма. Диагностика МС должна основываться только на основе чёткого соблюдения критериев его выявления. Недопустимо относить к МС случаи, когда имеют место его отдельные компоненты, комбинация которых не соответствует критериям МС.

Вывод. Для эффективной терапии многих заболеваний (а в ряде случаев и полного их излечения), следует оценивать состояние метаболизма и проводить коррекцию, как МС, так и других дисметаболических процессов.

КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турдикулова Ш.У., Турсунов Р.Р.,
Исхаков Ш.А., Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З.
АО «РСНПМЦТиМР»; ИБООХ АН РУз.

Цель работы. Изучение эффективности статинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции.

Материалы и методы. 40 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) I–III функционального класса (ФК) на фоне базисной терапии принимали розувастатин, 10-20 мг/сут (I группа) и аторвастатин, 20-40 мг/сут (II группа). Обследование включало антропометрию, определение индекса массы тела (ИМТ), общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ), С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, общего билирубина, активности ферментов АЛТ, АСТ, полиморфизма генов ApoE и HMGCR (методом ПЦР).

Результаты. У больных выявлена атерогенная дислипидемия, характеризующаяся увеличением концентрации ОХС, ХС ЛПНП и снижением содержания ХС ЛПВП. Более высокий ИМТ (>27) чаще определялся у пациентов с СС III ФК. АГ выявлено у 75% этих больных. 55% больных были с отягощенной наследственностью, а 45% курили. При СС III ФК выявлены достоверно высокие показатели ОХС- $6,5 \pm 0,55$; ТГ- $2,4 \pm 0,21$; ХС ЛПНП- $3,0 \pm 0,36$ ммоль/л, по сравнению с таковыми при СС II и I ФК и, соответственно, более низкое содержание уровня ХС ЛПВП у больных ИБС СС III ФК, чем у больных с II и I ФК: соответственно $1,1 \pm 0,04$ и $1,2 \pm 0,07$ ммоль/л.

Более высокие показатели ОХС- $6,35 \pm 0,79$, ТГ- $2,73 \pm 0,93$ и ХС-ЛПНП- $4,29 \pm 1,0$ ммоль/л обнаружены при сочетанных поражениях венечных артерий (2-3) и более низкий уровень ХС ЛПВП. У больных ИБС со СС III ФК содержание СРБ было выше, чем у больных СС II и I ФК. Многофакторный анализ снижения размерности не обнаружил каких-либо межгенных взаимодействий среди пяти локусов. Исследования полиморфных маркеров генов HMGCR и ApoE методом ПЦР в реальном времени (PCR RT). Три локуса (rs5063, rs632793 и rs198388) сформировали лучшую модель с максимальной точностью тестирования (39,89%) и последовательности перекрестной проверки (10/10). Отмечается несколько более выраженный эффект розувастатина по сравнению с аторвастатином.

Выводы. Таким образом, изучение генов ApoE и HMGCR у больных ИБС узбекской популяции позволяет подобрать наиболее эффективные и безопасные препараты для коррекции дислипидемии при этой патологии.

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИИ

Абдуллаева Д.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Среди первых причин нарушения обмена веществ можно отметить наследственный фактор. Но зачастую эти нарушения являются следствием неправильного питания. Разные исследователи обнаружили, что у 40-100% обследованных больных с пищевой аллергией имеют место нарушения обмена веществ, снижение энзимной активности, повышение проницаемости слизистой оболочки пищеварительного тракта, её развитию способствует генетическая обусловленность организма продуцировать аллергические антитела, типа иммуноглобулина Е. Частота псевдоаллергических реакций на пищевые продукты варьирует по данным разных авторов на каждый случай пищевой аллергии примерно 8 случаев, причем причиной могут быть как сами пищевые продукты, так и многочисленные химические вещества.

Псевдоаллергические реакции отличаются от истинной пищевой аллергии отсутствием иммунологической стадии в патогенезе. Различают три вида механизма развития псевдоаллергии: реакции, вызванные нарушением метаболизма жирных кислот, в первую очередь арахидоновой кислоты и продуктов её обмена- при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов, анальгетиков, пищевых добавок, красителей, особенно, тартразина, нитрит натрия, ароматизаторов, эмульгаторов, консервантов, салицилатов, глютамат натрия, возможно развитие псевдоаллергических реакций вследствие нарушения метаболизма арахидоновой кислоты, под действием препаратов происходит блокада фермента простагландинсинтетазы, усиливается образование лейкотриенов, вызывающих бронхоспазм, отмена этих веществ полностью излечивает от этого типа псевдоаллергии.

Реакции, связанные с нарушением обмена гистамина (сниженная гистаминопексия, повышенная гистаминолиберация), употребление продуктов, содержащих гистамин (рыба, сыры, томаты, пиво, вино и т.д), реакции, обусловленные неадекватной активацией комплимента- следствие иммунодефицита.

С учётом того, что клинические симптомы истинной пищевой аллергии и псевдоаллергии часто совпадают, а подходы к их лечению различаются, возникает необходимость их дифференциации, чаще врачам приходится применять практически все специфические аллергологические методы. Определение уровня специфических иммуноглобулинов Е к пищевым продуктам даёт важную информацию для клиницистов. При получении отрицательных результатов сопоставляя данные анамнеза и клиники можно делать заключение о неиммунологическом характере заболевания.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Абдухакимова Н.А., Каюмов У.К., Саипова М.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

В последние десятилетия в литературе широко обсуждается проблема метаболического синдрома (МС). Имеется немало сообщений о связи между МС и подагрой. По данным некоторых авторов гиперурикемия является одним из компонентов МС. В ряде исследований приводятся данные о том, что при сочетании подагры с сахарным диабетом имеет место большой сердечно-сосудистый риск, который значительно возрастает у больных ожирением (прежде всего висцеральным). Вместе с тем, учитывая быстрое увеличение больных с МС, многие вопросы, связанные с состоянием основных компонентов этого синдрома у больных подагрой, нуждаются в уточнении.

Цель работы: Изучить частоту и уровни основных компонентов МС у пациентов с подагрой в зависимости от наличия различных категорий гипергликемии.

Материал и методы исследования. Обследовано 75 пациентов, страдающих подагрой. Критериями выявления подагры служили рекомендации Американской ревматологической ассоциации. Состояние толерантности к глюкозе определялось путём проведения стандартного теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 2 часа после приема исследуемым 75 гр. глюкозы.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что среди больных подагрой частота артериальная гипертензия (АГ) встречается у более, чем половины больных (61%), абдоминальное ожирение (АО) встречается ещё чаще (85,82%), а гипертриглицеридемия (ГТГ) имеет место у 73,15%. Показано, что у больных подагрой средние уровни гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой достоверно ($p < 0,05$) выше, чем при нормальных показателях мочевой кислоты. Также установлено, что частота АО у больных подагрой при всех категориях гипергликемии выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе. При этом, статистически значимые различия установлены для гипергликемии натощак и сахарного диабета. Несколько иные данные получены в отношении ГТГ. Хотя ГТГ при подагре встречалась чаще при различных категориях гипергликемии, достоверные различия изучаемых показателей были установлены только в отношении групп с манифестирующим сахарным диабетом и нормальной толерантностью к глюкозе.

Выводы. Подагра тесно связана с такими компонентами метаболического синдрома как АГ, АО, ГТГ. При сочетании гиперурикемии с гипергликемией возрастает частота этих компонентов, особенно при гипергликемии натощак и при постнагрузочной гипергликемии.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ

Абдуллаев С.М

Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ўзбекистон.

Мақсад: Эректил дисфункциянинг метаболик синдроми бор беморларда тарқалишини ўрганиш.

Материаллар ва методлар: Назоратда Эректил дисфункция ташхиси билан муружат этган беморларда ўрганиб чиқилди. Кузатувда 86-нафар метоболик синдроми бор беморлар бўлиб уларнинг ёши 22-68ни ташкил этди. Беморларда метоболик синдромни критерийлари учраш даражаси ўрганиб чиқилди.

Натижа: Эректил дисфункция билан оғриган беморларни 42-тасида (48.8%) да семизлик II-III-даражаси (тана вазни индекси 35,5 дан ортиқ, 27 нафарида (31,3%) қон босимининг юқорилиги 160/100 мм.с.м.уст.дан баланд, 12 тасида (13,9%) да қандли диабет хасталигини борлиги, 48 тасида (55.8%) да қондаги холестерин миқдори 6,2 ммоль/л дан кўпайиб кетиши, 12 тасида (13,9%) Юракнинг ишемик касаллигини турли хил вариантлари аниқланди.

Хулоса: Демак, эректил дисфункцияни келиб чиқишида метоболик синдромни ривожланиши ахамиятли бўлиб, эректил дисфункцияни даволашда метаболик синдромни ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ – РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Абдурасулов Ф.П., Юлдашев Б.А., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский медицинский институт, Узбекистан

Патология почек, ассоциированная нарушением обмена мочевой кислоты продолжает оставаться серьезной проблемой современной педиатрии. Среды уро – нефрологических больных дизметаболические нефропатии составляют 5,5 – 10%. Популяционные исследования показали значительную распространенность мочекислотного диатеза в детской популяции (42:1000 обследованных), что является фоном для развития таких заболеваний почек, как интерстициальный нефрит, вторичный пиелонефрит, мочекислый литиаз, риск для развития хронической болезни почек (ХБП) и хронической почечной недостаточности (ХПН).

Цель работы. Установить клинико – генеалогические и лабораторные маркеры мочекислотного диатеза (МКД) у фенотипически здоровых детей.

Материалы и методы. Для выявления детей с МКД в манифестной стадии были обследованы 96 пробандов с впервые установленным диагнозом уратной нефропатии. Из них мальчиков 37 (43%), девочек 49 (57%). В возрасте до 3 лет 24 (28%), 4 – 7 лет 32 (37,2%), 8 – 14 лет 29 (44,8%). Обследованы 96 клинические здоровых sibсов, из них 60 детей (62,5%) выявлен МКД.

Критериями диагностики МКД служили, урикопатический спектр патологии родовой (частота подагры, подагрической почки, ожирение, гипертония, сердечно – сосудистая патология, заболевания связанные с осложнением солей, нефропатии, ХПН), гиперурикемия (ГУ) более 0,300 ммоль/л, экскреция более 1,0 мг на 1 мл суточной мочи, высокий уровень ксантиноксидазы (свыше $110,0 \pm 12,2$ ед по Э.А. Юрьевой).

Клинические признаки заболевания отсутствовали, клиренс креатинина расчетным способом Шварца – выше 100мл/мин/1,73м². АД у половины детей (54 детей) имела тенденцию к гипотонии (ниже 90/60 мм рт. столба). У большинства детей имелись внешние стигмы дизэмбриогена (у 71 ребенка свыше 7 признаков).

Результаты и обсуждение. Наряду с лечением пациентов уратной нефропатии соответственно стадии заболевания всем детям МКД проводились следующие превентивные меры, с целью профилактики манифестации заболевания:

Низкопуриновая диета, при метаболическом типе ГУ, при стрессовых ситуациях 1 – 2 недельные краткосрочные курсы аллопуринолом.

А также жаркие периоды года высокожидкостной водный режим (из расчета 2л/м² поверхности тела, вит А 1000ЕД/год жизни, вит Е 2мг/кг массы тела) одну неделю в каждый месяц.

Отказ от применения нефротоксичных лекарственных средств.

Все дети с МКД отнесены в группу риска по нефропатологии (II – группа здоровья) и подлежат постоянному врачебному наблюдению. После 3 мес наблюдения МК крови с $0,335 \pm 0,009$ ммоль/л снизилось до $0,227 \pm 0,003$ ммоль/л, урикозурии с $5,66 \pm 0,30$ ммоль/сутки до $3,39 \pm 0,19$ ммоль/сутки. Манифестация нефропатологии наступила лишь у 2 детей в виде вторичного пиелонефрита на фоне запоздалого лечения интеркуррентной инфекции (ОРВИ).

Заключение. Таким образом, в настоящее время вполне реально превентивная профилактика ДЗМН, наиболее частых форм патологии в структуре заболеваний почек. Для этого необходимо своевременное (до манифестации) выявление МКД и применение соответствующих мер диета, жидкостной режим, регулирование микроклимата, отказ от применения нефротоксических лекарств, устранение инфекционных, токсических, аллергических воздействий, коррекция дисметаболизма мочевой кислоты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Алимов С.С., Каюмов У.К., Хатамова Д.Т., Нарзикулова С.П.,
Зиямухамедова М.М., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Ибадова М.У.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы. Сравнительная оценка возрастных и половых различий распространённости артериальной гипертензии (АГ) и уровней артериального давления (АД) у мужчин и женщин.

Материалы и методы. Проведено скринирующее обследование 1018 мужчин и 1373 женщин в возрасте 20-49 лет. Обследованные лица представляли неорганизованное население городских поликлиник. Работа проводилась в соответствии со стандартными методами, рекомендованными ВОЗ для популяционных исследований. При оценке артериального давления выделяли следующие категории (в мм.рт.ст.): оптимальное АД (САД - <120; ДАД <80); нормальное АД (САД < 130; ДАД < 85); высокое нормальное АД (САД 130-139; ДАД 85-89); 1 степень АГ (САД 140-159; ДАД 90-99); 2 степень АГ (САД 160-179; ДАД 100-109); 3 степень АГ (САД \geq 180; ДАД \geq 110). Для суммарной оценки изучаемых показателей эти категории были сгруппированы следующим образом: нормальное АД: САД \leq 139; ДАД \leq 89, АГ - САД \geq 140; ДАД \geq 90. Вместе с тем, АГ фиксировалась независимо от показателей АД, если больной принимал гипотензивные препараты в течение 2х недель, предшествовавших обследованию.

Результаты. Распространённость АГ среди мужского населения оказалась более чем в 2 раза выше, чем среди женского. Средние показатели (среднее \pm среднееквадратическое отклонение) как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД) среди мужчин также оказались выше, чем у женщин. С возрастом отмечалось увеличение показателей распространённости АГ как среди мужчин, так и женщин. Вместе с тем, при меньшей распространённости АГ среди женщин, темпы прироста гипертензии у них выше - в каждой последующей возрастной группе наблюдается более чем трёхкратное увеличение частоты АГ. Выявлены различия показателей распространённости АГ и уровней АД среди беременных и небеременных женщин уменьшаются.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об особенностях распространённости АГ и уровней АД среди мужского и женского населения. Более высокие темпы роста частоты АГ у женщин по мере увеличения возраста указывают на целесообразность дальнейшего изучения этиологических факторов и патогенетических механизмов формирования и прогрессирования повышенного АД среди них.

ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ ХАРТИЛ АМЛО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Альмухамбетова Р.К., Жангелова М.Б., Альмухамбетов М.К.,
Каражанова Н.Б., Сергеева Е.Н., Шарипов Р.С., Аманов Д.Н.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ГКЦ, Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности инновационной комбинации иАПФ (рамиприл 5 мг) и БКК (амлодипин 5 мг) - Хартил амло у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 25 больных с метаболическим синдромом и артериальной гипертензией, поступивших в экстренном порядке в ГКЦ в возрасте от 66 до 73 лет (средний возраст – $69,3 \pm 0,9$), из них мужчин - 2; женщин - 13. Среди них АГ II ст. – у 9; III ст. – у 16.

Всем больным рассчитывали индекс массы тела, окружность талии. Помимо общеклинических анализов исследовали уровень глюкозы натощак, липидограмму, регистрировали ЭКГ. Хартил амло назначали в дозе по 5/5 мг в сутки в течение 8 недель, эффективность препарата оценивали по степени снижения АД.

Результаты. Установлено, что в процессе терапии препаратом хартил амло целевого уровня АД достигли 19 пациентов (76%). Общеизвестно, что одним из важных условий антигипертензивной терапии у больных с метаболическим синдромом является достижение целевого уровня артериального давления - ниже 140/90 мм рт. ст. (а при сахарном диабете - ниже 130/85 мм рт. ст.), так как именно при этом условии наблюдается меньше сердечно-сосудистых осложнений.

При этом также необходимо учитывать влияние антигипертензивного препарата на углеводный и липидный обмен.

Преимуществом должны пользоваться лекарственные средства, по крайней мере нейтрально действующие на обменные процессы; еще лучше, если они будут обладать свойством снижать инсулинорезистентность и улучшать показатели углеводного и липидного обмена.

Кроме того, фиксированная комбинация антигипертензивных препаратов из разных групп способствует повышению приверженности больных лечению. Побочного действия хартил амло у наших больных нами не установлено.

Выводы: Таким образом, применение фиксированной комбинации иАПФ и БКК (хартил амло) у больных с метаболическим синдромом снижает уровень АД до целевых значений у 76% больных, при этом имеет достаточно высокий профиль безопасности.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ И ВИСФАТИНА В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Андреева А.А., Голенко Т.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Определение особенностей изменения уровней висфатина и интерлейкинов - 4, -6 (ИЛ-4,-6) в сыворотке крови больных гипертонической болезнью (ГБ) с и без абдоминального ожирения (АО) в зависимости от состояния общей сонной артерии (ОСА).

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 84 больных. Основную группу составили 59 больных ГБ в сочетании с АО, из которых - 28 мужчин (47,5%) и 31 женщина (52,5%). Группу сравнения составили 25 пациентов, которые имели исключительно ГБ- 12 мужчин (48%) и 13 женщин (52%) соответственно. Средний возраст больных составил ($58 \pm 3,1$) лет. Уровни висфатина и ИЛ-4,-6 определяли иммуноферментным методом. Определение комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА проведено с помощью доплеровского ультразвукового исследования. Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью программ MS® Excel®2013™ и STATISTICA версия 6.1.

Результаты. При сравнении уровня висфатина с нормальным КИМ ОСА, было выявлено достоверное его увеличение лишь у больных ГБ с АО. Анализируя уровни висфатина с разной толщиной КИМ ОСА, достоверное увеличение данного адипоцитокина было обнаружено только при патологическом утолщении сосудистой стенки - ($39,49 \pm 1,51$) нг / мл при ГБ с АО и ($24,46 \pm 1,48$) нг / мл при ГБ без АО ($p < 0,05$). Также была обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем висфатина и толщиной КИМ при ГБ с АО ($r = 0,49$, $p < 0,05$) и без него ($r = 0,41$, $p < 0,05$). При сравнении уровня ИЛ-6 с толщиной КИМ ОСА, была установлена положительная корреляционная связь между последними у больных ГБ с АО ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Кроме того, была обнаружена отрицательная корреляционная связь между уровнем ИЛ-4 и висфатином - ($r = -0,41$, $p < 0,05$).

Выводы. У больных с ГБ в независимости от наличия АО отмечается поражения ОСА, при котором имеет место достоверное повышение уровня висфатина и ИЛ-6. Полученные результаты указывают на необходимость применения лекарственных средств для снижения уровня ИЛ-6 и висфатина с целью уменьшения воспалительного процесса в сосудистой стенке. Обнаруженный дисбаланс между ИЛ-4 и висфатином указывает на возможное протекторное действие данного цитокина в развитии сосудистого ремоделирования.

ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы. Изучение проявлений метаболического синдрома у больных с гастропатиями хеликобактериозной этиологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 200 больных с гастропатиями различной этиологии в возрасте от 18 до 60 лет. Основную группу составляли 81(40,5%) больных, у которых диагноз хеликобактериоза подтвержден бактериологически выделением возбудителя из биоптатов слизистой оболочки желудка и серологическим методом ИФА. Остальные 119(59,5%) составляли контрольную группу. В соответствии с общепринятыми рекомендациями определялись следующие параметры метаболического синдрома: увеличение уровня триглицеридов $>1,7$ ммоль/л.; повышение артериального давления >130 мм.рт.ст.; гипергликемия натощак $>5,6$ ммоль/л.; установленный ранее диабет или нарушение толерантности к глюкозе.

Результаты. Установлены результаты проведенных исследований, в основной группе больных по сравнению с контрольной отмечается более частая достоверная регистрация вышеперечисленных параметров метаболического синдрома. Так, увеличение уровня в крови триглицеридов выявлено у 72(88,9%) больных основной группы, а повышенное артериальное давление - у 65(80,3%). Гипергликемия натощак обнаружена у 58(71,6%) пациентов, а 52(64,2%) больных отмечали в анамнезе ранее перенесенный диабет или нарушение толерантности к глюкозе. В контрольной же группе больных получены следующие процентные показатели: 69,3, 60,2, 56,8 и 49,1%, соответственно.

Выводы. Таким образом, эти цифровые данные свидетельствуют, о том, что у больных гастропатиями хеликобактериозной этиологии риск развития метаболического синдрома больше, чем у пациентов с гастропатиями другой этиологии.

Это, объясняется, по-видимому, повреждающим действием хеликобактерий на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы, вызывая тем самым полиорганную патологию.

Несомненную роль играют также нейтрофильные полинуклеары, провоцирующие острую воспалительную реакцию, что является важным механизмом формирования нарушений деятельности вышеназванных органов и систем.

ВЛИЯНИЕ АНТИМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХСН У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель: изучение роли антиметаболической терапии в антире моделирующей эффективности базисной фармако терапии ХСН у больных с МС.

Материал и методы. Обследовано 127 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, постинфарктным кардиосклерозом (НУНА). В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27), больные без МС; II группа (n=49) больные с различной комбинацией дислипидемии с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=51) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. Эхокардиография (ЭхоКГ) осуществлялась на аппарате Mindray (Китай). Все больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (Престариум, Servier), бисопролол (Конкор, Nyscomed), а также верошпирон (Gedeon Richter). Вторая и третья группы разделены на две подгруппы А и Б. Вторая и третья Б группы кроме периндоприла, бисопролола и верошпирона в течение трёх месяцев принимали аторвастатин (Липримар – Pfizer, Ирландия) по 10 мг 1 раз. 3-я Б группа через 3 месяца дополнительно в течение 3х месяцев принимала метформин (Сиофор, Berlen-Chemie).

Результаты. В результате 3х лечения периндоприлом, бисопрололом и верошпироном ИММЛЖ снизилась во 2-ой группе на 14,0% (p<0,05) и в 3-ей группе на 13 % (p>0,05). Дополнительное назначение аторвастатина к базисной терапии увеличена эффективность лечения во 2Б группе до 18,6% (p<0,005), а в 3Б группе до 21,4 % (p<0,005). В 3Б группе в результате лечения, включающий и метформина, через 6 месяцев анализируемая динамика достигает 29,9% (p<0,001). Аналогичная динамика прослеживается и со стороны ИММЛЖ. Достигнуты различные результаты по снижению данного показателя во 2А группе различие по ИММЛЖ в сравнении с 1-ой группой с 10,5% до лечения снизилась до 7,1% после лечения то, во 2Б группе эти показатели составили 13,0% и 2,6%, в 3А – 32,0 и 26,7%, в 3Б – 37,1 и 20,4% соответственно, а также 14,0% в 3Б группе через 6 месяцев. Наибольшее увеличение ФВ (29,0% p<0,005) также наблюдается в 3Б группе через 6 месяцев лечения.

Выводы: Таким образом, дополнительное назначение статинов (аторвастатин) и бигуонидов (метформин) усиливают антире моделирующую эффективность препаратов базисной терапии ХСН, что связано не только с положительным их действием на липидный и углеводный обмен, но и плеотропным эффектом.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель: изучение особенностей variability сердечного ритма у больных с хронической сердечной недостаточностью ФК II-III в зависимости от представленности компонентов метаболического синдрома.

Материал и методы. Обследовано 96 больных с ХСН (II-III ФК NYHA), с постинфарктным кардиосклерозом и с синусовым ритмом. В качестве контрольной группы обследованы 15 практически здоровых лиц. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=35), больные без МС; II группа (n=31) больные с различной комбинацией дислипидемии с АО, АГ и гипертриглицеридемией; III группа (n=30) больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. Осуществлялось ХМ ЭКГ системы «Cardio-Sens» (ХАИ-Медика, г. Харьков).

Результаты: Выявлено уменьшение средних значений как временных, так и спектральных показателей ВРС у больных ХСН. Сдвиг HF был наиболее выражен в I группе больных и составил 41,6 % (p<0,05) по отношению к КГ. Во II и III группах изменение HF было незначительным. У больных с ХСН отмечается снижение и показателей LF спектра, что наиболее было выражено у больных II и III группы. Во II группе этот показатель был ниже на 33,7 % (p<0,01), а в III группе на 61,3 % (p<0,001). Различная степень снижения LF обеспечил различный уровень LF/HF соотношения в обследуемых группах. При этом, если во II группе данный показатель оказался почти одинаковым с показателем КГ то, в I группе отмечается статистически достоверное ее увеличение, а в III группе уменьшение (p<0,05) по сравнению с КГ. Статистически достоверное различие выявляется не только в сравнении с КГ, но и между группами больных (I и III группы; p<0,01). Это подтверждается достоверно низкими показателями SDANN у всех больных и ULF у больных II и III группы. И наконец, необходимо обратить внимание на изменение основного временного показателя ВРС – SDNN. Снижение её у больных I группы на 23,6 % (p<0,05), II группы на 38,8 % (p<0,05) и III группы на 63,1 % (p<0,001).

Выводы: Таким образом, у больных с ХСН без МС снижение общей ВРС сопровождается снижением тонуса не только ПНС, но и СНС отдела ВНС с изменением их соотношения в пользу последнего. Сочетание ХСН с тяжелыми проявлениями МС сопровождается резким снижением общей ВРС, особенно LF, что затрудняет интерпретацию полученных данных и это ставит перед необходимостью комплексного подхода в определении характера нарушения ВРС.

О НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПОЗИЦИЙ НУТРИГЕНОМИКИ

Афони́на С.Н., Лебеде́ва Е.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»,
Россия

Ожирение, которое приобрело в последнее время характер неинфекционной эпидемии, носит глобальный характер (globesity), охватывая большинство стран мира. Учитывая темпы прироста лиц с ожирением, их количество к 2030 году составит почти 2 миллиарда человек. Представляется актуальным поиск немедикаментозных средств профилактики ожирения и его осложнений (МС, СД, ССЗ, печени и др.).

Цель работы. Проведение анализа современной литературы для выявления перспективных немедикаментозных методов профилактики и изучения молекулярных механизмов, лежащих в их основе.

Материалы и методы. Современные подходы к разработке профилактических мер основаны на применении достижений нутригеномики.

Результаты. Нутригеномика МС и ожирения изучает большой спектр пищевых химических факторов и их участие в регуляции клеточного метаболизма. Среди активно изучаемых питательных веществ следует выделить группу т.н. фитохимических веществ, обладающих широким спектром действия. Из наиболее известных-это полифенолы (например, катехины чая). Известно, что 600-800 мг катехинов в сутки (соответствует 3-4 стандартным чашкам чая) и более позволяет достоверно снизить массу тела, уменьшить проявления МС и уменьшить риск развития диабета и ССЗ. Изучение молекулярных механизмов, лежащих в основе этих эффектов, показало, что они в основном обусловлены таким соединением как эпигаллокатехингаллат (ЭГКГ). Отмечены два основных механизма его действия: 1) снижение активности пищеварительных ферментов и всасывания продуктов переваривания липидов и углеводов.

2) «гипотеза о влиянии на АМФ-зависимую протеинкиназу». ЭГКГ, действуя через АМФ ПК, индуцируют изменения в экспрессии генов и белков, ответственных за процессы углеводного и липидного обмена в печени, жировой и мышечной тканях. Такой же механизм действия выявлен и для других фитохимических веществ (ресвератрола, куркумина, капсаицина, аллиина). Основным недостатком пищевых полифенолов является высокая скорость внутриклеточного метаболизма и короткий период выведения из организма.

Выводы. Данный подход позволяет разработать эффективную программу немедикаментозной профилактики широкого спектра нарушений, объединяемых общими молекулярными механизмами развития.

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ

Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Ахмедов А.И., Тухтаев Ж.К., Обидов Ш.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Ожирение является доминирующим фактором в развитии послеоперационных вентральных грыж (ПВГ). Дополнение абдоминопластики к герниопластике восстанавливает морфологические состояния передней брюшной стенки, которое в настоящее время приобретает не только медицинское, эстетическое, но и большое социальное значение.

Цель исследования - улучшить хирургическую тактику у больных с вентральными грыжами и ожирением III-IV степени.

Материалы и методы: Обследовано 51 больных с вентральными грыжами и ожирением III-IV степени, оперированных в I и II хирургических отделениях СамГМО в 2013-2015 г. Из них женщин было 47 больных, а мужчины 4 пациентов. При распределении мы использовали Международную классификацию вентральных грыж по Chevrel J.P., Rath A.M (1999). Больные распределены на две группы: основную группу (ОГ) составили 28 (54,9%) больных, им проводилось герниоабдоминопластика, и контрольная группа (КГ) – 23 (45,1%) больных. Им произведено только герниопластика.

При исследовании всем больным проводилось стандартные исследования. У 41 (80,4%) больных выявлено ожирение III степени (22 в ОГ, 19 в КГ), у 10 (19,6%) – IV степени (6 в ОГ, 4 в КГ). У 43 пациентов выявлены другие сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь, ИБС, хронические заболевания легких и сахарный диабет. У некоторых из них эти патологии сочетались. После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа "якоря" (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Протезирование грыжевого дефекта соответственно по показаниям. После завершения герниопластики с абдоминопластикой над апоневрозом оставляли дренажи по Редону.

Результаты. В отдаленном послеоперационном периоде у больных ОГ рецидивов не наблюдалось. У 4 больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось местные осложнения (у 3 (10,7%) пациентов серома и у одного (1,9%) гематома). В КГ в ближайшем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось компартмент синдром III-IV степени и 6 (26%) больным местные осложнения. В 3 (13%) случаев наблюдалось рецидивы грыжи.

Выводы: Одномоментная герниоабдоминопластика корректирует форму тела и устраняет эстетические неудобства, вносит большой вклад в психологическую и социальную реабилитацию больных ожирением и является хорошим стимулом для выработки мотивации и снижению массы тела.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ И АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель исследования: Выработать оптимальные способы комплексного лечения синдрома диабетической стопы.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 52 больных сахарным диабетом, осложненным диабетической стопой. С целью подготовки к операции мы проводили комплексное предоперационное лечение, в которое входили: коррекция гликемии, бактериологический посев из раны, выведение стопы из критического ишемического состояния, выявление сопутствующих заболеваний и местное лечение диабетической стопы. Нами в этом периоде была применена системная энзимотерапия – вобензим (или флогензим).

Лечебное действие этих препаратов обусловлено следующими эффектами: противовоспалительным, противоотечным, вторично-анальгезирующим, фибринолитическим, антиагрегантным и иммуномодулирующим. В качестве препарата для системной энзимотерапии был использован флогэнзим в состав, которого входит трипсин 48мг и бромелаин 90мг, а также рутин 100мг, стабилизирующий эндотелий сосудов. Средняя терапевтическая доза препарата составила 6 драже в сутки. Курс лечения определялся характером течения воспалительного процесса. Лечение препаратом продолжалось и после выписки больного.

Результаты: После проведенного лечения в условиях хирургического отделения наблюдалось укорочение средней продолжительности лихорадочного периода, купирование болевого синдрома по сравнению с контрольной группой, уменьшение отека.

Больным выполнены следующие операции. Из 40 больных некрэктомия произведена у 8, экзартикуляция и ампутация пальцев стопы – у 28, ампутация на уровне голени – у 1, ампутация на уровне бедра у 3 больных. Всего лишь 6 больным применено местное лечение.

Своевременным применением энзимотерапии с антибиотиками и активной хирургической некрэктомией из 40 больных у 38 получен хороший эффект. В результате предложенной активной хирургической тактики из 40 больных только у 4 была произведена проксимальная ампутация на уровне голени и бедра. Это значительно снизило послеоперационную инвалидность.

Вывод: Своевременное комплексное дооперационное консервативное лечение с применением системной энзимотерапии и активное хирургическое вмешательство значительно снизило количество ампутаций нижних конечностей при диабетической стопе.

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ-21 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бабак О.Я., Лапшина Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Введение: Нарушение секреции адипокинов может играть ключевую роль в развитии метаболического синдрома, в том числе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и прогрессирования стеатогепатита. Избыточная висцеральная жировая ткань была определена в качестве одной из основных причин, которая ведет к развитию НАЖБП.

Цель исследования: изучить содержание фактора роста фибробластов-21 (FGF21) в плазме крови пациентов с НАЖБП на фоне ГБ.

Материалы и методы исследования: было обследовано 40 пациентов с НАЖБП на фоне ГБ, из них 20 - без избыточного веса тела, и 20 пациентов с избыточной массой тела, группу контроля составило 20 практически здоровых лиц. Среди обследованных - 32 мужчины и 28 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Проводилась оценка клинико-биохимических данных, определение содержания FGF21 - иммуноферментным методом в плазме крови. Наличие и степень стеатоза печени оценивались с помощью ультразвукового сканера "LOGIQ 5" (США).

Результаты: Показатели уровней FGF21 у пациентов исследуемых групп имели достоверную разницу - средние показатели в первой группе составили: 268,75 (132,04; 357,27) пг/мл - медиана, 25й и 75й квартили соответственно; во второй группе определения уровней FGF21 показало медиану 377,95 (311,13; 459,37) пг/мл, когда в группе контроля были определены следующие показатели: 99,5 (91,87; 115,5) пг/мл ($p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, анализ содержания FGF21 в плазме крови показал значительные различия между группами пациентов НАЖБП на фоне ГБ и группой контроля. Уровни FGF21 в группе с избыточным весом выше, чем в группе с нормальным весом тела, что свидетельствует о положительной корреляции между этими двумя показателями.

ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЕЗАМИ

Бабаходжаев С.Н., Алланиязова Б.К.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение проявлений метаболического синдрома у больных шигеллезами Флекснера и Зонне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 120 больных с шигеллезами в возрасте от 18 до 60 лет. У 85(71,0%) больных установлен диагноз дизентерии Флекснера, у 35(29,0%) - Зонне. У всех больных диагноз болезни подтвержден бактериологически выделением ко-прокультуры. В соответствии с общепринятыми рекомендациями определялись следующие параметры метаболического синдрома: увеличение уровня триглицеридов $>1,7$ ммоль/; повышение артериального давления (АД) >130 мм.рт.ст.; гипергликемия натощак $>5,6$ ммоль/л.; установленный ранее диабет или нарушение толерантности к глюкозе.

Результаты. В группе больных с бактериальной дизентерией Зонне по сравнению с шигеллезом Флекснера отмечается более частая достоверная регистрация вышеперечисленных параметров метаболического синдрома. Так, увеличение уровня в крови триглицеридов выявлено у 26 (74,3%) больных дизентерией Зонне, а повышенное АД - у 25(71,5%). Гипергликемия натощак обнаружена у 18(51,5%) пациентов, а 14(40,0%) больных отмечали в анамнезе ранее перенесенный диабет или нарушение толерантности к глюкозе. В группе больных с дизентерией Флекснера получены следующие процентные показатели: 59,3; 50,2; 36,8 и 20,1%, соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, о том, что у больных с бактериальной дизентерией Зонне риск развития метаболического синдрома больше, чем у пациентов с шигеллезами Флекснера. Это, объясняется отчасти тем, что для шигеллеза Зонне в отличие от дизентерии Флекснера характерен пищевой путь заражения. Кроме того, не исключается тот факт, что указанные больные в основном не соблюдают режим питания. Для полного подтверждения нашего предположения необходимо проведения дополнительных исследований в указанном контингенте больных по определению индекса массы тела, физической активности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития сердечно-сосудистых (СС) заболеваний (ССЗ). Однако при отсутствии инсулинорезистентности (ИР), дислипидемии (ДЛ) и артериальной гипертензии (АГ) такие пациенты считаются метаболически здоровыми (Metabolically Healthy Obesity (МНО)).

Цель: изучить изменения уровней адипокинов (лептина и адипонектина) при метаболических нарушениях у бессимптомных пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 79 пациентов (из них 35 женщин) в возрасте $46,8 \pm 3,7$ лет. Определение МНО проводилась согласно критериям Wildman. Метаболически здоровыми считались пациенты с уровнем систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД) соответственно: $САД \leq 130$ мм рт ст; $ДАД \leq 85$ мм рт ст; уровнем триглицеридов (ТГ) $\leq 1,7$ ммоль/л; липопротеинов высокой плотности у мужчин и женщин соответственно: $\geq 1,04$ ммоль/л, $\geq 1,30$ ммоль/л; гликемией $\leq 5,55$ ммоль/л; уровнем С-реактивного белка (СРБ) $< 4,24$ мг/л; сохраненной чувствительностью тканей к инсулину (НОМА-IR $< 4,32$).

Результаты. Избыточная масса тела была у 34 (43,04%), ожирение – у 45 (56,96%) больных (индекс массы тела (ИМТ) соответственно: $29,4 \pm 1,2$ кг/м²; $32,8 \pm 1,5$ кг/м²). Фенотип МНО по критериям Wildman установлен у 16 пациентов (20,25%). Уровень адипонектина был достоверно выше у МНО пациентов (соответственно: $16,58 \pm 2,16$ мкг/мл; $7,32 \pm 1,24$ мкг/мл ($p < 0,05$)). Уровень лептина существенно не отличался у пациентов МНО и метаболически нездоровых пациентов (соответственно: $11,93 \pm 2,18$ нг/мл; $13,54 \pm 3,15$ нг/мл; $p > 0,05$).

Выводы. У пациентов с избыточной массой тела и ожирением повышение адипонектина может рассматриваться как защитный механизм, тормозящий развитие других метаболических нарушений и оказывающий протективное действие развития ССЗ.

АНТИСТРЕССОВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ

Болтабоев С.А., Азизов С.В.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучения механизма влияния антистрессовая пластическая гимнастика (АПГ) на показатели липидного обмена в лечение и реабилитации больных атеросклерозом венечных сосудов с проявлениями метаболического синдрома.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных атеросклерозом венечных сосудов с проявлениями метаболического синдрома в возрасте 40-56 лет. Из них 54 (67,5%) мужчин и 26 (32,5%) женщин. Давность заболевания от 1 года до 10 лет.

До и после лечения и реабилитации оценивалось состояние основного признака метаболического синдрома, то есть ожирения, абдоминальное ожирения: объем талия (ОТ) и в липидном спектре обмена следующие дополнительные критерии: триглицериды (ТГ) и липопротеиды (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП).

Исследуемые получали 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; - антисклеротическая фитотерапия; - йод-бромная бальнеотерапия: йод-бромная минеральная ванна назначена при температуре воды 37°C, продолжительность 10 минут, через день, на курс 8 процедур 1 раз в год.

Результаты. До лечения и реабилитации выявлено у всех больных ожирения: ОТ у мужчин в среднем 96 см, у женщин 85 см и в липидном спектре обмена: - повышение уровня ТГ $2,2 \pm 0,07$ ммоль/л; - снижение концентрации ХС-ЛПВП ($0,71 \pm 0,05$ ммоль/л у мужчин и $0,97 \pm 0,21$ ммоль/л у женщин); - повышение содержания ХС-ЛПНП $4,1 \pm 0,13$ ммоль/л. После лечения и реабилитации выявлено достоверное снижение ОТ у мужчин в среднем 93 см, у женщин 79 см и средних показателей липидного спектра обмена соответственно: ТГ–27,3%, 30%, 36,8%, 32,2% ($P < 0,01$), ХС-ЛПНП–22,2%, 26,9%, 30,1%, 28,5% ($P < 0,01$) и достоверное повышение средних показателей ХС-ЛПВП 96%, 118,3%, 92,9%, 129,5% ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, выявлено достоверная ($P < 0,001$) положительная динамика, показателей основного признака метаболического синдрома то есть ожирения, абдоминальное ожирения и липидного спектра обмена у больных атеросклерозом венечных сосудов с проявлениями метаболического синдрома связанная с применением АПГ.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Борзова Н.С., Арипов О.А., Ахматходжаева Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы: исследовать показатели тромботической готовности у больных сахарным диабетом (СД) II типа.

Материалы и методы: обследовано 34 больных СД II типа в возрасте от 51 до 73 лет. 15 женщин и 19 мужчин, у которых на коагулометре (Human) определяли фибриноген – по Клауссу, протромбиновое время (ПВ), МНО, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), а также растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) ортофенантролиновым тестом и гомоцистеин ИФА методом.

Результаты: Показано, что повышенный уровень фибриногена у 52% больных с колебанием значений от 4,2 до 5,3 г/л (норма 1,7-3,5 г/л), действие которого проявляется не только участием в процессах гемостаза, но и воспаления. Укорочение протромбинового времени и соответственно снижение МНО меньше 1,0 у 12 больных.

Выводы: У больных СД II типа имеются нарушения в свертывающей системе крови, а именно, активация процессов свертывания, характеризующаяся появлением VIIa (укорочение ПВ) и активных факторов, участвующих во II фазе свертывания, а следовательно, формированием фибрина с последующим появлением РФМК, наличие которых, подтверждается орто-фенантролиновым тестом. Увеличение фибриногена приводит к повышенной вязкости плазмы. Таким образом, больные СД относятся к группе риска по тромботической готовности и нуждаются в соответствующих мерах по предупреждению появления тромбов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТЕОПОНТИНА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ

Борзова-Коссе С.И., Леонидова В.И., Алтыбаева Л.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования - проанализировать состояния внутрисердечной гемодинамики и ее связь с гиперостеопонтиемией у больных с острым инфарктом миокарда в зависимости от наличия ожирения.

Материал и методы. Обследовано 53 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 38 до 74 лет, которые были распределены на две группы. В первую группу вошли больные ОИМ в сочетании с ожирением (n=36). Вторую группу составили больные ОИМ без ожирения (n=17). Всем пациентам было проведено ЭхоКГ обследование на аппарате Ultima PRO 30 (фирма RADMIR, Украина) по стандартной методике. Определяли конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический объем (КСО) ЛЖ, фракцию выброса (ФВ). В М-режиме измеряли конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ, конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ, толщину задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), толщину левого предсердия (ЛП). Остеопонтин определяли иммуноферментным методом набором реагентов «HumanOsteopontin» (KonoBiotechCo., Ltd).

Результаты: Найдена позитивная связь между уровнем остеопонтиемии и КСО ($r=0,14$; $p<0,05$), КДО ($r=0,47$; $p<0,05$) у больных с ОИМ и ожирением. Определяется достоверная связь обратного характера между концентрацией остеопонтина и ФВ ($r=0,38$; $p<0,05$). Характер связей указывает на то, что возрастание концентрации остеопонтина при условии сочетанности/коморбидности ОИМ и ожирения сопровождается процессами дилатации полости ЛЖ и снижением ФВ.

Выводы: Гиперостеопонтиемия ассоциируется с наличием дилатации полостей левого желудочка и снижением фракции выброса при коморбидности острого инфаркта миокарда и ожирения.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЯ

Боровик Е.Н., Кравчун П.Г., Рындина Н.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.

Цель: определение уровня качества жизни больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего ожирения с использованием опросника SF-36.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 пациентов с ОИМ. Первую группу составили 35 больных с сопутствующим ожирением, вторую - 24 больных с нормальной массой тела. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту. Оценку качества жизни было проведено с помощью неспецифического опросника «SF-36 Health Status Survey». Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Statistica 8.0», «Microsoft Office Excel».

Результаты и их обсуждение. Установлено достоверные различия в виде ухудшения параметров ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) на 75,3%, жизненной активности (VT) – на 48,3% и эмоционально-ролевого (RE) функционирования – на 64,1% у больных с ОИМ при наличии сопутствующего ожирения по сравнению с пациентами без ожирения. Эти результаты подтверждаются обратными корреляционными связями между индексом массы тела пациентов и вышеуказанными параметрами КЖ ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, ведущей линией в снижении качества жизни при наличии ожирения у больных с ОИМ являются низкие показатели по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, что свидетельствует о значительном ограничении повседневной деятельности пациента на фоне падения жизненной активности в условиях подавленного эмоционального состояния, при наличии депрессии и тревоги, обуславливающих нарушение целостности социального благополучия, результатом чего является низкая оценка больным состояния своего здоровья на данный момент при отсутствии перспектив лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРДАФЛЕКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: изучить влияние терапии артериальной гипертензии кордафлексом R на компоненты метаболического синдрома.

Материал и методы: проводилось обследование 24 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет с МС (критерии International Diabetes Federation, 2005г) и АГ I и II степени тяжести по классификации ВНОК, 2004г; мужчины – 14 человек, женщин – 10 человек. Исходно и в конце 8 недели проводились биохимические анализы крови (креатинин, мочевиная кислота, тест толерантности к глюкозе, общий холестерин (ОХ), ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды (ТГ), индекс атерогенности. У всех больных был повышен индекс массы тела – $32,1 \pm 2,7 \text{ кг/м}^2$

Результаты: терапия ретардной формой кордафлекса 20мг 2 раза в день в течение 2-х месяцев привела к снижению уровня как систолического, так и диастолического давления у пациентов с умеренной АГ. Отмечено значительное улучшение качества жизни – уменьшение головных болей, головокружения, шума в ушах, повышенной утомляемости. 65% больных отметили значительное улучшение самочувствия уже к концу 1 недели приема. У 2-х больных отмечены побочные проявления в виде отека голеней, у 4-х ощущение жара и приливы. Отмечены положительные метаболические эффекты препарата – снижение гиперхолестеринемии (от $5,8 \pm 0,2$ до $5,04 \pm 0,1$ ммоль/л) и гипертриглицеридемии (от $1,76 \pm 0,2$ до $1,43 \pm 0,1$ ммоль/л), индекса атерогенности (от $3,75 \pm 0,5$ до $3,08 \pm 0,2$), что указывает на позитивную роль препарата в отношении инсулинорезистентности у больных с АГ.

Выводы: терапия Кордафлексом R привела к достоверному снижению как систолического, так и диастолического АД, отмечено также положительное влияние на метаболические нарушения. Все это доказывает эффективность препарата Кордафлекс-ретард у больных АГ с метаболическим синдромом.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность фиксированной комбинации периндоприла / индапамида – препарат Нолипрел в лечении АГ у больных с МС.

Материал и методы: в исследование включены 26 больных с мягкой и умеренной АГ и МС (12 мужчин и 14 женщин). Средний возраст составил 58 лет. У всех пациентов было ожирение, средняя масса тела составляла $96,6 \pm 10,0$, индекс массы тела – $37,4 \pm 4,9$, окружность талии (ОТ) – $102,3 \pm 2,2$. У 15 пациентов выявлена НТУ, у остальных гипергликемия натощак ($6,7 \pm 1,3$ ммоль/л). Исходно и через 8 недель проводили суточное

мониторирование АД, обычное измерение АД, определяли уровень ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, тест на толерантность к глюкозе, содержание калия в крови. Всем больным назначался Нолипрел (периндоприл 5мг/индапамид 1,25мг) 1 табл. утром.

Результаты: отмечено достижение целевого уровня АД (<140/90 мм рт.ст.) у 20 (77%) больных. Уровень глюкозы натощак в крови снизился с $6,7 \pm 1,3$ до $6,2 \pm 0,7$ ммоль/л. Достоверной динамики уровней общего ХС и ТГ при лечении Нолипрелом не было, однако уровень ХС ЛПНП снизился с $4,5 \pm 0,6$ до $4,2 \pm 0,6$ ммоль/л. Периндоприл и индапамид оказывают конкурентное действие на уровень калия, поэтому изменения концентрации калия не было выявлено. Переносимость препарата была хорошей, из побочных эффектов у 2х больных отмечался сухой кашель.

Выводы: таким образом, фиксированная комбинация периндоприла/индапамида – препарат Нолипрел вызывает более выраженное снижение АД и рекомендуется как стартовая гипотензивная терапия в связи с высокой антигипертензивной эффективностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности течения острого коронарного синдрома (ОКС) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: в исследование включены 30 больных ОКС, средний возраст $62 \pm 1,2$ года, из них 22 пациента с проявлениями МС. Наличие МС определялось на основании критериев, установленных в рекомендациях ВНОК 2010г. Основным критерий МС – абдоминальное ожирение (ОТ >94см для мужчин и >80см для женщин. Дополнительные критерии – АД >140/90мм ртст, уровень ХС ЛПНП >3,0ммоль/л, ХС ЛПВП <1,0, ТГ >1,7ммоль/л, гликемия натощак >6,1ммоль/л, НТУ. Сочетание основного и двух дополнительных критериев указывает на наличие МС.

Результаты: наиболее частым фактором риска среди госпитализированных больных ОКС и МС являлась АГ – 81,8% больных. Ожирение отмечалось у 89,4% б-х (ИМТ $28,4 \text{ кг/м}^2$), средний объем талии составил $102 \pm 1,7$ см. Перенесли ОИМ в анамнезе 10 б-х (в гр. с МС-7, без МС -3). Повышенный уровень ХС ЛПНП у 73,6%, ТГ у 81,8% больных. В обеих группах отмечались явления дислипидемии, однако в группе с МС липидный спектр обладал наибольшим атерогенным потенциалом. Средний уровень глюкозы в группе с МС составил 6,6ммоль/л.

Маркеры повреждения миокарда тропонин и КФК чаще регистрировались в группе с МС. Течение ОКС с МС характеризовалось более тяжелым течением, частым развитием осложнений – нарушения ритма и проводимости у 8 пациентов (35,9%), повторные эпизоды ишемии, развитие ранней постинфарктной стенокардии у 6 больных (27,2%), что потребовало удлинения сроков госпитализации.

Выводы: ОКС, ассоциированный с МС, характеризуется более тяжелым течением, подвержен частому развитию осложнений в остром периоде, протекает на фоне неблагоприятных показателей липидного спектра крови, углеводного обмена, отмечаются признаки электрической нестабильности миокарда. Больные ОКС с МС требуют более тщательного наблюдения.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Габисония Т.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Определить динамику неоптерина у больных стабильной стенокардией и ожирением в зависимости от степени стеноза коронарных сосудов на основании данных мультиспиральной компьютерной коронарографии (МСКТ).

Материалы и методы. Для изучения анатомических особенностей сосудов коронарного русла и выявления атеросклеротических изменений и гемодинамически значимых сужений в коронарных сосудах 39 больным, с установленным диагнозом стабильная стенокардия и сопутствующим ожирением была проведена МСКТ коронарография.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных результатов выявлено, что по мере увеличения стеноза происходило достоверное повышение неоптерина на 12,2% у больных 2 подгруппы и на 51,2% у больных 3 подгруппы по сравнению с 1 подгруппой, что указывает на взаимосвязь степени выраженности и распространенности атеросклеротического поражения сосудов и уровня неоптерина. Эти результаты подтверждаются положительными достоверными корреляционными связями между неопте-рином и степенью стеноза ($r = 0,68$; $P < 0,01$).

Выводы. На фоне увеличения стеноза за счет атеросклеротической бляшки установлены по данным МСКТ -коронарографии, происходило достоверное повышение неоптерина, что указывает на взаимосвязь степени выраженности и распространенности атеросклеротического поражения сосудов и уровня неоптерина, это в свою очередь позволяет рассматривать повышение уровня неоптерина, как маркер риска развития осложнений стабильных форм ИБС.

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ МЕТАБОНОМИКИ И МЕТАБОЛОМИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Гирина Л.В., Лебедева Е.Н., Афолина С.Н.

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

Многие химические вещества, являются пусковым механизмом в развитии эндокринных дисфункций. Токсикологическая оценка риска причинения возможного вреда опирается на многофакторную и обязательно количественную информацию о характере и действии химических веществ на организм и является элементом системы обеспечения химической безопасности, социально-гигиенического и экологического мониторинга.

Цель работы. Обоснование необходимости новых подходов при изучении процессов дисметаболизма. Постгеномные технологии — протеомика, геномика, метаболомика, метабономика имеют большие возможности для определения качественных и количественных изменений метаболических процессов в организме человека при действии токсикантов и факторов окружающей среды. Начиная с 2002 г. активно развивается метабономика — новая технология количественного измерения динамического мультипараметрического метаболического ответа живых систем на патофизиологические или генетические изменения. Нарушение динамического равновесия в биологических жидкостях организма, вызванное интоксикацией или заболеванием, изменяет их качественный и/или количественный состав. Для установления факта происходящих изменений необходимо в плазме крови, моче или желчи определить одновременно множество метаболитов в широком диапазоне концентраций. Новые технологии биохимических исследований используют два подхода для определения метаболитов.

Первый подход, объединенный общим названием «метаболомика», — это обнаружение и идентификация всех эндогенных соединений и метаболитов ксенобиотиков (в том числе токсикантов). Второй — это обнаружение и идентификация в биологических жидкостях эндогенных соединений и метаболитов ксенобиотиков (в том числе токсикантов), характеризующих конкретное патологическое состояние (интоксикацию) организма, а также построение моделей таких состояний.

Различие между метаболомикой и метабономикой состоит в том, что метаболомика — это изучение метаболизма в клетке и ткани, а метабономика — это подход к изучению метаболизма при использовании биологических жидкостей как индикаторов происходящих патологических процессов.

Выводы. В настоящее время разрабатывают алгоритмы исследований при изучении дисметаболических процессов (например, метаболического синдрома).

АТЕРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМАХ ТРАНСПОРТА ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

¹Е.В. Гопций, ²Е.А. Буряковская, ²М.Н. Вовченко

¹Харьковского национального медицинского университета, Украина

²ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМНУ",
Харьков, Украина

Цель работы. Изучение липидного обмена у пациентов артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от абдоминального ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 123 пациента АГ среднего возраста $53,87 \pm 0,92$ лет. Уровень триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) – биохимическим методом.

Расчетным методом определили холестерин липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА).

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО): 1 группа без АО ($n=36$) – ОТ составил $93,13 \pm 1,54$ см (у женщин $80,37 \pm 1,84$ см, у мужчин - $96,78 \pm 1,23$ см); 2 группа с АО ($n=87$) – $102,58 \pm 0,90$ см (у женщин - $99,83 \pm 0,80$ см, у мужчин – $112,42 \pm 1,59$ см).

Результаты. Установлено, что уровни ОХС ($6,10 \pm 0,08$ ммоль/л), ХСЛПНП ($3,83 \pm 0,08$ ммоль/л), ХСЛПОНП ($1,76 \pm 0,03$ ммоль/л), ТГ ($1,76 \pm 0,03$ ммоль/л), КА ($3,31 \pm 0,13$ усл. ед.) у больных АГ с АО достоверно превышали аналогичные показатели пациентов без АО: ОХС ($5,48 \pm 0,14$ ммоль/л), ХСЛПНП ($3,13 \pm 0,15$ ммоль/л), ХСЛПОНП ($0,70 \pm 0,16$ ммоль/л), ТГ ($1,55 \pm 0,06$ ммоль/л), КА ($2,39 \pm 0,12$ усл. ед.), $p < 0,05$. Уровень ХСЛПВП был достоверно ниже у пациентов АГ с АО: ($1,47 \pm 0,02$ ммоль/л), у женщин ($1,52 \pm 0,02$ ммоль/л), у мужчин ($1,31 \pm 0,07$ ммоль/л) в сравнении с больными без АО ($1,64 \pm 0,03$ ммоль/л), у женщин ($1,75 \pm 0,03$ ммоль/л), у мужчин ($1,61 \pm 0,03$ ммоль/л), $p < 0,05$.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной атерогенной направленности дислипидемии и нарушениях углеводного обмена у больных артериальной гипертензией с абдоминальным типом ожирения в сравнении с гипертензивными пациентами без абдоминального ожирения.

Данный факт может свидетельствовать о том, что больные с абдоминальным ожирением подвержены более высокому риску заболеваний, связанных с атеросклерозом по сравнению с больными, у которых объем талии был в пределах нормы.

ИЗУЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА (NO) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Городничая О.Ю., Зименковский А.Б.

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель работы – изучение рациональности применения одной из главных групп лекарственных средств (ЛС) для фармакотерапии (ФТ) ишемической болезни сердца (ИБС) – нитратов и нитратоподобных веществ путем определение проблем, связанных с ЛС (drug-related problems, DRPs).

Материалы и методы. Объектом исследования были: медицинские карты и листы лекарственных назначений пациентов (n=21) с ИБС, которые лечились в одном из стационаров г.Львова; инструкции по применению ЛС, зарегистрированных в Украине (<http://www.drlz.com.ua/>); методика идентификации DRPs (www.pcne.org). Используемые методы: системный подход, клинико-фармацевтический, клинико-фармакологический, аналитический. Дизайн исследования – ретроспективный. Конфликт интересов – отсутствует.

Результаты. Определено, что в качестве донаторов оксида азота (NO), способствующего расслаблению гладкомышечных клеток стенок сосудов при ИБС, использовались различные лекарственные формы изосорбида динитрата (таблетки, аэрозоль), нитроглицерина (таблетки пролонгированного действия), а также молсидомин (таблетки).

Общее количество замечаний к ФТ нитратами и нитратоподобными средствами – 56, в среднем по 2,7 DRPs на 1 пациента. Самую большую часть среди идентифицированных DRPs составили лекарственные взаимодействия (n=46, 82,1%), в частности между нитратами и антигипертензивными ЛС (n=33, 71,7%), комбинация которых нежелательна из-за риска ортостатического коллапса, между нитратами и антиагрегантами (n=12, 26,1%) из-за возможности кровотечения, а также между нитратами и ксантинами (n=1, 2,2%) из-за снижения эффективности донаторов оксида азота.

В 6 случаях (10,7%) DRPs касались применения анализируемых ЛС несмотря на наличие противопоказаний к их назначению из-за сопутствующих заболеваний – аортального стеноза и глаукомы. Также нами определено 4 DRPs (7,2%) относительно недостаточной дозировки нитратов.

Выводы. Применение донаторов оксида азота ассоциируется с довольно высоким риском возникновения DRPs, для предупреждения которых, по нашему мнению, необходимо сформулировать перечень рекомендаций относительно отдельных вопросов рационального применения нитратов и нитратоподобных средств.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Грунченко М.Н., Несен А.А., Тверетинов А.Б.,
Валентинова И.А., Бабенко О.В.

ГУ “Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой” НАМН Украины,
г. Харьков, Украина

Цель: уточнить возможную взаимосвязь нарушений углеводного и пуринового обмена с выраженностью ожирения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 65 пациентов (средний возраст – $53,0 \pm 2,0$ года) с ИБС - стабильной стенокардией напряжения I–IV функциональных классов. Верификацию лиц с метаболическим синдромом (МС) проводили с использованием критериев Международной диабетической федерации (2005). Уровни глюкозы (Гл) и мочевой кислоты (Мк) определяли глюкозооксидантным и фосфорновольфрамовым методами соответственно.

Результаты. Больные разделены на четыре группы (гр.): I гр. (n=14) – уровни Гл и Мк нормальные, II гр. (n=17) – нормальный уровень Гл в сочетании с повышенным уровнем Мк, III гр. (n=15) – повышенный уровень Гл при нормальном Мк и IV гр. (n=19) – повышенное содержание в крови Гл и Мк.

Среди 36 (55,4%) больных с гиперурикемией (ГУ) полная форма МС наблюдалась у 11 (30,5%) пациентов и неполная – у 25 (69,5%) лиц. Среди 34 (52,3%) больных с гипергликемией (ГГл) полная форма МС выявлена в 12 (35,3%), у 22 (64,7%) пациентов МС был в неполной форме. Полную форму МС преимущественно имели женщины - 15 из 23 обследованных (65,2%), которая сопровождалась ГУ (11 больных).

При уровне МК у мужчин более чем 0,42 ммоль/л риск возникновения МС увеличивался в 2,45 раза, в то время как у женщин при концентрации МК, выше 0,34 ммоль/л увеличение было в 1,7 раза менее выраженным. ГУ ассоциировалась с достоверно большей избыточной массой тела. Наблюдалось повышение последней на 8,6% ($p < 0,05$) среди пациентов II гр. сравнительно с I гр. Наличие у пациента как ГГл так и ГУ (IV гр.) сопровождалось достоверным увеличением выраженности ОЖ. ИМТ среди пациентов IV гр. на 10,5% ($p < 0,05$) было больше, чем у больных II гр.

Выводы. Данные корреляционного анализа свидетельствуют о взаимосвязи степени ОЖ и ГУ при условии наличия у больного ГГл ($r_{II} = +0,39$; $p < 0,05$ и $r_{IV} = +0,47$; $p < 0,01$). При этом, уровень Мк зависит от содержания Гл в сыворотке крови ($r_{II} = +0,34$; $p < 0,05$ и $r_{IV} = +0,49$; $p < 0,01$).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ГЛЮКОФАЖ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У МУЖЧИН СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА

Гулямова З.К., Гулямова К.К., Арипова Д.Ш., Каюмов Н.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: Оценить эффективность препарата глюкофаж (метморфин) при метаболическом синдроме у мужчин страдающих ожирением абдоминального типа, в возрасте 40-70 лет.

Материалы и методы: В исследования участвовали 38 мужчин страдающие ожирением абдоминального типа. Средний возраст составил $57,5 \pm 2,5$ года. Учитывались следующие показатели: окружность талии ≥ 94 см, средний показатель окружности талии оказался равным $102,1 \pm 7,8$ см. ХС ЛПВП $< 1,03$ ммоль/л (40 мг/дл), показатель глюкозы натощак $\geq 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл) или ранее диагностированный СД 2 типа. Ожирение I степени выявлено у 47,8 %, ожирение II степени - у 33,8 %, и ожирение III степени - у 17,4 % пациентов. Среднее значение ИМТ составило $35,2 \pm 3,4$ кг/м². Наблюдение ввелось в течении 2 месяцев. Доза препарата определялась в зависимости от степени ожирения (от 1500 – до 3000 мг в сутки).

Результаты: По окончании наблюдения наблюдалась снижение веса, при этом среднее значение окружности талии $\geq 91 \pm 2,6$ см; ХС ЛПВП $< 0,9 \pm 1,4$ ммоль/л (34 мг/дл); показатель глюкозы натощак $\geq 4,9 \pm 2,1$ ммоль/л (100 мг/дл); Ожирение I степени выявлено у 57,8 %, ожирение II степени - у 28,6 %, и ожирение III степени - у 12,6 % пациентов. Среднее значение ИМТ составило $33,2 \pm 3,4$ кг/м². Также улучшилось общее состояние больных.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют об эффективности препарата метформин, которое проявилось в улучшении показателей гликемии и массы тела, а также самочувствия больных.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АЛИМЕНТАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гулямова З.К., Гулямова К.К., Арипова Д.Ш., Каюмов Н.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: выявить особенности алиментарного поведения женщин с метаболическим синдромом (МС) в климактерическом периоде в возрасте 45-65 лет.

Материалы и методы: Исследование проводилось в условиях семейной поликлиники, в котором участвовали 40 женщин, страдающих МС

(азиатской национальностей), а также с уровнем триглицеридов более 1,7 ммоль/л; и со сниженным уровнем ЛПВП менее 1,29 ммоль/л; повышение АД (САД более 130 мм рт. ст. или ДАД более 85 мм рт. ст.); повышение глюкозы натощак более 5,6 ммоль/л. Проводился анализ дневников питания. Рассчитывалась общая энергетическая ценность рациона (ккал на 1 грамм: 4 ккал для белков и углеводов и 9 ккал для жиров) и расчет индекса массы тела (ИМТ). Средний возраст обследуемых составил $56 \pm 2,5$ года.

Результаты исследования: Работающих женщин было 54,0%, из них у 7,1% - ночные смены, что являлось причиной не рационального режима питания и ночные приемы пищи в виде - хлебобулочных изделий, полуфабрикатов, легкоусвояемых углеводов. Лишь 1,7% женщин осознанно отдавали предпочтение овощным блюдам, нежирным молочным продуктам. 33% - «Не успевали» принимать своевременно пищу на работе, основная алиментарная нагрузка приходилась на поздние вечерние и ночные часы. Семейного положения обследуемых было таково: 72,6% замужних, 13,4% разведенных, 14,0% вдов. Одинокие женщины чаще указывали на эмоциональное перенапряжение, которое провоцировало такое состояние как «заесть стресс». У всех пациенток имел место абдоминальный тип отложения жира. Ожирение I ст. у 57,8%; II ст. у 27,8%; III ст. у 14,4% пациенток. Среднее значение ИМТ составило $34,7 \pm 3,4$ кг/м². Среднее значение суточной калорийности рациона - $1827,8 \pm 99,3$ ккал/сутки.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о необходимости модификации, создании оптимального программ пищевого поведения, как превентивной меры в отношении манифестации и прогрессирования алиментарно обусловленных заболеваний у пациенток с МС в климактерии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Даулетбоев Б.К., Касимова Н.Д., Юлдашев Р.Н.,
Китьян С.А., Зухритдинов М.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Изучение характерных особенностей в ферментативных системах при сочетании хронического токсического поражения печени (ХТПП) с заболеваниями почек.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 109 больных, в возрасте 31-60 лет, из них 61 с ХТПП без патологии почек, 48 с ХТПП и сопутствующей инфекционно -воспалительной патологией почек, мужчин - 74 (47,1%), женщин - 35 (22,9%). Изучались биохимические маркеры нарушений функций печени (ферментативные, протеазные и антипротеазные)

с учётом состояния тубулоэпителиальной системы. Результаты обработаны с использованием программы EXCEL 5,0 и STATISTIKA 4,3. достоверность групповых различий определялась по t- критерию Стьюдента.

Результаты. Установлено достоверное повышение активности лактатдегидрогеназы в 1,8 раз ($P<0,05$), аспаратат и аланин аминотрансфераз в 3 и 5 раз соответственно и гамма глутамил трансферазы в 3 раза ($P<0,05$). Выявлена высокая активность лизосомальных ферментов: активность кислой фосфатазы повышена в 2,5 раз ($P<0,05$), кислой ДНК-азы в 2,8 раз ($P<0,05$), кислой РНК-азы на 44% ($P<0,05$), катепсина Д в 5,5 раза ($P<0,05$), катепсина А в 3 раза. Антипротеазная активность крови была снижена: уровень альфа – 2 – мак роглобулина снизился на 12% , церулоплазмина с $23,8\pm 0,71$ мг/дл до $19,0\pm 0,32$ мг/дл., активность орозомукоида с $41,3\pm 0,03$ мг/дл до $28,1\pm 0,77$ мг/дл ($P<0,05$), что видимо обусловлено очень высокой протеазной активностью крови.

Вывод: Таким образом выявлен дисбаланс в протеазной и антипротеазной системе, что свидетельствует о повышении активности лизосомальных ферментов крови и полиморфноядерных нейтрофилов на фоне снижения антипротеазной активности по сравнению с контролем.

ДИНАМИКА И ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПЕПТИНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Ермак А.С., Теклебрхан Мосай

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы - изучение динамики маркера вазоконстрикции - копептина и показателей кардиогемодинамики в зависимости от наличия ожирения (ОЖ), а также анализ взаимосвязи между данными показателями для оптимизации диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) в условиях коморбидной патологии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 105 пациентов с ОИМ, среди которых у 75 больных было диагностировано ОЖ, 30 больных имели нормальную массу тела. Индекс массы тела (ИМТ) определяли по формуле: $ИМТ (кг/м^2) = \text{масса тела}/(\text{рост})^2$. Копептин определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «Human Coreptin» (Biological Technology, Shanghai). Всем больным была проведена эхокардиография. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде средних величин и погрешности среднего. Анализ взаимосвязей проведено с помощью корреляции Спирмена (r).

Результаты. В ходе исследования наблюдалось достоверное повышение копептина на 129,6 % у больных ОИМ и ОЖ. Параметры гемодинамики также показали различия у больных ОИМ и ОЖ: уровень конечного диастолического объема (КДО) был выше на 20,4 %, конечного систолического объема (КСО) на 28,5 %, конечного диастолического размера (КДР) на 15,5 %, конечного систолического размера на 17,6 %, а уровень фракции выброса (ФВ) был ниже на 15,1 % по сравнению с больными без ОЖ. Установлена прямая корреляция между копептином и КДО ($r = 0,25$, $p < 0,05$), КСО ($r = 0,36$, $p < 0,05$), КДР ($r = 0,47$, $p < 0,05$) и обратная корреляция с ФВ ($r = - 0,23$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом уровень копептина возрос при наличии ожирения у больных с острым инфарктом миокарда. Повышенная концентрация копептина ассоциируется с дилатацией полостей левого сердца и снижением контрактильности миокарда у больных острым инфарктом миокарда и сопутствующим ожирением.

КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Жангелова Ш.Б., Туякбаева А.Г., Агыбаева А.Б., Куралбаева А.Н.,
Кабиқызы А., Джумагулова П.Д.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Цель работы изучение антигипертензивной эффективности и безопасности лерканидипина (занидип-рекордати, Италия) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) старших возрастных групп с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 больных с МС в возрасте от 56 до 85 лет (средний возраст $71,2 \pm 7,6$), из них 36 женщин и 24 мужчин, которым назначали лерканидипин в дозе 10 мг/сутки 1 раз в день утром, через 2 недели при недостаточном контроле давления дозу увеличивали до 20 мг/сутки. В исследование включались пациенты с АГ 2 и 3 степени, (2-ой – 27 больных и 3-ей степени – 33). Средний уровень общего холестерина был $6,1 \pm 2,4$, глюкозы плазмы натощак $6,9 \pm 4,8$. Объем талии у женщин, в среднем $102 \pm 6,1$ см, у мужчин $120 \pm 8,2$ см. Для оценки эффективности антигипертензивной терапии использовались краткосрочные критерии (в течение 4-8 недель от начала лечения): снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов.

Результаты. Установлено, что в процессе терапии лерканидипином происходит достоверное снижение АД как систолического (до $150,2 \pm 1,9$ против исходного $179,4 \pm 2,6$ мм рт.ст.), так и диастолического (до $84,8 \pm 2,4$ против первоначального $105,2 \pm 3,9$ мм рт.ст.).

Процент больных, ответивших на лечение составил (68,2%), целевого уровня АД достигли 59,8%. Гиперемия и кожный зуд были отмечены у 4-х больных при увеличении дозы до 20 мг/сутки, появление отеков на ногах у одного больного, но при снижении дозы до 10 мг все эти явления исчезли. В свете современных рекомендаций Европейского общества кардиологов (2013), у больных старше 80 лет, физически и социально сохранных, с исходным систолическим артериальным давлением (САД) более 160 мм.рт.ст. рекомендуется снижение САД до 140-150 мм рт.ст. А у пациентов с сахарным диабетом целевой уровень АД должен быть достигнут 140/85 мм рт.ст. При лечении АД у лиц с сахарным диабетом в старших возрастных группах препаратами выбора являются ИАПФ или сартаны и блокаторы медленных кальциевых каналов длительного действия.

Выводы. Таким образом, терапия лерканидипином в дозе 10 мг или 20 мг обеспечивает эффективный и безопасный контроль АД у пациентов старших возрастных групп с МС.

САЛИВАРНЫЙ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

Заздравнов А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучение влияния саливарных уровней эссенциальных микроэлементов цинка и меди на состояние слизистой оболочки пищевода.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 26 пациентов с болезнью Бехтерева (ББ), осложненной эрозивным эзофагитом. Все больным проводилась эзофагоэндоскопия, на основании которой устанавливалась клиническая форма поражения пищевода. При обнаружении эзофагита степень тяжести его оценивалась с использованием Лос-Анджелесской классификации (1998): степень А - один или более дефектов слизистой менее 5 мм, которые расположены между верхушками двух складок слизистой; степень В - один или более дефектов слизистой более 5 мм, которые расположены между верхушками двух складок слизистой; степень С - один или более дефектов слизистой, которые распространяются на две или более складок слизистой, но охватывают менее 75% окружности пищевода, степень D - один или более дефектов слизистой, которые распространяются более чем на 75% окружности пищевода. Уровень меди (Cu) и цинка (Zn) в слюне проводилось колориметрическим методом на биохимическом анализаторе.

Результаты. Дискретная оценка концентраций исследуемых микроэлементов в слюне больных ББ, осложненной эзофагитом, показала, что наиболее тяжелая степень эрозивного эзофагита – D ($0,15 \pm 0,029$ мг/л) сопровождается достоверно (тест Манна-Уитни - $U=4$, $z=2,038$, $p=0,042$)

более низким уровнем Zn в слюне по сравнению со степенью А ($0,25 \pm 0,019$ мг/л). Саливарные концентрации Zn при степенях В и С составили соответственно $0,22 \pm 0,022$ мг/л и $0,18 \pm 0,037$ мг/л. Такие данные у пациентов с АС подтверждают роль саливаторного дефицита цинка в процессах формирования эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки пищевода. В отличие от цинка, уровень меди в слюне не достоверно изменялся в зависимости от степени тяжести эрозивного эзофагита у больных ББ (А- $0,20 \pm 0,027$ мг/л, В- $0,23 \pm 0,029$ мг/л, С- $0,22 \pm 0,037$ мг/л, D- $0,23 \pm 0,048$ мг/л)

Выводы. Таким образом, степень тяжести эрозивного эзофагита у пациентов с ББ зависит от концентрации Zn в слюне. Выпадение контактного репаративного эффекта, присущего саливарному пулу Zn, способствует увеличению как размеров эзофагеальных альтераций, так и увеличению их числа.

МАРКЕРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Заикина Т.С., Бабаджан В.Д., Итуа Джоан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: установить маркеры осложненного течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа на основании оценки маркеров повреждения эндотелия – фактора Виллебрандза, sVE-кадгерина, sCD40-лиганда.

Материалы и методы: контингент исследования составил 70 больных: I группа – 23 больных с осложненным течением острого периода инфаркта миокарда, II группа – 47 больных с неосложненным течением острого периода инфаркта миокарда. Уровень sVE-кадгерина, sCD40-лиганда, фактора Виллебранда определялся иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы Bender MedSystem (Австрия) в 1-й и на 10-й день инфаркта миокарда.

Результаты: по итогам проведенного сравнительного анализа выявлено, что больные с осложненным течением острого периода имели достоверно более высокие уровни фактора Виллебранда, определенного в 1-й ($2,12 \pm 0,06$ ОД/мл и $1,94 \pm 0,03$ ОД/мл соответственно; $p=0,0034$) и на 10-й день ($1,82 \pm 0,07$ ОД/мл и $1,59 \pm 0,03$ ОД/мл соответственно; $p=0,001$), чем у больных с неосложненным течением острого периода инфаркта миокарда. При этом установлено, что недостаточное снижение уровня этого показателя под влиянием лечения также ассоциируется с развитием осложнений ($-14,6 \pm 1,1\%$ и $-18,1 \pm 0,8\%$ соответственно; $p=0,01$). Также было установлено, что у больных с ОИМ и СД 2-го типа недостаточное снижение уровня

sCD40-лиганда также коррелирует с осложненным течением по сравнению с больными без осложнений ($-16,3 \pm 1,7\%$ и $-22,5 \pm 1,5\%$ соответственно; $p=0,0098$). Не установлено достоверных различий в уровне sVE-кадгерина в сравниваемых группах как в 1-й ($1,82 \pm 0,04$ нг/мл и $1,75 \pm 0,04$ нг/мл соответственно; $p=0,24$), так и на 10-й день ($1,49 \pm 0,03$ нг/мл и $1,46 \pm 0,04$ нг/мл соответственно; $p=0,53$) инфаркта миокарда.

Выводы. У больных с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2-го типа осложненное течение острого периода инфаркта миокарда ассоциировалось с достоверно более высокими уровнями фактора Виллелл-бранда в 1-й и на 10-й день и с недостаточным снижением фактора Виллелл-бранда и sCD40-лиганда на фоне лечения.

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

Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования: 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 эзофагогастродуоденоскопии 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, сопровождались 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).

Вывод. Полученные результаты перспективны для использования при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ

Захидова М.З., Кдырбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Изучение эффективности обучения пациентов с избыточной массой тела с целью профилактики ожирения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 пациента с избыточной массой тела, группа для занятий объединяла 5 человек одного пола, курс состоял из 6 занятий. Для проведения занятий привлекались ВОП и эндокринолог. Занятия проводились с привлечением наглядных пособий и в форме диалога. Занятия состояли из теоретической и практической с обязательным измерением основных антропометрических параметров (масса тела, рост, объем талии, расчет ИМТ). В ходе занятий пациенты обучались ведению дневника самоконтроля, которые включают следующие графы для ежедневного заполнения: вес, количество состав и калорийность съеденной пищи, время и причину ее приема, комментарии врача.

Результаты. Установлено, что из 24 пациентов с избыточной массой тела, регулярно посещали занятия 21-87,5% пациентов. Из 21 пациентов 14-66,6 % пациентов, успешно снизили массу тела на 5% в течение 3 мес. Из 21 пациентов, 7-33 % пациентов с избыточной массой тела в процессе проведения нами работы, сохраняли данный результат или продолжали снижать массу тела.

Выводы. Таким образом, наша работа показала, что пациенты с избыточной массой тела прошедшие обучение активно участвуют в формировании здорового образа жизни, у них появилась ответственность за свое здоровье. В процессе работы у пациентов была создана медицинская и психологическая мотивация. Работа показала, что одной из основных трудностей в снижении избыточной массы тела состоит в поддержании достигнутого эффекта по снижению массы тела. Для удержания сниженной массы тела необходимы регулярные постоянные физические упражнения, продолжение употребления пищи с пониженной калорийностью.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Кдирбаева Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния микробиоценоза кишечника и функционального состояния печени в развитии патогенеза нарушений липидного обмена и печеночной дисфункции.

Материалы и методы. Исследование проводится на базе Семейной поликлиники №44, г. Ташкента. Изучены амбулаторные карты 110 пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, в том числе с патологиями печени, а также клиника-лабораторные показатели, микрофлора кишечника 65 пациентов, возрастной интервал которых составил от 45 до 65 лет (35 женщин, 30 мужчин), взятых на диспансерное наблюдение с указанными выше состояниями.

Критериями отбора послужили: наличие гастроэнтерологических заболеваний, патологии печени, состояния дисбиоза, ожирения, дислипидемии. Все пациенты прошли индивидуальное консультирование, бактериологическое исследование микрофлоры кишечника.

Результаты. Из всех наблюдаемых в 7 случаях (11%) было диагностирована Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), в 13 (20%) случаях Желчекаменная болезнь (ЖКБ). Атерогенные нарушения липидного обмена у больных страдающих НАЖБП встречалось в 65%, а у больных с ЖКБ в 79% случаях. При изучении микрофлоры кишечника по количеству бактерий в ЖКТ желудок и 12 перстная кишка содержит менее 10^3 бактериальных клеток/грамм положительных, в тощей кишке – до 104 клеток, в дистальных отделах подвздошной кишки – до 107 клеток/грамм содержимого, в толстой кишке популяция анаэробов составляет 10^{12} клеток/грамм положительного. Выявленная микрофлора толстой кишки по характеру метаболизма составила протеолитическую (бактериоиды, протей, эшерихии, клостридии и др), амилитическую (бифидобактерии, лактобактерии и др.). У 82% пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, в том числе с патологиями печени, обнаружен дисбиоз. Хронический холестаз приводит к дефициту желчных кислот в кишечнике и снижению бактерицидности желчи, что в свою очередь вызывает избыточный рост патогенной флоры.

Выводы. При длительном течении дисбиоз кишечника, особенно это касается избыточного бактериального роста в тонкой кишке, увеличивает риск развития метаболических заболеваний печени и поражения внепеченочной билиарной системы-неалкогольный стеатоз, стеатогепатит, неспецифический реактивный гепатит, внутрипеченочный интралобулярный холестаз, клеточная дисфункция, воспалительные процессы и дискнетические нарушения внепеченочного билиарного тракта.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ УДХК И ЛАКТУЛОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Захидова М.З., Хасанова Д.А., Касимбекова Г.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучить эффективную комбинацию пребиотика лактулозы и УДХК на микробиоценоз кишечника, липидный обмен, функциональное состояние печени у больных с метаболическими заболеваниями гепатобиллиарной системы.

Материалы и методы. Изучены клиника-лабораторные показатели, микрофлора кишечника 65 пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, в том числе с патологиями печени, средний возраст которых составил 54,8 (35 женщин, 30 мужчин). Критериями отбора послужили: наличие гастроэнтерологических заболеваний, патологии печени, состояния дисбиоза, ожирения, дислипидемии (гиперхолестеринемия, триглицеридемия). Исследуемые разделены на основную (40) и контрольную (25) группы. Пациенты основной группы получали УДХК перорально в разовой дозе 15 мг/кг/сут и лактулозу 2 мл/сут, в 2 приема в день в течении 3 месяцев. Контрольная группа принимала УДХК 15 мг/кг/сут, в два приема, в течении 3 месяцев. Обследование проводилось до начала лечения, через 1,5 месяца и через 3 месяца после окончания лечения.

Результаты: При изучении через 1,5 месяца у пациентов основной группы симптомы заболевания исчезли в следующем порядке: метеоризм у 55%, боли в правом подреберье у 43% больных, неустойчивый стул у 33%, у пациентов традиционной группы соответственно в 21%, 33%, 25% случаях. При исследовании через 3 месяца в основной группе показатели АЛТ снизились в 3,3 раза, АСТ в 2,8 раза, билирубина в 2 раза, холестерина в 1,2 раза; в контрольной группе эти показатели снизились в 1,5 раз, 1,6 раз, 1,2 раза соответственно.

Сочетание малых доз лактулозы и УДХК целесообразно использовать при лечении больных, страдающих жировым гепатозом/стеатогепатитом, желчекаменной болезнью в сочетании с дислипидемией с целью снижения выраженности воспалительного процесса в печеночных тканях, нормализации кишечной экосистемы.

Выводы. У больных с метаболическими заболеваниями гепатобиллиарной системы имели место нарушения микробиоценоза кишечника, сочетающиеся с дислипопротеидемией. При этом была отмечена взаимосвязь между выраженностью печеночной дисфункции, гиперхолестеринемией и степенью дисбиоза кишечника. Использование лактулозы в пребиотической дозе в сочетании с УДХК показало выраженное улучшение функционального состояния печени и нормализацию микробиоценоза кишечника.

ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Заяц М.М., Саенко О.П

Львовский национальный медицинский университет
им. Данила Галицкого, Украина, Львов.

Цель исследования. Оценка рациональности проведения ФТ в травматологии.

Материалы и методы. Объектами исследований были 50 медицинских карт стационарных больных пациентов травматологического профиля, инструкции по медицинскому применению ЛС, Государственный формуляр лекарственных средств Украины (7-й выпуск), классификация DRPs Европейской сети фармацевтической опеки (Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE v 5.01). Использованы методы: библиографический, системного анализа, статистический, клинико-фармацевтический. Конфликт интересов в ходе выполнения исследований отсутствует.

Результаты. Пациенты находились на лечении в травматологическом отделении одной из больниц г. Львова (Украина) с 25.11.14 по 04.06.15 гг. На основе анализа обработанных медицинских карт пациентов (n=50) установлено, что было больше женщин (60%).

Согласно результатам анализа медицинской документации установлено, что у пациентов чаще встречались такой диагноз, как закрытый перелом бедренной кости (n=17).

По результатам оценки ФТ 25-ти листов лекарственных назначений (ЛЛН) было идентифицировано 468 DRPs (в среднем по 18,7 DRPs на 1 ЛЛН) из которых: 30% — DRPs технические проблемы; 30% — это потенциальные лекарственные взаимодействия; 19% — отсутствие клинических протоколов по определенной нозологии; 8% — отсутствие данных доказательной медицины по клинической эффективности ЛС; 6% — проблемы выбора; 6% — проблемы, связанные с дозировкой ЛС; 0,8% — проблемы, возникающие в процессе применения ЛС; 0,2% — отсутствие лекарственных средств в государственном формуляре лекарственных средств. Поскольку значительную часть составляют технические проблемы (нечитабельность почерка), провести идентификацию некоторых ЛС было невозможным. Поэтому подсчитанное количество DRPs в рассматриваемых ЛЛН не является окончательным.

Выводы. По результатам проведенного исследования установлены типичные DRPs фармакотерапии в травматологии, из которых преобладают: технические проблемы и потенциальные лекарственные взаимодействия, что помогает сформировать ряд практических рекомендаций формате фармацевтической опеки, которая касается рационализации ФТ указанных нозологий.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ибатова Ш.М., Умарова С.С., Холмурадова З.Э.

Самаркандский медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время метаболический синдром (МС) у детей является одной из актуальных проблем педиатрии, что связано с его прогрессивным распространением. Одним из самых ранних проявлений МС является артериальная гипертензия (АГ).

Цель исследования: выявить факторы риска АГ у детей с МС.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 67 детей с ожирением в возрасте от 4 до 14 лет в условиях семейной поликлиники. Проведена работа по выявлению наследственной предрасположенности детей к ожирению, сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, АГ, собран социальный анамнез (особенности образа жизни, злоупотребление жирной и углеводистой пищей), антропометрические измерения (рост, вес, индекс массы тела, мониторинг АД. У обследованных детей проведено ЭКГ-исследование, определение уровня триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), глюкозы крови натощак, по показаниям проведение глюкозо-толерантного теста.

Результаты исследования. У 83% обследованных детей была выявлена АГ (уровень АД был выше 140/90 мм рт. ст.). В результате проведенного исследования определена дислипидемия: было повышено содержание триглицеридов - $175 \pm 1,69$ мг/л (77%), повышено содержание холестерина - $98,03 \pm 0,75$ ммоль/л (75%) и ЛПНП также были повышены (37%), содержание ЛПВП - снижены (23%) по сравнению с контрольной группой, индекс массы тела >15 кг/м² и отмечена инсулинорезистентность (67%).

Выводы. Факторами риска развития АГ у детей с МС являются: дислипидемия (гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия), повышение содержания ЛПНП, снижение содержания ЛПВП и инсулинорезистентность.

РОЛЬ ПРЕПАРАТА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ МЕЛЬДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ибрагимова М.Ш., Мирзакаримова Ф.Р., Исраилова Г.М

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Проведено изучение эффективности использования мельдония и оценка ЭКГ показателей в комплексной терапии у больных с ИБС.

Материалы и методы: Обследовано 22 больных в возрасте от 40- 62 лет, из них и 12 женщин, 10 мужчин. Были изучены данные пациентов с диагнозом: ИБС, стабильной стенокардией напряжения ФК II-III,

по классификации Канадской ассоциации кардиологов. В исследование не включали больных с наличием в анамнезе со стенокардией напряжения IV функционального класса. Всем больным проводился ЭКГ наблюдением в динамике и клинический анализы крови. Все больные были подразделены на две группы (12 и 10). Первая группа получала в составе комплексной терапии по 5 мл; (1мл = 100мг) мельдония, производитель «Фармак», Украина 1раза в сутки в/в. курс лечения проводилась в течение 2 недели. Вторая группа получала- только стандартная терапия.

Результаты: Показано, что у первой группы больных, получавших в составе комплексной терапии мельдония было выявлено положительное влияние данного препарата на деятельность сердца, повышение толерантности к физической нагрузке, улучшения электрической стабильности миокарда и качества жизни больных с ИБС. Анализ результатов ЭКГ, снятых до начала терапии, показал, что в обеих группах количества отведений с эливацией сегмента ST $12,3 \pm 1,2$, а после лечения на 10 сутки - $16,2 \pm 1,37$.

Вывод. Таким образом, при лечении стандартной терапии и с комбинации было выявлено, что мельдония позволяет организму рациональнее использовать свои собственные естественные ресурсы, чтобы произвести больше энергии. Благодаря своему уникальному механизму воздействия препарата улучшилось внутриклеточный энергетический метаболизм, систолическая и диастолическая функция левого желудочка. На фоне комбинации стандартной терапии у больных количества отведений эливацией сегмента ST на протяжении периода наблюдения уменьшилась у больных стабильной стенокардией напряжения.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ АДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ильченко И.А., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Совокупность факторов кардиоваскулярного риска (КВР) оказывают неблагоприятное прогностическое влияние на течение заболеваний, формирование осложнений, эффективность проводимого лечения. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и абдоминального ожирения (АО) сопровождается каскадом метаболических нарушений, повышающих КВР.

Цель: Выявить гендерные особенности изменений содержания высокомолекулярного адипонектина (ВМАН) и мочевой кислоты (МК) у пациентов с АГ и АО.

Материалы и методы: Обследовано 64 больных (30 мужчин и 34 женщины), в возрасте $49,4 \pm 3,8$ лет с АГ II стадии и АО (индекс массы тела (ИМТ) у мужчин и женщин соответственно: $33,4 \pm 1,6$ кг/м² и $32,2 \pm 1,4$ кг/м²). Изучены

показатели ВМАН и МК и особенности их изменений у лиц разного пола.

Результаты: У больных с АГ и АО содержание ВМАН было достоверно ниже у женщин, чем у мужчин (соответственно: $2,96 \pm 0,38$ мкг/мл; $3,86 \pm 0,24$ мкг/мл; $p < 0,05$). Уровень МК у мужчин достоверно превышал аналогичные показатели у женщин (соответственно: $0,64 \pm 0,07$ ммоль/л; $0,53 \pm 0,04$ ммоль/л; $p < 0,05$). Установлена отрицательная корреляция между окружностью талии (ОТ) и уровнем ВМАН ($r = -0,28$) у женщин, а также положительная корреляция между ОТ и уровнем МК как у женщин, так и у мужчин (соответственно: $r = 0,34$; $r = 0,31$). При регрессионном анализе установлено преобладающее влияние ВМАН на уровень систолического давления у женщин (95%, ДИ: 1,68 – 3,24; $p < 0,001$) и уровня МК на диастолическое давление у мужчин (93%, ДИ: 1,02 – 2,76; $p < 0,001$).

Выводы: Установлены гендерные особенности изменений уровней ВМАН и МК у пациентов с АГ и АО. У женщин повышение САД ассоциировалось со снижением уровня ВМАН, а повышение ДАД у мужчин – с повышением МК.

НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА КАК ФАКТОР ХРОНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Искандерова С.Дж, Кулдашев Т.А., Болтабаев С.А., Мусаева Ш.З

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение состояния факторов риска прогрессирования хронического пиелонефрита (ХП) в фазе активного воспаления и ремиссии.

Задачи. Определение параметров липидного обмена и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной активности (АОА) у больных ХП.

Материал и методы. Больных ХП было 129 человек в возрасте $45,6 \pm 13,6$ лет; женщин 90 (69,8 %), мужчин 39 (30,2 %); 89 пациентов – в стадии активного воспаления, 42 – в стадии клинической ремиссии. Контроль – 16 здоровых лиц, референтных по полу и возрасту. Проведены рутинные клинико-лабораторные и инструментальные исследования состояния больных для верификации диагноза. Состояние липидного обмена было изучено по уровню ОХС, ТГ, ЛПВП, ХС ЛПОНП и ХС ЛПНП (в моль/л), индексу атерогенности (ИА). Интенсивность ПОЛ оценивали по уровню МДА в эритроцитах крови (мкмоль/г Нв), уровень антирадикальной защиты – по интегральному показателю антиоксидантной активности (АОА) (%) в плазме крови, показатель воспалительной реакции – по высокочувствительному СРБ (мг/л). Статистическая обработка цифрового материала проведена по программе Microsoft Excel с определением величин $M \pm m$, критерия Стьюдента, достоверности различий при значении различий $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У больных ХП в стадии активного воспаления выявлены значительные нарушения состояния липидного обмена – увеличение уровней ОХС ($6,2 \pm 1,4$), ТГ ($2,4 \pm 0,4$), ХС ЛПОНП и ХС ЛПНП ($1,1 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,06$ соответственно), ИА был равен $6,2 \pm 1,4$. Все изменения статистически достоверно отличались от данных референтной группы. Эти сдвиги сохранялись и в стадии ремиссии. У больных ХП определено состояние оксидативного стресса, в фазе активного воспаления наблюдался дисбаланс в системе МДА - АОА с достоверным нарастанием МДА ($8,7 \pm 1,5$), снижением АОА ($25,4 \pm 3,1$), увеличением коэффициента МДА/АОА ($0,4 \pm 0,08$). Это свидетельство об активации ПОЛ и угнетении антиоксидантной защиты. В фазе клинической ремиссии эти изменения сохранялись. Истощение АОА плазмы крови предполагает сниженную резистентность организма, скрытый вяло текущий воспалительный процесс с недостаточностью защитных функций. Уровень показателя тяжести вч СРБ в фазе обострения был повышен – $9,5 \pm 2,1$, в стадии ремиссии несколько снизился ($6,7 \pm 1,1$), но оставался достоверно выше, чем в контроле.

Выводы. У больных ХП в фазе активного воспаления выявлены выраженные нарушения липидного обмена, сопровождающиеся повышением коэффициента атерогенности. Дислипидемия сохранялась в стадии клинической ремиссии. Состояние оксидативного стресса наблюдалось в фазе активного воспаления и в стадии клинической ремиссии. Значительные изменения липидного обмена, напряжение системы ПОЛ-АОА с угнетением антиоксидантной защиты, повышенные цифры вч СРБ могут служить факторами хронизации воспалительно-дегенеративного процесса при хроническом пиелонефрите и инициировать развитие нефросклероза и атеросклероза.

ОСОБЕННОСТИ БИОДЕГРАДАЦИИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ОКИСЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ

Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Алимов М.М.

АО «РСЦХ им. академика В.Вахидова»

Метаболизм окисленной целлюлозы (ОЦ) является важным моментом в его применении в качестве кровоостанавливающего средства. Продукты распада имплантатов и их продолжительность играют важную роль в оценке биологического действия.

Цель исследования: изучение разложения, биодegradации и метаболизма окисленной целлюлозы в эксперименте.

Материалом для исследования послужила ОЦ в виде порошка. Эксперименты были проведены в условиях *in vitro* с использованием фосфатно-буферного раствора. *In vivo* исследования были проведены на самцах кроликов породы Шиншилла весом $4,04 \pm 0,19$ кг в количестве 5 штук. Использована модель смешанного паренхиматозного кровотечения из раны печени. Для остановки кровотечения применяли порошковую форму имплантата из окисленной целлюлозы. Для имитации физиологических условий и поддержания нейтральной

или слегка щелочной рН, окисленную целлюлозу (ОЦ) погружали в фосфатно-буферный раствор (рН 7,4). В этих условиях до 90% ОЦ солубилизировалось в течение 21 дней. ОЦ при распаде выделяет продукты в виде белой, мучнистой натриевой соли полиглюкуроновой кислоты. Исследования оценки продуктов растворения ОЦ проведены с использованием сыворотки крови.

Результаты. Установлена более высокая скорость распада продуктов по отношению к фосфатно-буферному раствору. В исследованиях *in vivo* полное разложения ОЦ составило 3–10 дней по данным морфологических исследований. Полученные продукты распада были аналогичны тем, которые были получены в исследованиях *in vitro* и не выявляются в крови и моче.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что биологическое разложение ОЦ происходит одновременно через химические и ферментативные процессы. Окисленная целлюлоза является одним из перспективных местных гемостатических имплантатов, ввиду его биосовместимости и отсутствия токсичности. Сроки рассасывания ОЦ зависят от способа окисления и условий его использования.

МИЛЬГАММА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Исмаилов Е.Е., Назаров А.С.

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави,
Шымкент, Казахстан.

Цель: изучение эффективности применения препарата мильгамма в лечении диабетической полинейропатии (ДП).

Материал и методы: Проанализированы клинико-лабораторные данные 22 больных (мужчин-12, женщин-10), находившихся на лечении в терапевтическом отделении по поводу артериальной гипертензии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа с полинейропатией. У всех больных отмечались симптомы ДП с болевым синдромом, у половины из них боли носили острый характер, у остальных были выражены умеренно. Все больные в стационаре на фоне основного лечения получали мильгамма в виде инъекции по 2мл 10дней, далее перорально мильгамма композитум по 1драже 3 раза в день в течение 1 месяца. Эффективность терапии оценивали по субъективным ощущениям боли пациентами, а также неврологического обследования болевой и тактильной чувствительности через каждые 10 дней периода наблюдения.

Результаты: В результате лечения у подавляющего большинства больных (у 18-81%) отмечено снижение болевой чувствительности и положительная динамика симптомов. На фоне приема указанного препарата в комбинации уменьшались следующие симптомы: жжение, стреляющие и колющие боли. Средняя суточная интенсивность боли снизилась на 60-70%, причем оказалось, что эффект развивался довольно быстро – уже через 2 недели после начала терапии. В группе больных, у которых отмечались ночные боли, отмечено уменьшение их интенсивности. У всех больных отмечается

улучшение качества жизни в результате уменьшения дневных и особенно ночных болей. Эффект препарата Мильгамма композитум увеличивался на протяжении всего курса лечения, который продолжался 4-6 недель.

Выводы. Таким образом применение мильгаммы в комбинации (инъекционно и перорально в течение 4-6 недель) для лечения полинейропатии при сахарном диабете улучшает качество жизни больных.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА.

Исмаилов Е.Е., Назаров А.С., Баймаханова Г.С.

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, Шымкент.

Целью исследования явилось изучение частоты метаболического синдрома (МС) у больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) как причинного фактора ишемического поражения головного мозга.

Материал и методы: Материалом для исследования явились клиничко-лабораторные данные 56 больных (мужчин-26, женщин-30), а также 64 практически здоровых лиц без артериальной гипертензии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний. Исследуемым были проведены: антропометрия с определением окружности талии, определение глюкозы в крови натощак, биохимическое исследование крови для определения липидного спектра (определение общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ)). МС диагностировали при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) и 2-х дополнительных критериев диагностики МС.

Результаты: У больных с ХИМ МС диагностирован у 38 больных-68%. Выявлены основные критерии МС в основной группе исследуемых. АО выявлено у 64,3% (36 больных). Сравнение средних значений окружности талии показало достоверное различие между основной и контрольной группами. При этом отмечается, что в основной группе у женщин частота встречаемости АО выше (79,2%), чем у мужчин (62,6%). Из дополнительных критериев у больных с ХИМ чаще встречается АГ (81%), из них АГ III степени (67,3%). Анализ данных липидного спектра у больных ХИМ показал статистически достоверные различия для таких показателей, как ТГ и ЛПНП. При этом, триглицеридемия диагностирована у 14 больных основной группы, что составляет 25%. Уровень ЛПНП был повышен у 38 больных (67,8%) Частота гипергликемии натощак у больных с ХИМ значительно превышает показатели гипергликемии у лиц контрольной (43,2% и 8,2%) соответственно.

Выводы. Данные о высокой частоте МС и отдельных его критериев у больных с ХИМ свидетельствуют о значительном повышении риска поражения мозговых сосудов с последующим развитием мозговых катастроф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ

¹Каландарова У.А., ¹Бекматова Ш.К.,
²Хасанова Х.Д., ²Зиямухамедова М.М.

¹Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Узбекистан

²Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение динамики встречаемости некоторых основных компонентов метаболического синдрома (МС) в ходе вторичной профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 210 пациентов с МС среди которых проводились меры вторичной профилактики, включающие коррекцию его основных компонентов (в данном сообщении приводятся результаты, связанные с коррекцией артериальной гипертензии). В начале и конце исследования анализировались такие компоненты МС как артериальная гипертензия (АГ), ожирение, гиперхолестеринемия (ГХ), гипертриглицеридемия (ГТГ), гипербетталипопротеидемия (ГБЛИП), сахарный диабет (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Исследование продолжалось 12 месяцев. На основании результатов теста толерантности к глюкозе (ТТГ) обследованные лица были разделены на 2 группы. В первую группу вошли лица с нарушением симпатoadреналовой фазы гликемической кривой (гипрегликемия через 1 час после нагрузки при нормальных уровнях гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки). Вторую группу представляли пациенты с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой при нормальных уровнях гликемии натощак и через 1 час после нагрузки).

Результаты. Установлено, что применение бетта-адреноблокаторов (бисопролол), более эффективно у больных с нарушением симпатoadреналовой фазой гликемической кривой. У больных с нарушением вагоинсулярной фазы более эффективны были ИАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА). Препараты центрального действия (моксонидин) обладают хорошим эффектом у больных обеих групп. При этом, моксонидин был более эффективен у пациентов с первой стадией АГ. У больных со 2 и 3 стадией АГ больший эффект достигается при комбинации моксоницина с ИАПФ и АРА.

Выводы. В программах вторичной профилактики МС следует предусматривать выделение различных категорий гипергликемии (нарушение симпатoadреналовой и вагоинсулярной фаз гликемической кривой). Коррекцию АД и уровня гликемии следует проводить с учётом нарушения различных фаз гликемической кривой.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВ ГЛАЗ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Камилов Х.М., Максудова Л.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Разработка мер профилактики осложнений ожоговой болезни глаз у лиц страдающим сахарным диабетом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Республиканской клинической офтальмологической больнице находились 7 (10 глаз) больных с ожоговой болезнью органа зрения на фоне сахарного диабета.

Всем пациентом были проведены офтальмологические, инструментальные исследования: ОСТ, ультразвуковая доплерография (по необходимости), ЭКГ.

Лабораторные исследования включали: общий анализ крови, общий анализ мочи по Нечипоренко, биохимия, ревмопроба, гликированный гемоглобин, коагулограмма).

Вместе с тем, проведены специальные методы исследования (определение фенотипа ацетилирования по методу Пребстинга – Гаврилова в моче пациента, АСЛ к тканевым антигенам роговицы, склеры, хрусталика, сосудистой оболочки).

Результаты и обсуждения. Из 7 больных (10 глаз) мужчин было 4 (57,14%) и женщин было 3 (42,86%). Возраст пациентов составлял от 27 – 58 лет. Производственные травмы получили – 4 пациента, бытовые – 3. Сроки наблюдения пациентов составили до 1 года. У 4 больных (7 глаз) с легкой степенью тяжести ожога наблюдались: умеренный отек век, умеренная инъекция сосудов глазного яблока, легкий отек и эрозия роговицы. У 2 больных (2 глаза) больных с ожогом средней степени – отек век, на коже век - пузыри, отек конъюнктивы, а также участки ишемии и некроза в ее поверхностных слоях, роговица тусклая, матовая, имеются эрозии.

Чувствительность роговицы резко снижена. У 1 больного (1 глаз) с третьей и четвертой степенью ожога все признаки резко выражены, кроме того, добавлялись выраженный некроз кожи век и некроз конъюнктивы. Роговица была в виде матового или фарфорового стекла. При биомикроскопии в передней камере обнаруживался серозный экссудат, изменения радужной оболочки в виде выраженного серозного иридоциклита, приводивший в итоге к образованию симблефарона.

Выводы. Таким образом, при химическом ожоге у пациентов с метаболическим синдромом отмечаются дегенеративные изменения, которые сохраняются более 30 дней, что способствует более длительному лечению, усиленной инсулинотерапии, повышенной дозы эпителизирующих препаратов, ношение лечебных контактных линз.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ

Кадыкова О.И., Джалал Лаклай

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы - изучить влияние полиморфных вариантов гена β_2 -адренорецепторов на прогрессирование хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 222 больных с ИБС и ожирением. Все больные были разделены на три подгруппы в зависимости от функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН): первая подгруппа - больные с I ФК ХСН (n = 50), вторая подгруппа - пациенты со II ФК ХСН (n = 118) и третья подгруппа - больные III-IV ФК ХСН (n = 54). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты. Полученные нами данные демонстрируют отсутствие влияния полиморфных вариантов гена β_2 -адренорецепторов на прогрессирование ХСН (по NYHA) у больных ИБС и ожирением ($p > 0,05$). Так, почти с одинаковой частотой было обнаружено носительство аллеля С полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов у больных ИБС и ожирением - 32%, 34,75% и 31,48%; в отношении носительства аллеля G имела место такая же тенденция - 68%, 65,25% и 68,52% у больных с ХСН I, II и III-IV ФК соответственно. Различные генотипы (C/G, C/C, G/G) полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов у больных ИБС и ожирением в зависимости от ФК ХСН имели практически одинаковое распределение (30%, 33,05% и 33,33% для генотипа C/G у больных с ХСН I, II и III-IV ФК соответственно; 33%, 33,90% и 31,48% для генотипа C/C, 37%, 33,05% и 35,19% для генотипа G/G, $p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, по результатам нашего исследования не установлено ассоциации между прогрессированием хронической сердечной недостаточности у больных с ишемической болезнью сердца и ожирением с полиморфными вариантами гена β_2 -адренорецепторов (Gln27Glu).

КОНСОЛИДАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

¹Каримов М.Ю., ²Каюмов У.К., ¹Якубджанов Р.Р.

¹Ташкентская медицинская академия

²Ташкентский институт усовершенствование врачей

Одним из грозных осложнений сахарного диабета (СД) у человека является нарушение консолидации переломов. В основе этих патологических процессов лежит нарушение механизмов регенерации костной ткани в условиях дефицита инсулина и гипергликемии. Известно, что инсулин оказывает на

кость прямое и не прямое влияние, в частности, приводит к увеличению синтеза коллагена остеобластами. Одной из причин нарушения структуры костей при СД служит дефицит кальция и нарушение его метаболизма.

Цель изучить результаты оперативного лечения переломов длинных костей на фоне сопутствующего сахарного диабета.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 12 пациентов с переломами конечностей страдающих СД 2 типа. Возраст больных - от 50 до 84 лет (2 женщины и 10 мужчин). Локализация переломов: переломы бедра у 5, переломы голени у 5, перелом плечевой кости у 2 больных.

Все больные обследованы по специально разработанной методике, предусматривающей алгоритм диагностики и лечения переломов с учётом особенностей метаболического синдрома. Из лучевых методов применялись стандартная рентгенография и МСКТ. После тщательной предоперационной подготовки, совместно с эндокринологом и кардиологом, всем больным произведено оперативное лечение. Открытый (два случая) и преимущественно малоинвазивный остеосинтез (БИОС) длинных костей.

На 8-10 сутки для оптимизации репаративной регенерации зоны перелома, внутримышечно вводился кальцитонин 100 ЕД, всего до 20-30 ампул. Все больные после коррекции гемо реологических показателей вертикализированы, т.е. начали ходить на 3-5 сутки после операции. Нагрузка на оперированную нижнюю конечность прилагалась до 10%. Разрешение на полную нагрузку давалось через 3 недели т.е. после образования первичной костной мозоли.

Всем больным проводилась терапия, направленная на коррекцию нарушенного углеводного обмена. Костное сращение переломов наступило у всех пациентов в сроках от 4 до 6,5 месяцев. Изучение отдаленных результатов с применением метода Каплан-Мейера показало повышение качества жизни с 10% до 90%.

Вывод: Малоинвазивный остеосинтез переломов длинных костей конечностей у больных с сахарным диабетом является методом выбора.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Каримова Н.А., Ибатова Ш. М., Исламова Д.С.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучение эффективности комплексной терапии метаболического синдрома у детей, больных гипотиреозом.

Материал и методы. Нами проведено обследование 45 детей, больных гипотиреозом в возрасте от 7 до 15 лет и 15 больных, не

имеющих патологии щитовидной железы того же возраста. Обследуемые больные были распределены на две группы: I - группа (25 детей) по весу имела значение, идентичное весу возрастной и контрольной группы. II - группа (20 детей), имела избыточный вес тела, превышающий возрастной на $4,8 \pm 1,8$ кг. У детей, больных гипотиреозом и у детей контрольной группы проводилось определение гормонов щитовидной железы, содержание эфиров холестерина, триглицеридов и общих липидов крови.

Результаты исследования. Установлено, что триглицериды у детей II - группы с избыточной массой тела были выше, общие липиды крови составили $5,77 \pm 0,15$ г/л, а у детей I - группы - $5,15 \pm 0,16$ г/л ($P < 0,05$) по сравнению с контрольной группой - $4,5 \pm 0,14$ г/л. Содержание триглицеридов у больных с избыточной массой $17,65 \pm 0,22$ ($P < 0,01$), т.е. выше чем у больных с нормальной массой $16,74 \pm 0,17\%$, ($P > 0,05$) и с контрольной группой $16,72 \pm 0,15\%$. Свободный холестерин $8,59 \pm 0,17\%$, ($P > 0,05$) у больных с нормальной массой ($8,69 \pm 0,14\%$) не отличался от контрольной, но значительно превышал в группе с избыточной массой тела и составил $9,74 \pm 0,14\%$ ($P < 0,01$). У больных гипотиреозом с избыточной массой тела проводилась комплексная терапия, включающая диетотерапию стол №5, назначения ферментов (мезим форте) и коррекция лактулозой в возрастной дозировке в течении месяца. На фоне проведенного комплексного лечения достигнута положительная динамика: снижение массы тела больных на $3,2 \pm 0,8$ кг и приближение изученных показателей к контрольной группе.

Вывод. Таким образом, установлено, что при метаболическом синдроме у детей, больных гипотиреозом рациональное проведение комплексной терапии, включающей диетотерапию, ферментотерапию и лактулозу приводит к улучшению изученных биохимических показателей и значительному снижению индекса массы тела больных.

ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МАЛЬЧИКОВ

Каримова Н.А. Алкаров Б.З.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель. Изучить особенности полового развития у детей с метаболическим синдромом у детей подростков.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 подростка: 12 мальчиков рост и вес соответствовал возрасту и 12 мальчиков с избыточной массой $10,5 \pm 1,8$ кг. Рост больных детей не отличался от контрольной группы. Индекс массы тела в контрольной группе составлял $14,3 \pm 2,12$, у больных - $25,4 \pm 2,4$. У больных анамнез отягощен: ожирение у матери (18), гипертония у родителей (19), гормональное лечение бесплодия (13), гипотиреоз у матери (8), рождены кесаревым сечением.

Концентрация глюкозы натощак выше ($5,5 \pm 1,2$ ммоль/л) по сравнению с контрольной ($3,5 \pm 1,5$ ммоль/л), как и постглангулярная ($7,4 \pm 1,2$ ммоль/л). Субъективные проявления: приступы сильного голода и эмоциональные нарушения раздражительность, слезливость, панические настроения, вспышки гнева, агрессивное поведение. Повышены уровни триглицеридов: $170 \pm 1,5$ мг/дл и холестерина $7,03 \pm 0,4$ ммоль /л по сравнению с контрольной группой. Уровень трийодтиронина снижен $1,07 \pm 0,09$ нмоль/л ($1,39 \pm 0,07$ нмоль/мл), тиронина $104,7 \pm 8,7$ нмоль/л ($129,26 \pm 2,65$). Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ $1,91 \pm 0,2$ и ЛГ $1,2 \pm 0,11$. На фоне ожирения отмечалось снижение уровня тироксина $1,3 \pm 0,45$, при норме $4,8 \pm 1,1$ нмоль/л.

Результаты. Повышены уровни триглицеридов: $170 \pm 1,5$ мг/дл и холестерина $7,03 \pm 0,4$ ммоль /л по сравнению с контрольной группой. Уровень трийодтиронина снижен $1,07 \pm 0,09$ нмоль/л ($1,39 \pm 0,07$ нмоль/мл), тиронина $104,7 \pm 8,7$ нмоль/л ($129,26 \pm 2,65$). Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ $1,91 \pm 0,2$ и ЛГ $1,2 \pm 0,11$. На фоне ожирения отмечалось снижение уровня тироксина $1,3 \pm 0,45$, при норме $4,8 \pm 1,1$ нмоль/л. Лечение проводилось (стол №9 L-тироксин 25мкг, хорионический гонадотропин 88500ЕД, сиофор 500ЕД peros 1 раз в сут, в результате достигнута положительная динамика.

Выводы. 1. Метаболический синдром у мальчиков осложняется отставанием полового развития, что требует гормональной коррекции. 2. Все мальчики с ожирением должны обследоваться на гормоны фолликулостимулирующий, лютеинизирующий хорионический гонадотропин и тестостерон. 3. Эффективна комплексная терапия гормоном хорионическим гонадотропином в сочетании с сиофором.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Касимбекова Г.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы: изучение методов выявления больных с метаболическим синдромом на первичном звене здравоохранения.

Материал и методы: Обследовано 46 больных с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 35 до 65 лет, из которых мужчин было 51%, женщин – 48%. Общим для них были возраст, период менопаузы у женщин, поведенческие факторы (питание, малоподвижный образ жизни, социально-экономический статус). Изучались следующие компоненты МС – артериальная гипертония, избыточная масса тела, гиперлипидемия. В зависимости от значений индекса массы тела (ИМТ), все участники были разделены на группы: 25-29,9, 30-34,9 кг/кв. м.

Результаты: Установлено, что у 25% больных наблюдается гипертоническая болезнь 1 степени, 6% - 2 степени и 4% - 3 степени. Ишемическая болезнь сердца у 6% больных, с избыточным весом – 63% и с ожирением – 15%, гиперлипидемия у 15%.

Выводы: Таким образом, результаты наших наблюдений показали, что ведущими компонентами МС являются артериальная гипертония, избыточная масса тела, гиперлипидемия. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов, определяющих суммарный риск развития и прогрессирования клинических проявлений. Это основной принцип стратегии первичной и вторичной профилактики. В связи с тем, что избыточное накопление висцеральной жировой ткани является одним из основных патогенетических факторов формирования синдрома инсулин резистентности, ведущее место в комплексном лечении больных должны занимать мероприятия, направленные на уменьшение массы абдоминально-висцерального жира. Это прежде всего рациональное питание. Ограничение потребления быстроусвояемых углеводов. Снижение потребления алкоголя, отказ от курения, увеличение физической активности, контроль АД. Следует учитывать, что при наличии у больного высокого суммарного риска развития МС используется весь комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК.

Касимова Н.Д., Даулетбоев Б.К., Юлдашев Р.Н.,
Китьян С.А., Тешабоев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния препарата «Канефрон» на состояние дисметаболических процессов у больных с хроническим токсическим поражением печени (ХТПП) с сопутствующими инфекционно-воспалительными заболеваниями почек.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 109 больных в возрасте 31-60 лет, мужчин - 74 (77,1%), женщин – 35 (22,9%). Из них: I группа 61 больной с ХТПП без патологии почек, II группа 48 человек с ХТПП и сопутствующей патологией почек. Статистическая обработка проводилась с использованием программы EXCEL 5,0 и STATISTIKA 4,3, достоверность различий определялась по t- критерию Стьюдента.

В зависимости от характера лечения больные обеих групп были подразделены на 2 подгруппы:

I подгруппа – получала традиционное лечение включающее препараты содержащие растительные флавоноиды, эссенциальные фосфолипиды, органопротекторы и детоксикационные средства.

II подгруппа – к комплексу традиционной терапии добавлен препарат «Канефрон» по 2 капсулы 3 раза в день.

Результаты. Установлено, что комплексная терапия снизила активность аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз до исходных величин $22,1 \pm 1,9$ МЕ и $14,4 \pm 1,8$ МЕ соответственно ($P < 0,5$).

Отмечено достоверное снижение кислой РНК-азы и ДНК –азы соответственно на 29% и 61% ($P < 0,5$). Показатели кислой фосфатазы снизились в три раза ($P < 0,5$). Увеличилась активность катепсина с $51,6 \pm 3,3$ мкг тирозина до $71,6 \pm 0,71$ мкг тирозина, что на 39% превышает исходные величины ($P < 0,5$). Достоверно повысилось содержание альфы -2-макроглобулина с $158,4 \pm 14,4$ мг/дл до $184,6 \pm 8,9$ мг/дл, что на 17% выше исходных величин ($P < 0,5$), церулоплазмин повысился в 1,4 раза, орозомукоид на 35% ($P < 0,5$).

Выводы. Таким образом комплексное использование гепатопротекторных и нефропротекторных препаратов в лечении ХТПП сочетанного с заболеванием почек привело к снижению активности протеазной и повышению активности антипротеазной системы, что указывает на обоснованность использования наряду с гепатопротекторами нефропротекторы растительного происхождения.

АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Касимова Ш.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Цель работы. Изучение эффективности медикаментозной профилактики Фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и Преэклампсия у женщин с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 37 беременных женщин, в возрасте 30-40 лет. Ожирения 2 – степени выявлено у 32 (86,5%), 3-степени- у 5(13,5%). Артериальная гипертензия 1-степени-у 10 (27%), 2-степени – у 20(54%), 3-степени- у 7(19%). У всех диагностирован сахарный диабет 2-типа. Женщины разделены на 2 группы. 1-группа 28 женщин во 2 триместре получали дипиридамола (150 мг в сутки(месяц): 2-группа- 9 женщин такого лечения не получали.

Результаты. Установлено что ФПН наблюдалась у 15(41%) женщин, компенсированная-79, декомпенсированная форма у-6. В 1-й группе частота фетоплацентарной недостаточности составила 43% (12 женщин), во 2-й-

-28(2 женщины). Преэклампсия наблюдалась у 15 женщин (41%): легкой степени – у 8, тяжелой степени – у 2. В 1-й группе у 10 женщин (35%) выявилась преэклампсия, во 2-й группе у 6 (71%). Досрочно роды разрешились у 6 пациенток (16,2). Показаниями к досрочному родоразрешению явились в 4 случаях критическое состояние плода, как результат прогрессирования ФПН. Нарастание тяжести преэклампсии в одном- преждевременное излитие вод у одной пациентки. Следует отметить что три случая досрочного родоразрешения наблюдались во 2-й группе (критическое состояние плода, 1-тяжелая преэклампсия, $P=0,04$).

Выводы. Применение дипиридамола у беременных с метаболическим синдромом снижает частоту преэклампсии и преждевременных родов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТ

Каюмов У.К., Хамидова Г.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования: Оценить характер морфологических изменений миокарда крыс с учетом дозы и длительности воздействия ЭМИРЧ.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 72 белых крысах массой 220–280 г. Для опыта крысы были разделены на 4 группы (по 20 штук в каждой опытной и 12 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. Исследования проводили в два этапа: острое воздействие в течение 1 мес. и хроническое – 3 мес. Морфологические исследования проводили с помощью стандартных методов световой микроскопии, образцы ткани фиксировали в 10% растворе формалина на фосфатном буфере.

Результаты. 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 (1 забой) отмечались более выраженные структурные изменения с гипертрофией и увеличением кардиомиоцитов, пролиферацией в области ушек сердца и предсердий, готовность к митозу. В 3 группе крыс (1 забой) отмечалось разволокнение и разрывы между группами

миофибрилл по направлению к перикарду, с неравномерной гипертрофией волокон кардиомиоцитов с продольными надрывами. В собственном сосудистом русле наблюдались форменные элементы крови, дилатация сосудов, внутривенное скопление крови, стаз с эффектом «фракционирования». При хроническом облучении ЭМИРЧ (3 мес.) в 1 группе крыс выявлено отсутствие чётких границ между волокнами кардиомиоцитов предсердий крыс. Сгруппированные пучки волокон были неоднородно окрашены, имели множество мелких надрывов, что обусловило гиперемию и отёк, напоминая ткань «Хан-атлас». Тонус сосудов был дряблый с признаками пердиapedеза, отмечено появление двудерных кардиомиоцитов. У крыс 2 группы (во 2 забое) нарушения ткани сердца проявлялись в виде отёка соединительной ткани с множественными надрывами фиксированных волокон, перераспределением кровотока миокарда, запустеванием сосудов, гиперемией субэпикардальных и собственно эндокардиальных сосудов. В 3 группе крыс отмечены выраженные структурные нарушения миокарда и эндотелия, значительные сосудистые и микроциркуляторные нарушения, появление плазморрагий, стаза и агрегации эритроцитов с адгезией к эндотелиальным клеткам сосудов миокарда.

Вывод. Из полученных результатов следует, что ЭМИРЧ оказывает значительное влияние на различные структуры сердца и сосудов, выраженность которого зависит от длительности и мощности воздействия.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ

Каюмов У.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

В последнее время всё чаще используется термин апоптоз. Однако, не всегда он употребляется корректно. В связи с этим, в настоящем сообщении приводятся некоторые разъяснения.

В 2002 году С. Бреннер, Дж. Салстон и Р. Хорвиц были удостоены Нобелевской премии за открытия в области генетической регуляции развития органов и за достижения в исследованиях программируемой клеточной смерти.

Апоптоз - генетически обусловленный процесс физиологической гибели клеток, представляющая собой своеобразную генетически запрограммированную самоликвидацию.

Некроз - Омертвление в живом организме отдельных органов или тканей под влиянием патологических процессов или вредных воздействий.

ЗНАЧЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Узбекистан

Цель исследования: изучить частоту встречаемости симптоматических гипертензий и эффективность профилактики метаболического синдрома (МС) среди этой категории больных.

Материал и методы. Работа проводилась в 2х городах (Ташкент и Ургенч) на базе 2х учреждений: Ташкентский институт усовершенствования врачей и Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии. Обследовано 359 больных страдающих артериальной гипертензией (АГ). Среди них проводилось выявление случаев симптоматических гипертензий. Программа обследования включала клинические, инструментальные, гормональные и биохимические исследования. Меры вторичной профилактики МС в части АГ предусматривали этиопатогенетическое лечение первичного заболевания с коррекцией других основных компонентов МС.

Результаты исследования. Наиболее часто встречались почечные (или нефрогенные) гипертензии. Причинами таких гипертензий в большей степени являлись диабетический гломерулосклероз, гломерулонефрит, пиелонефрит, системные васкулиты, амилоидоз, атеросклероз. Несколько реже причинами артериальной гипертензии являлись болезни эндокринных органов. Эндокринные артериальные гипертензии в основном были представлены тиреотоксикозом, гиперкотицизмом, альдостеронизмом, феохромоцитомой. Достаточно часто выявлялись артериальные гипертензии, обусловленные заболеваниями аорты и крупных сосудов. Следует обратить внимание на высокую встречаемость артериальных гипертензий преимущественно психогенного происхождения, которые встречались преимущественно на ранних стадиях артериальной гипертензии и в большей степени у лиц молодого возраста.

Согласно полученным данным, положительные результаты удалось получить при дифференцированном подходе к профилактике с учётом генеза симптоматической артериальной гипертензии. Вместе с тем, до применения такого подхода ни у одного пациента не удавалось достичь стойкой ремиссии, оцениваемой целевыми уровнями артериального давления. Пациенты нуждающиеся в хирургическом лечении в исследование не включались.

Выводы. Принципиальным условием достижения эффективности профилактики метаболического синдрома является дифференцированный подход к лечению артериальной гипертензии учитывающий генез гипертензии.

ВЛИЯНИЕ ТИОТРИАЗОЛИНА НА ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У., Таиров М.Ш.,
Рузиев О.А., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить динамику показателей основных компонентов метаболического синдрома (МС) в ходе лечения тиотриазолином.

Методы исследования. Обследовано 34 больных артериальной гипертонией (АГ) с МС. Для выявления МС использовались критерии Международной Федерации диабета (IDF). В соответствии с этими критериями МС определялся при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих компонентов МС – АГ, гиперлипидемия, гипергликемия. АО определялось по величине окружности талии (у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см). АГ фиксировалась при значениях артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. За гипертриглицеридемию принимались значения уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л. Толерантность к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Пациентам с МС назначался тиотриазолин по общепринятой схеме: 2,5% раствор 4,0 в/м в течении 8 дней, затем по 200 мг 3 раза в день в течении 45 дней. Контрольную группу составили 27 больных АГ с МС не получающие тиотриазолин.

Результаты. Включение в терапию больных АГ препарата Тиотриазолин сопровождалось достоверно более выраженным снижением артериального давления (АД). При этом, отмечалось снижение как систолического, так и диастолического АД. Применение тиотриазолина у пациентов с МС способствовало также и статистически значимой разнице в показателях снижения уровней гликемии, как натощак, так и через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой относительно группы больных не получавших тиотриазолин. При этом, отмечалось более выраженное снижение уровня гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой. Выявлена положительная динамика в снижении уровня липидов и, прежде всего – триглицеридов. Отмечено также значимое снижение уровней триглицеридов. Наблюдалось некоторое снижение массы тела. Однако, это снижение оказалось статистически не значимо.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о том, что применение тиотриазолина позволяет снизить уровни основных компонентов МС. Для выяснения патогенетических механизмов выявленных эффектов следует проводить углублённые исследования в этом направлении.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕЛАТОНИНА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Кириченко И.Н.

Запорожский Национальный технический университет,
Запорожье, Украина

Цель работы изучить уровень мелатонина (М) у женщин с ожирением и доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия (ДГПЭ) в перименопаузе.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели обследовано 26 (100%) женщин с ожирением перименопаузального возраста (средний возраст составил $47,9 \pm 0,3$ года).

Анализ структуры ДГПЭ в выделенной группе показал, что у большинства (69,23%) пациенток имела место железистая гиперплазия, у 4 (15,39 %) - железисто-кистозная гиперплазия, у 3 (11,54%) - полипоз эндометрия и аденоматоз эндометрия – у 1 (3,84%).

У всех женщин проведено определение уровня М в плазме крови методом с разделением на тонком слое сорбента с последующей спектрофотометрией; уровень экскреции суммарных эстрогенов (СЭ) в суточной моче определяли флюориметрическим методом Brown (1968).

Результаты исследования. Анализ уровня М показал колебания показателей от 10,2 до 26,3 пмоль/л при среднем значении $14,95 \pm 0,62$ пмоль/л, что было достоверно ($p < 0,05$) ниже средневозрастной нормы (вариабельность от 20 до 60 пмоль/л). Причем, у 80,8% женщин средний показатель М составил 13,1 пмоль/л. Среднее значение показателя экскреции СЭ составило $20,60 \pm 2,76$ мкг/сут. Таким образом, уровень СЭ не отличался от аналогичного у женщин позднего репродуктивного возраста в ранней пролиферативной фазе менструального цикла (при соответствующем показателе $25,1 \pm 1,2$ мкг/сут) и свидетельствовал о наличии относительной гиперэстрогении.

Для выяснения возможных взаимовлияний М и СЭ у женщин с ДГПЭ был проведен корреляционный анализ показателей, результаты которого показали наличие положительной корреляционной связи средней силы (при $r = 0,51$).

Выводы. У женщин с ожирением и доброкачественными гиперпластическими процессами в перименопаузе достоверно снижается уровень мелатонина. Учитывая роль М, как онкопротектора, в комплексную терапию ДГПЭ следует включать препараты мелатонина.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ковалёва Ю.А., Шелест А.Н., Абдуллаева А.Б., Шелест Б.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Изучить особенности метаболического синдрома (МС) у больных артериальной гипертензией (АГ) в динамике лечения периндоприлом.

Материал и методы. Под наблюдением находился 51 больной с АГ и явлениями МС, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении. Кардиогемодинамические показатели определялись на ультразвуковом аппарате Philips HD11XE (USA). Оценивалась степень и характер ожирения, как одного из составляющих МС, по расчёту индекса массы тела (ИМТ) и показателя соотношения объёма талии к объёму бёдер (ОТ/ОБ). Определялся липидный спектр крови ферментативным методом и провоспалительный цитокин ФНО- α иммуноферментным методом наборами реактивов фирмы «Протеиновый контур» (Россия). В комплексное лечение больных в течение 1 месяца включали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента периндоприл в сочетании с метформином (27 больных) и группа сравнения (24 больных) – стандартная терапия.

Результаты. Установлено, что средние значения систолического артериального давления (САД) у обследованных больных составляли ($166,2 \pm 5,6$ мм рт.ст.), а среднее диастолическое давление (ДАД) – $97,3 \pm 2,6$ мм рт.ст. в сравнении с меньшими значениями в группе сравнения. Метаболические нарушения у больных АГ – это комплекс изменений углеводного и липидного обменов и другие нейрогуморальные расстройства. Уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,67 \pm 0,56$ ммоль/л и триглицеридов (ТГ) – $2,24 \pm 0,37$ ммоль/л до лечения, снизившись по показателям ОХС на 26% и ТГ – на 23%. При сопоставлении антропометрических показателей: ИМТ уменьшался с $30,6 \pm 1,4$ кг/м² до $28,3 \pm 0,8$ кг/м², $p < 0,05$ и показатель ОТ/ОБ уменьшался с $0,96 \pm 0,04$ до $0,89 \pm 0,02$, $p < 0,05$ соответственно. ЭХО-КГ показатели массы миокарда ЛЖ снизились с $156,3 \pm 5,4$ г до $146,2 \pm 4,5$ г, $p < 0,05$. Величина фракции выброса также увеличилась на 12%. До лечения активность цитокина ФНО- α у больных АГ с МС составляла $82,3 \pm 11,4$ пг/мл, а после курсового лечения наблюдалось его снижение до $64,2 \pm 6,5$ пг/мл, $p < 0,05$.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом периндоприлом с метформином оказывает положительное воздействие на показатели липидного обмена, антропометрические данные, на снижение активности провоспалительного цитокина ФНО- α , что в целом способствовало нормализации изменённых показателей и улучшению состояния больных.

ВЛИЯНИЕ 12 –ТИ МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Коваль С.Н., Снегурская И.А., Мысниченко О.В.,
Пенькова М.Ю., Божко В. В.

ГУ “Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой НАМН Украины”,
г. Харьков, Украина

Цель. Изучение метаболических показателей и структурно-функциональных параметров левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) в динамике 12-ти месячной медикаментозной терапии на фоне диетических рекомендаций.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных АГ 2-3 степени в возрасте от 36 до 69 лет с АО. Определяли уровни в крови липидов, глюкозы и инсулина с определением инсулинорезистентности (ИР) по индексу НОМА, структурно-функциональные параметры ЛЖ сердца. Обследование больных проводили в динамике 12-месячной антигипертензивной терапии: олмесартан (О)- по 20-40 мг в сутки в сочетании с лерканидипином (Л)- по 10-20 мг в сутки с добавлением, в случае недостижения целевых уровней артериального давления (АД) через 4 недели небиволола (Н)- по 5 мг в сутки, а через 12 недель – индапамида (И)- по 2,5 мг в сутки. Всем больным назначали аторвастатин (А)- 20 мг в сутки.

Результаты. Терапия О и Л через 4 недели лечения не привела к достижению целевых уровней АД, в связи с чем больным был дополнительно назначен Н. Через 12 недель после иннициации терапии выявлено повышение антигипертензивной эффективности до 83%, через 12 месяцев – до 90%. Добавление И было необходимым только у 17% больных. Указанная терапия на фоне приема А и диетических рекомендаций привела через 12 месяцев к достоверному снижению уровней общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности и триглицеридов ($p < 0,001$) на фоне достоверного ($p < 0,01$) повышения уровней ХС липопротеидов высокой плотности; достоверному снижению показателя ИР ($p < 0,001$), а также к достоверному снижению индекса массы миокарда ЛЖ, улучшению показателей диастолической функции. Выявленные изменения параметров происходили на фоне достоверного снижения массы тела у обследованных больных.

Выводы. У больных АГ с АО длительная 12- месячная терапия О, Л и Н с добавлением, в случае необходимости И, на фоне приема А и диетических рекомендаций приводит не только к достижению целевых уровней АД, положительных изменений в липидном обмене и чувствительности тканей к инсулину, но и торможению патологического ремоделирования ЛЖ сердца.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ, АНТИДИАБЕТИЧЕСКАЯ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Юшко К.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г.Харьков, Украина

Цель. Изучить характер метаболических показателей в динамике комбинированной антигипертензивной, антидиабетической и гиполипидемической терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В динамике комбинированной терапии было обследовано 20 больных ГБ с СД 2 типа. Все больные получали антигипертензивную терапию комбинированным антигипертензивным препаратом, включающим периндоприл в дозе 4-8 мг с амлодипином в дозе 5-10 мг 1 раз в сутки, и небивололом - 5 мг в сутки. Антидиабетическое лечение включало сочетание метформина в дозе 1000 мг в сутки с дапаглифлозином в дозе 10 мг в сутки.

В качестве гиполипидемической терапии был назначен аторвастатин в суточной дозе 20 мг вечером. Курс лечения составил 3 месяца. До и после проведенного лечения исследовали показатели липидного обмена, уровень глюкозы натощак и мочевую кислоту в крови.

Результаты. Установлено, что назначенная антигипертензивная, антидиабетическая и гиполипидемическая терапия способствовала положительной динамике углеводного и липидного обмена. Так, в динамике лечения отмечалось достоверное снижение уровня глюкозы крови ($p < 0,001$), улучшение липидного обмена в виде снижения уровней ОХ ($p < 0,01$), ТГ ($p < 0,001$), ЛПНП ($p < 0,05$), КА ($p < 0,05$).

В то же время уровни ЛПВП существенных изменений не претерпевали. Следует отметить достоверное уменьшение мочевой кислоты в крови больных, получающих данную комбинацию препаратов в сравнении с исходными данными – на 14% ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, в динамике многокомпонентной терапии отмечается достоверное снижение гликемии, значимое улучшение проатерогенных показателей, достоверное уменьшение мочевой кислоты, что дает основание использования данной комбинации препаратов у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа и в том числе при нарушении пуринового обмена.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Кодасбаев А.Т., Альмухамбетова Р.К., Токсанбаева Г.Т.,

Тыналиева Ш.А., Туякбаева А.Г., Уменова Г.Ж.

ГКЦ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования явилось изучение частоты и особенностей метаболического синдрома у больных кардиологического профиля.

Материал и методы. Под наблюдением находились 167 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 66 до 73 лет (средний возраст – $69,3 \pm 0,9$), из них мужчин - 84; женщин - 83.

Всем больным рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), по нему определяли степень ожирения и риск сопутствующих заболеваний, также определяли окружность талии. Помимо общеклинических анализов исследовали уровень глюкозы натощак, липидограмму.

Результаты. Установлено, что ИМТ был меньше 18 у 10 (5,9%) пациента, в пределах от 18,5 – 24,9 – у 19 (11,4%), от 25 до 29 – у 124 (74,2%), от 30 до 34,9 был у 9 (5,4%) больных, от 35-40 у 3 (1,8%) и свыше 40 у 2 (1,2%). Ведущим клиническим признаком метаболического синдрома является абдоминально-висцеральное ожирение. Достоверно известно, что у половины больных с ожирением повышено артериальное давление, выявляется атеросклероз и ишемическая болезнь сердца.

Среди обследованных нами больных АГ выявлена у 127 (76%) пациентов, из них у 103 (81,1%), страдающих ожирением. В 24 случаях (18,9%) наблюдалась АГ у лиц с повышенной степенью риска. Сахарный диабет 2 типа имел место у 66 (39,5%) больных; среди пациентов с повышенной степенью риска сопутствующих заболеваний он зарегистрирован у 27 (40,9%) и у 39 (59%) лиц с явным ожирением.

Наиболее частым вариантом дислипидемии является липидная триада: сочетание гипертриглицеридемии, низкого уровня ЛПВП и повышения ЛПНП. По результатам нашего изучения дислипидемия была обнаружена у 92 (55%), из них в 44,6% (41) у лиц с повышенным риском и в 55,4% при ожирении. Согласно нашим исследованиям, частота метаболического синдрома составила 68% (114 пациента среди 167 обследованных), причем в 41,4% при индексе массы тела от 25-29, т.е. при отсутствии явного ожирения. Артериальная гипертензия имела место у 127 (76%) пациентов, сахарный диабет 2 типа был выявлен у 66 (39,5%) больных; дислипидемия была обнаружена у 92 (55%).

Выводы. Таким образом, метаболический синдром в практике кардиолога представляет серьезную проблему и требует комплексного подхода к лечению данной категории пациентов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Корильчук Н.И., Боцюк Н.Е.

ГБУЗ «Тернопольский медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МОЗ Украины», Украина

Цель работы. Изучение эффективности применения препарата Бионорм в пациентов с метаболическим синдромом и пищевой аллергией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 34 пациента с диагностированным метаболическим синдромом. Проводили сбор жалоб, изучение анамнеза, заполняли опросники, выделяли аллергологический анамнез, проводили антропометрию, определяли ИМТ, уровень глюкозы, инсулина, показатели липидограммы. Всех обследованных разделили на группы: I группа (17 пациентов) - получали редуцирующее питание, II группа (17 пациентов) - кроме редуцирующей диеты получали Бионорм по 2 таблетки 3 раза в сутки. Повторное исследование проводилось через месяц.

Результаты. Установлено, что при анализе жалоб и опросников в большинства (88,2%) обследованных имеется аллергия. Проведенная терапия показала положительную динамику. Так, уже через неделю терапии отмечалось улучшение самочувствия в обеих группах, уменьшились жалобы, нормализовалось психоэмоциональное состояние, во второй группе дополнительно исчезла пастозность, уменьшилось желание «частых перекусов». Через месяц в 58,8% улучшились показатели липидограммы, в 17,7% снизился уровень инсулинорезистентности, в 41,2% уменьшились ОТ, в 23,5% уменьшился ИМТ.

Оценивая безопасность Бионорма следует отметить, что препарат имел хорошую переносимость, патологических изменений со стороны анализов крови и мочи в процессе приема препарата не наблюдалось. Содержание в препарате дополнительных нерастворимых пищевых волокон (лигнина и целлюлозы) и пребиотика (лактоулозы) показали высокую сорбционную активность в данной категории больных. Препарат показал свое положительное действие в нейтрализации избытка продуктов обмена веществ. Лактулоза, способствовала нормализации обмена белков, жиров и углеводов, усвоению витаминов, микро и макроэлементов.

Выводы. Таким образом, с целью коррекции веса при метаболическом синдроме необходимо выявить наличие пищевой аллергии для дальнейшей эллиминации. Применение препарата Бионорм приводит к улучшению общего состояния пациентов, позитивных изменений клинико-биохимических показателей. Исследование пищевой аллергии и лечебно-профилактические мероприятия способствуют не только ликвидации ее проявлений, но и помогают понять причину лишнего веса в пациентов с метаболическим синдромом X.

ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Корильчук Н.И., Рябокони С.С., Гниздох И.О., Корильчук Б.Т.
ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени
И.Я.Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь, Украина

Цель работы. Изучение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в больных с метаболическим синдромом (МС) и характером патогенной микрофлоры в период инфекционного обострения заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением в ДСП №2 находилось 44 больных с ХОБЛ (соответствовали критериям диагноза ХОБЛ (GOLD, пересмотр 2008г.). Длительность заболевания в среднем составляла $6,4 \pm 1,4$ лет. 22 пациента из обследованных соответствовали диагнозу МС, который верифицировали согласно классификации ВНОК (2008г.). Пациенты получали базисную терапию ХОБЛ, которая включала бронхолитики, метилксантины и ГКС короткими курсами. Проводили микробиологическое исследование мокроты, определяли чувствительность выделенных микроорганизмов к определенным группам антибиотиков.

Результаты. Установлено, что в 59,1% диагностировано простое (неосложненное) и в 40,9% осложненное обострения ХОБЛ. Причем, неосложненное ХОБЛ встречалось, только в 18,2% больных при наличии сочетания с МС, а в 81,8% - осложненное (при сочетании ХОБЛ и МС). У пациентов с простым обострением отмечались незначительные или умеренные нарушения бронхиальной проходимости ($ОФВ_1 > 50\%$). В мокроте больных преобладали представители *Haemophilus influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*. У этих пациентов отсутствовали факторы риска неэффективности антибиотикотерапии. Результаты исследования показали о преобладании эмфизематозного характера дыхательных нарушений в этой группе исследования. К схемам лечения, таким больным добавляли амоксициллин или современные макролиты (сумамед, азобиот и другие) Пациенты с осложненным обострением имели выраженные нарушения вентиляционной функции легких ($ОФВ_1 < 50\%$). При посеве наблюдалось выделение ассоциаций микроорганизмов в количестве 2 и больше. В больных ХОБЛ и МС доминировали признаки обструктивного бронхита с формированием *cor pulmonale*, лечение было длительным, течение - тяжелое. Лечебные схемы включали респираторные фторхинолоны и/или В-лактамы с антисинегнойной активностью Наличие полноты МС обуславливалось тяжестью протекала ХОБЛ.

Выводы. Таким образом, нами установлено взаимоотношающее влияние метаболического синдрома на течение ХОБЛ. Следовательно, при инфекционном обострении ХОБЛ рекомендуется дифференцированно назначать антибиотикотерапию, учитывая тип обострения и сопутствующую патологию (избыточный вес и ожирение).

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТЕНАСЦИНА С У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Котелюх М.Ю., Кравчун П.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель – изучение содержания тенасцина С у больных острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа в динамике лечения.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных, которые находились на стационарном лечении в инфарктном отделении Харьковской городской клинической больницы № 27. Всех пациентов было поделено на группы: основная группа составила 60 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа; сравнительную группу – 40 больных ОИМ с отсутствием СД 2 типа. Содержание тенасцина С (Тн С) определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan). Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью компьютерных программ Microsoft Office Excel-10. Для сравнительного анализа выборки проведено расчет средней арифметической и статистической ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Различия между группами во время распределения, близком к нормальному, оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми показателями считали различия при ($p < 0,05$).

Результаты. Содержание тенасцина С на 1-2 сутки у больных ОИМ и СД 2 типа составило $19,3 \pm 1,3$ нг/мл по сравнению с уровнем Тн С на 10-14 сутки – $15,9 \pm 0,7$ нг/мл ($p < 0,05$). У больных ОИМ с отсутствием СД 2 типа уровень Тн С составил $18,5 \pm 1,0$ нг/мл по сравнению с содержанием Тн С на 10-14 сутки – $25,7 \pm 1,2$ нг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наличие сахарного диабета 2 типа ассоциируется с декомпенсаторной работой тенасцина С, что может иметь влияние на состояние межклеточного матрикса.

СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ.

Кравчун П.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из главных причин смертности во всем мире, основной вклад в ее структуру принадлежит ишемической болезни сердца. Одним из основных факторов прогрессирования ишемической болезни сердца является ожирение.

Цель работы - изучить состояния систолической и диастолической функции левого желудочка у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 76 больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, с сопутствующим ожирением. Группу сравнения составили 80 больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда без ожирения. 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. Установлено, что степень снижения сократимости левого желудочка является важным показателем истощения компенсаторных резервов миокарда и существенно влияет на тяжесть клинических проявлений у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ожирением.

Выводы. Таким образом, коморбидность ожирения и постинфарктного ремоделирования потенцируют увеличение размеров сердца, дилатацию полостей сердца на фоне снижения инотропной функции миокарда. У большинства пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и ожирением, диастолическая дисфункция левого желудочка проявлялась типу нарушения релаксации.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА МАГНИЕМ ОРОТАТОМ

Крапивко С.А., Рважби Мохамад

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: изучение влияния магния оротата на показатели липидного спектра у больных хронической сердечной недостаточностью, ишемического генеза, с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 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: 1 – больные с ХСН и СД 2 типа, получавшие стандартную терапию с добавлением магния оротата, n = 38; 2 – больные ХСН и СД 2 типа, получавшие только стандартную терапию без магния оротата n=30; 3 – больные ХСН без СД, получавшие стандартную терапию и магния оротат, n=30.

Магния оротат назначался в дозе 1000мг 3 раза в сутки – 7 дней, затем по 500 мг 2 раза в сутки. Повторное обследование проводили через 12 недель.

Результаты. Установлено, что у больных ХСН, было выявлено усиление нарушения обмена липидов, атерогенного характера, при условии наличия СД 2 типа. Так, у больных с ХСН и СД уровень общего холестерина (ОХ) был выше на 22,1% ($p \leq 0,05$), триглицеридов (ТГ) выше на 57% ($p \leq 0,001$), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) выше на 65% ($p \leq 0,05$), чем у пациентов ХСН без диабета. Отмечана обратная корреляционная зависимость уровня эндотелина –1 и ЛПВП. Так, у больных с ХСН и СД 2 типа ($n=26$), с уровнем эндотелина $\leq 3,7$ фмоль/л, ХСЛПВП=1,55±0,04 ммоль/л, а при уровне эндотелина $\geq 3,7$ фмоль/л, ХСЛПВП=1,39-0,04ммоль/л (достоверность $p=0,0166$). Выявлена прямая корреляция между уровнем магния крови и ЛПНП ($r=0,45$, $p < 0,01$), коэффициентом атерогенности (КА) ($r=0,64$, $p < 0,01$). У больных с ХСН и СД после лечения достоверно снизились уровни ОХ на 24,5% ($p \leq 0,01$), Тг на 42,7% ($p \leq 0,001$), ЛПНП на 30,4 ($p \leq 0,001$) и повысился показатель ЛПВП на 45,5% ($p \leq 0,005$).

Выводы. Таким образом, магния оротат на фоне базисной терапии ишемической болезни сердца с хронической сердечной недостаточностью у больных с сахарным диабетом 2 типа приводит к нормализации показателей липидного спектра крови.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА РАБОТАЮЩИХ МУЖЧИН КАК ОТРАЖЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

¹Красивина И.Г., ²Долгова Л.Н., ¹Кондря М.И., ¹Долгов Н.В., ¹Потапова Е.М.

¹ ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД»,
Ярославль, Россия

Цель. Выявление взаимосвязи компонентного состава тела с некоторыми особенностями метаболического фенотипа у молодых работающих мужчин.

Материалы и методы. 116 работающих мужчин (средний возраст 40,4±10,6 л) были обследованы по программе диспансеризации согласно с Методическими рекомендациями Минздрава РФ и ФГБУ ГНИЦПФ. Проводили анкетирование с целью выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, измерение артериального давления (АД), определение уровня общего холестерина (ХС) в сыворотке крови. Дополнительно проводили биоимпедансный анализ (БИА) на аппарате Диамант-Аист мини (СПб). Учитывали содержание жировой (ЖМ), активной клеточной (АКМ) массы в абсолютных (кг) и относительных (%) значениях, их соотношение.

Статистическая обработка проводилась в программе STATISTICA 10. Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне $p < 0,05$.

Результаты. Программа обработки данных БИА вычисляет метаболический возраст (МВ), на основании которого работники были распределены в группы адекватного (А; $n=34$) и старшего (С; $n=82$) МВ. Различий паспортного возраста между группами не было. МВ различался на 8,5 лет ($p < 0,001$). Группа А характеризовалась меньшим количеством ЖМ в абсолютных и в относительных значениях на 123% и 80% соответственно ($p < 0,0001$), а также большим на 12% относительным содержанием АКМ ($p < 0,0001$). Вычисление отношения %АКМ/%ЖМ продемонстрировало, что в группе А %АКМ в 5 раз превышал %ЖМ, а в группе С всего лишь в 2 раза ($p < 0,001$). В группе С мужчин с гиперхолестеринемией было в 2 раза, с повышенным АД в 2,8 раза больше ($p < 0,001$). Корреляционный анализ Спирмена выявил прямые взаимосвязи уровня ХС с абсолютным ($r=0,43$; $p < 0,05$) и относительным ($r=0,53$; $p < 0,05$) содержанием ЖМ, а также обратные корреляции с %АКМ ($r=-0,35$; $p < 0,05$). МВ характеризовался наличием прямых взаимосвязей уровнем систолического ($r=0,47$; $p < 0,05$) и диастолического АД ($r=0,62$; $p < 0,05$), ХС ($r=0,36$; $p < 0,05$).

Выводы. Биоимпедансный анализ компонентного состава тела позволяет выявлять лиц с повышенным содержанием жировой массы как группы повышенного риска преждевременного метаболического старения.

КОСТНО-СОСУДИСТЫЙ КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК СЛЕДСТВИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

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

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Одним из рентгенологически выявляемых проявлений макроангиопатии при сахарном диабете (СД) является медиокальциноз (МК) артерий.

Целью нашего исследования было изучить: 1) выраженность макроангиопатии в виде МК артерий нижних конечностей; 2) наличие остеопороза в костях стопы у больных синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы исследования. В отделении гнойной хирургии ГМО г. Самарканда обследовано 159 больных СДС и диабетической гангреней нижней конечности. 94 (59,1%) больных составили мужчины и 65 (40,9%) женщины. Возраст больных СД колебался от 21 до 82 лет, в среднем $58,6 \pm 0,8$ лет. Среди обследованных больных преобладали больные со II типом СД – 142 (89,3%). Для определения стадии МК всем больным проведена рентгенография пораженной стопы в прямой и боковой проекции. Согласно литературным данным различают 5 стадий МК по рентгенологическим признакам: 1-я стадия – уплотнение стенок сосуда, обусловленное начинающейся инкрустацией солями кальция, линейные тени

небольшой интенсивности; 2-я стадия – кольцевидная тень в 1-м межплюсневом промежутке (отображение на рентгенограмме стопы в прямой проекции поперечного сечения глубокой подошвенной артерии); 3-я стадия – частичное обызвествление стенок сосуда; 4-я стадия – обызвествление стенок сосуда в виде «струи дыма»; 5-я стадия – резко выраженное обызвествление стенок сосуда в виде «извитого шнура» с поражением и мелких его ветвей.

Результаты исследования. При рентгенологическом обследовании больных: у 61 (38,36%) больных МК не наблюдался, у 98 (61,64%) больных определялся МК с выраженными рентгенологическими изменениями в сосудистой стенке артерий стопы. У 18 (11,32%) больных наблюдался МК 5-й стадии обеих магистральных артерий стопы с их ответвлениями. В тоже время, остеопороз костей стопы наблюдался в 87% случаев.

Таким образом, у больных СД при рентгенологическом обследовании, одновременно выявляется как кальциноз артерий, так и остеопороз костей стопы, что мы определили как «костно-сосудистый кальциевый дисбаланс». Однако, сколь ярко бы не бросались в глаза эти изменения на рентгеновских снимках, столь же незамеченными и малоизученными они остаются на практике до настоящего времени.

Почему и как на столь близком анатомическом пространстве происходит такой «кальциевый дисбаланс»? Мы установили, что средняя продолжительность СД у больных с МК составила $12,8 \pm 0,6$ лет; у больных без МК – $7,2 \pm 0,8$ лет. Уровень гликемии при поступлении составил $10,03 \pm 0,29$ ммоль/л; 73,6% больных находились в состоянии декомпенсации СД на момент выявления у них признаков СДС.

Эти факты показали, что частота кальцификации артерий стопы прямо коррелирует с продолжительностью диабетического анамнеза и состоянием компенсации СД. Такая же корреляция отмечалась и в отношении остеопороза.

Выводы. Мы предполагаем, что «костно-сосудистый кальциевый дисбаланс» является следствием масштабных метаболических изменений, наблюдавшихся у обследованных больных. Поэтому профилактика кальцификации артерий стопы у больных СД, должна включать строгий контроль гликемии и профилактику остеопороза костей стопы. В то время как, профилактика и лечение остеопороза у больных СД, должна быть больше направлена не на дополнительное поступление кальция извне, а на направление имеющегося в организме кальция в костную ткань и предотвращение обратных процессов.

В этом плане считаем приоритетным более углубленное изучение «костно-сосудистого кальциевого дисбаланса» на уровне биохимических, патофизиологических и гистологических изменений.

ВЛИЯНИЕ УРСОСАНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Курбанова Ф.Р, НасыровШ.Н, Вахидова С.Б, Бочкова Л.П

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 300 мг/сут течение 3-х мес в комбинации с розувастатином 10мг/сут. Больным проводились стандартные методы обследования, включающие биохимические и инструментальные.

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 ($0,95 \pm 0,02$ ммол/л). В основной группе уровень глюкозы составил ($9,6 \pm 0,65$ ммол/л), гликогемоглобина ($8,9 \pm 0,46\%$), холестерина ($6,95 \pm 0,03$ ммол/л), ТГ ($2,8 \pm 0,02$ ммол/л), ЛННП ($3,6 \pm 0,03$ ммол/л), ЛПВП ($0,85 \pm 0,04$ ммол/л).

На УЗИ обследовании 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 ($p < 0.005$) по сравнению с монотерапией в группе, 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 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 гипохолестеринемическим эффектом. К возможным патогенетическим механизмам такого эффекта следует отнести снижение его синтеза в печени.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ АДИПОГЕННОГО ИНДЕКСА

Лебедева Е.Н., Красиков С.И., Шарапова Н.В., Алехина Е.М.

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

Существующие сегодня подходы к оценке индивидуального риска развития сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) основаны на расчете и выявлении показателей, характеризующих изменения метаболизма уже на стадии патологии: наличие гиперхолестеринемии, ожирения, сахарного диабета и т.д. Концепция профилактической персонализированной медицины ориентирует практического врача на раннее выявление лиц, имеющих повышенный риск развития сосудистой патологии.

Цель работы. Создание мобильного приложения для определения индивидуального риска ССЗ, как инструмента ранней диагностики сосудистой патологии на этапе доклинических проявлений.

Материалы и методы. В исследование были включены 300 практически здоровых студентов в возрасте 19-21 год. Распределение обследованных студентов по установленным показателям ИМТ было осуществлено на основе классификации ВОЗ. Клинико-биохимические исследования, проведенные на базе Клиники ОрГМУ, включали определение липидного профиля (COBAS INTEGRA 400 plus), лептина и адипонектина (наборы «DRG», США). На основании полученных результатов рассчитывали индекс атерогенности (ИА), значение индекса ТАГ/ХС ЛПВП и соотношение лептин/адипонектин. Адипогенный индекс (АДИ) - как сумма интегральных показателей:
$$АДИ = ИА + \frac{ТАГ}{ХС_{ЛПВП}} + \frac{лептин}{адипонектин}.$$

Результаты. В группах с различным значением ИМТ достоверных изменений в основных параметрах липидного обмена не обнаружено. Вместе с тем группы достоверно различались по величине АДИ. Таким образом, при отсутствии клинической симптоматики индекс АДИ дает более объективную оценку метаболического здоровья.

Выводы. Предлагаемый метод расчета АДИ, поможет диагностировать нарушения в функционировании организма на этапе доклинических проявлений ССЗ и своевременно их скорректировать. Для удобства пользования и более широкого внедрения в дальнейшем планируется создание программного обеспечения на базе мобильных устройств с операционной системой Android и iOS. Использование приложения даст возможность пациенту следить за своим здоровьем в динамике и прийти на приём к врачу с результатами индивидуального мониторинга здоровья.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Мартовицкий Д.В., Семерова Н.Р., Бойко Н.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: изучить влияние снижения массы тела на уровень артериального давления (АД), а также регресс гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: под наблюдением находились 82 больных с МС, находящихся на стационарном лечении в КУОЗ «Харьковской городской клинической больнице №27». Все пациенты получали стандартный комплекс немедикаментозного лечения: диету с ограничением жира и легко усвояемых углеводов, ванны, массаж спины и живота, занятия лечебной физкультурой.

Результаты: больные по результатам 2-х недельного пребывания в стационаре были разделены на 2 группы: I группа - 38 человек с положительным эффектом лечения (снижение массы тела на 2 кг, объема талии на 2 см). Пациенты I группы снизили массу тела на 3,9%. Через год пациенты I группы снизили массу тела на 13,2%. Снижение массы тела за один год составило от 5,4-х до 26,5 кг. Во II группе, насчитывающей 42 человека, снижения массы тела не отмечалось, а у некоторых больных даже произошло ее нарастание. Через год в I группе отмечено достоверное снижение атерогенных фракций липидов: холестерина (ХС) на 12,8%, триглицеридов - на 25,2%, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – на 29,4%. Снижение уровня инсулина через год отмечено только в I группе на 18,9%. Уровень липидов крови снизился только у пациентов I группы. У больных II группы показатели липидного обмена повысились. Стабильное АД при поддержании 1–2 препаратами наблюдалось у 26 чел. (31,7%). При проведении эхокардиографии толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП) превышали 11 мм, что свидетельствовало о ГЛЖ. Через год отмечена положительная динамика у пациентов I группы: уменьшение толщины ЗСЛЖ и МЖП в среднем на 12,8%, а также снижение массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) на 11,9%. У пациентов II группы сохранялись прежние значения гипертрофии и массы миокарда ЛЖ.

Выводы: Таким образом, достичь уменьшения ГЛЖ у больных АГ с метаболическим синдромом возможно после изменения образа жизни, соблюдения диетических указаний, повышения физической активности, снижения массы тела. Только после снижения массы тела на 10% и более, а также при условии поддержания достигнутого результата в течение года происходит нормализация АД и регресс ГЛЖ.

ГЕТЕРОГЕННЫЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ АЛАНИНИНОВОЙ АМИНОТРАНСФЕРАЗой И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеев В.А., Матвеева С.А.

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

Цель работы. Изучение ассоциаций между показателями аланинаминотрансферазы (АЛТ) и индексом массы тела (ИМТ) у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Проведено обследование 102 пациентов/мужчин (средний возраст $47,83 \pm 0,79$ г.), с НАЖБП, ИБС, ССН и МС. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Изучали концентрации АЛТ, массу тела (МТ) определяли с точностью до 0,1 кг, рост – с точностью до 0,5 см, ИМТ рассчитывали как соотношение МТ в кг к росту в м². Последовательный многофакторный корреляционный анализ с использованием критериев Стьюдента-Фишера позволил оценить ассоциации параметров АЛТ и ИМТ.

Результаты. Установлено, у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН и МС в подгруппе варианта (80%) ИМТ равнялся $27,37 \pm 0,20$ кг/м² (избыточная МТ); в подгруппе ≤ 10 перцентиля (10%) ИМТ – $23,01 \pm 0,29$ кг/м² (нормальная МТ); в подгруппе > 90 перцентиля ИМТ (10%) – $32,78 \pm 0,38$ кг/м² (ожирение I степени).

У мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН и МС значения АЛТ варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля и соответствующие значения варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля ИМТ коррелировали ($p < 0,001$). Отрицательная реципрокная связь ($p < 0,001$) обнаружена между ≤ 10 перцентилем АЛТ и значениями > 90 перцентиля ИМТ, также отрицательная/реципрокная ($p < 0,001$) корреляция определена между параметрами > 90 перцентиля АЛТ и ≤ 10 перцентиля ИМТ.

Выводы. Показаны гетерогенные достоверные ассоциации между показателями АЛТ и ИМТ у мужчин с НАЖБП, ИБС, ССН и МС. Знание взаимодействий АЛТ и ИМТ у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН и МС способствует проведению дифференцированной терапии и профилактике прогрессирования сочетанных заболеваний.

РОЛЬ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2/NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

Медико-психологический центр "Семь'Я", Рязань, Россия

Цель работы. Изучение взаимосвязей между показателями N-ацетилтрансфераза 2/NAT2/ацетиляторного статуса (АС): степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и белкового спектра сыворотки крови: общего белка, белковых фракций: альбумин, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Проведено обследование 108 женщин (средний возраст $54,97 \pm 0,74$ г.), с ИБС, ССН, I-III функционального класса (ФК) и МС. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Проведён последовательно многофакторный корреляционный анализ:

I - между вариантами АС: СТАЦК, САЦСПО и общего белка, белковых фракций: альбуминов, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов;

II - между ≤ 10 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбуминов, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов;

III - между > 90 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбуминов, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов;

IV - между ≤ 10 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбуминов, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов;

V - между > 90 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбуминов, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов.

Результаты. Установлено, что у мужчин с ИБС, ССН, I-III ФК и СД 2 типа между значениями варианты, ≤ 10 перцентилей и > 90 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и соответственно варианты, ≤ 10 перцентилей и > 90 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбумин, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов определяется положительная (прямая) связь ($p < 0,001$). Отрицательная (реципрокная) зависимость ($p < 0,001$) обнаружена между показателями ≤ 10 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 общего белка, белковых фракций: альбумин, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов. Отрицательная корреляция ($p < 0,001$) отмечена между значениями > 90 перцентилей АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентилей общего белка, белковых фракций: альбумин, $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -глобулинов.

Выводы. Показатели АС (СТАЦК, САЦСПО), обусловленные NAT2, имеют тримодальный характер. Выявленные корреляции между параметрами NAT2/АС и белкового спектра сыворотки крови свидетельствуют о темпе развития воспаления/фиброза у пациентов с ИБС, ССН и СД 2 типа.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ГЛЮКОЗОЙ И ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А., Матвеева И.В.

Медико-психологический центр "Семь'Я",
Рязанский государственный медицинский университет
Рязань, Российская Федерация

Цель работы. В цикле Кребса транспорт глюкозы опосредован ферментативной активностью. Однако метаболические взаимодействия между глюкозой и лактатдегидрогеназой (ЛДГ) окончательно не изучены у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Цель исследования заключалась в определении взаимосвязей между показателями глюкозы капиллярной крови и ЛДГ в сыворотке крови у пациентов с ИБС, ССН и СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследованы 82 пациента (мужчины, средний возраст $50,51 \pm 0,93$ г.) с ИБС, ССН и СД 2 типа. Проводили комплексную программу обследования, включавшую сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. С помощью многофакторного корреляционного анализа (критерии Стьюдента-Фишера) изучали взаимодействия между показателями глюкозы и ЛДГ у мужчин с ИБС, ССН и СД 2 типа в последовательности:

- I - между вариантами глюкозы и ЛДГ;
- II - между ≤ 10 перцентилем глюкозы и ≤ 10 перцентилем ЛДГ;
- III - между > 90 перцентилем глюкозы и > 90 перцентилем ЛДГ;
- IV - между ≤ 10 перцентилем глюкозы и > 90 перцентилем ЛДГ;
- V - между > 90 перцентилем глюкозы и ≤ 10 перцентилем ЛДГ.

Результаты. Установлена положительная взаимосвязь ($P < 0,001$) между вариантами, > 90 перцентилем глюкозы и соответственно вариантами, > 90 перцентилем показателей ЛДГ. Отрицательная корреляция ($P < 0,001$) обнаружена между ≤ 10 перцентилем глюкозы и > 90 перцентилем ЛДГ у пациентов с ИБС, ССН и СД 2 типа.

Выводы. Следовательно, у пациентов/мужчин с ИБС, ССН и СД 2 типа показатели глюкозы в капиллярной крови и ЛДГ в сыворотке крови взаимосвязаны ($P < 0,001$) как прямо/положительно, так и обратно/отрицательно, что является следствием энергетического/метаболического разнообразия.

Выявленные закономерности следует учитывать в программе диагностического обследования пациентов с ИБС, ССН и СД 2 типа и при проведении терапевтических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Милославский Д.К., С.Н.Коваль, Снегурская И.А., Божко В.В., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю., Щенявская Е.Н.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель: оценка эффективности диетологических мероприятий (ДМ) при гипертонической болезни (ГБ) с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы: проведено анкетирование 42 больных ГБ II ст., 2-3 степени, в возрасте 35-60 лет. Мужчин и женщин было поровну. Кроме терапии препаратами 1-го ряда, пациентам рекомендовали гипокалоорийную и гипопуриновую диету, ограничение пищевого натрия (Na^+), повышение физической активности (ФА). Рацион больных основывался на особенностях их трофологического статуса, был традиционным и сезонным, сбалансированным по энергетической ценности и физическими тратам.

Эффективность ДМ оценивали через 6 месяцев по достижению большими целевых уровней артериального давления (АД), липидов, снижению массы тела (МТ).

Результаты: Ведущими модифицируемыми факторами риска (ФР) ГБ были стресс (47,2%), низкая ФА (46,5%), избыточная масса тела и ожирение (39,7% и 21,2%), переедание (31,6%), злоупотребление пищевым Na^+ (23,9%), нерегулярный прием пищи (19,6%), прием пищи в вечерние часы (45,1%), недостаточное употребление овощей и фруктов (26,3% и 32,7%). Для ДМ использовали модифицированные диеты DASH, Mediterranean Diet, с умеренным снижением содержания жира (32-35%), с низкой квотой насыщенных жиров и пищевого Na^+ (1,5-2,9 г), высоким содержанием клетчатки, ограничением простых углеводов, подслащенных напитков и красного мяса.

В ходе реализации ДМ через 6 месяцев целевых уровней АД достигли 89,7% больных, липидный профиль улучшился у 67,3% пациентов, МТ снизилась на 7,5% у женщин и 6,2% у мужчин, что было достоверно выше, чем у лиц, которые были привержены только к антигипертензивной терапии (77,5%, 54,3%, 4,8% и 4,1% соответственно), ($p < 0,05$). Желание продолжить ДМ высказало 86,5% женщин и 64,9% мужчин.

Выводы: результаты свидетельствуют о значительной встречаемости модифицируемых ФР ГБ среди жителей г. Харькова. ДМ в комбинации с терапией у большего числа пациентов приводят к достижению целевых уровней АД, липидов крови, снижению МТ и служат эффективными средствами первичной профилактики у данной категории больных.

ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Мирзакаримова Ф.Р., Каледа С.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение предшествующих факторов, а также последствий метаболического синдрома у пожилых женщин и мужчин

Материалы и методы. Под наблюдением находились пожилые женщины и мужчины в возрасте от 45 до 65 лет с различной массой тела, в период с января 2015 по январь 2016 года. В данном исследовании было использовано определение С пептида в сыворотке .

Результаты. Установлено, что даже незначительное увеличение С пептида у пожилых людей до верхних границ нормы ассоциировался увеличением риска развития метаболического синдрома, и его последствий (системный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа), в 4-6 раз больше чем у тех людей, у которых он уже гораздо выше нормы и на фоне терапии управления весом идет на снижение.

Выводы. Измеряя С-пептид сыворотки можно выявлять метаболический синдром еще до его клинических проявлений у пожилых людей. Ранняя диагностика метаболический синдрома может улучшить предотвращение системного атеросклероза, ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2 типа. Таким образом, при своевременной терапии управлением весом, можно снизить риск развития метаболического синдрома. предотвращая этим самым развитие его последствий.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Нарзикулова С.П., Ибадова М.У., Каюмов У.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: Обследовано 2 группы: 1-ая группа представлена больными с МС, а 2-ая здоровыми лицами без МС. Из исследования были исключены пациенты с заболеваниями почек в анамнезе.

Результаты: Показано, что у больных с МС, у которых заболевания почек ранее не выявлялись, имеет место некоторое снижение СКФ даже при отсутствии жалоб со стороны пациента. При этом, более выраженные снижения показателей СКФ имели место у больных с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), а также при сочетании НТГ с другими компонентами МС.

Выводы: МС может использоваться как предиктор снижения функционального состояния почек.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ПИТАВАСТАТИНА ПЕРЕД РОЗУВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Молотягин Д.Г., Кудрик Е.А., Лучко Н.О.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.

Актуальной на сегодняшний день остается проблема изучения патогенетических аспектов ишемической болезни сердца (ИБС), которая всё чаще сочетается с метаболическим синдромом (МС) и его компонентами: артериальной гипертензией, ожирением, инсулинорезистентностью. Многочисленные исследования доказали существование связи между нарушением липидного спектра, углеводного обмена и развитием МС. Одной из базисных групп препаратов для лечения ИБС являются статины.

Цель работы. На основании обзора специализированной литературы показать преимущества использования питавастатина в лечении больных с метаболическим синдромом и ишемической болезнью сердца и его преимущества перед розувастатином.

Результаты. Молекула питавастатина содержит циклопропиловую группу, что, по сравнению с розувастатином, обеспечивает более эффективное ингибирование 3-гидрокси-3-метилглутарил-кофермент А редуктазы и, соответственно, более выраженный гиполипидемический эффект. Также преимущества перед розувастатином показаны в обзоре С. Borghi, где была продемонстрирована меньшая частота побочных реакций, а в результате работы К. Kishida et al. было выяснено, что питавастатин способствует большему увеличению уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и регрессу атеросклеротической бляшки. Крайне важными являются данные, свидетельствующие об отсутствии влияния питавастатина на метаболизм глюкозы. Результаты исследования LIVES показали, что применение питавастатина способствует снижению уровня гликозилированного гемоглобина на 0,28% за 104 недели. Еще одно преимущество обусловлено тем, что метаболизм питавастатина осуществляется с участием фермента CYP2C9 (розувастатина – CYP3A4), что минимизирует риск межлекарственных взаимодействий. В клинических исследованиях установлена эквивалентность питавастатина в снижении уровня липопротеидов низкой плотности более чем на 40% применению розувастатина.

Выводы. Питавастатин обладает выраженным влиянием на уровень ЛПВП, стабилизацию и обеспечении регресса атеросклеротических бляшек, а также нейтральным влиянием на метаболизм глюкозы, низким риском лекарственных взаимодействий и высоким профилем безопасности в сравнении с розувастатином. Питавастатин улучшает приверженности пациентов к лечению в тех случаях, когда использование розувастатина ограничивается наличием метаболических нарушений.

СИНДРОМ ГОРЯЩЕГО РТА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ

Муминова Г.Г., Фаттахов Ш.А.

Ташкентский Институт Усовершенствования врачей, Узбекистан.

Синдромом горящего рта (СГР) называют состояния, при котором отмечается жгучая боль в языке или слизистой оболочке полости рта на фоне нормальных результатов осмотра и лабораторных показателей. Патогенез СГР остается неясным. Современные концепции подхода к этому заболеванию и его лечению существенно отличается от других заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Цель. Изучить проявления СГР на фоне гипертиреоза.

Материал и методы. Группу больных составили 120 человек. Диагностированы эндокринологом как гипертиреоз. Возраст от 24-68 лет. Глоссалгия отмечается у женщин в 3.5 раза чаще чем у мужчин. У всех больных обследовали полости рта на наличие кариеса, разнородные металлы, пломбированные зубы, наличие травматических факторов и т.д. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа (42) больных составляла здоровую полость рта, у которых не было изменений со стороны слизистой оболочки полости рта. 2-ю группу больных (78) составляли пациенты с наличием пломб искусственных протезов, коронок и т.д. Кроме того, изучали анамнез, перенесенные стрессы и т.д. Обследовали патологии желудочно-кишечного тракта, наличие дефицита витамина В12, климактерический период и т.д.

В клинике больных с СГР на фоне гипертиреоза отмечается выраженные нервно-психические нарушения, неуравновешенные психо-эмоциональные состояния со склонностью к депрессивным состояниям, тревожная мнительность, канцерофобия и плохое самочувствие.

Результаты. Установлено, что больные страдающие с СГР, в независимости имеется ли во рту раздражающий фактор, имеют отклонения со стороны всего организма (гипертиреоз нарушения ЖКТ и др.).

При исследовании вкусовой чувствительности у 70% больных чувствительность снижена (исследование функциональной лабильности вкусовых рецепторов). У 14% больных вкусовая чувствительность была извращена.

Выводы. Больным с синдромом горящего рта желателен консультация на выявление гипертиреоза. Обучение рациональной гигиене, удаление зубных отложений, лечение кариозных зубов, краев, бугров и коррекция протезов.

В лечении лучше назначить анестетики и антисептики (смазывание языка дентальными гелями как Холисал понсорол блокада язычного нерва 6 % -ным витамином В1 с 1% лидокаином). Стимуляция слюноотделения. Седативное лечение. Психотерапия.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

Муминова Г.Г., Атаханова Ш.Ш.

Ташкентский Институт Усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель. Изучить эффективность проводимого лечения гингивитов и пародонтитов при сахарном диабете второго типа.

Материалы и методы. Группу больных составили 62 человека с СД 2-го типа различной степени тяжести. Возраст от 45 до 65 лет. У 12% больных наблюдался язвенный гингивит, у остальных 88% - пародонтит (из них 64% легкой степени, 36% - средней степени тяжести). У всех больных определяли гигиенический индекс: ПИ, ПМА, проба Шиллера-Писарева и т.д. Из 62 больных, 48 были женщин. Больные были разделены на 2 группы. Первой группе больных проводили традиционное стоматологическое лечение (санация полости рта, снятие зубных отложений, рекомендации по гигиене). Второй группе, кроме традиционного лечения, применяли ротовые ванночки раствором Лоробена (в разведении 1:3). Лоробен содержит хлоргексидина глюконат и бензидамина гидрохлорид. Обладает антибактериальным, противовирусным и противогрибковым эффектом. Оказывает противовоспалительное и местнообезболивающее действие.

В гигиену полости рта была включена зубная паста Эльгидиум. Эльгидиум в своем составе имеет хлоргексидина диглюконат и никометанола гидрофторид, что в 12 раз активнее фторида натрия. Он способствует более эффективной реминерализации эмали, закрытию дентинных канальцев и имеет более выраженную активность против формирования микробной биопленки. Также применяли десневые повязки с препаратом Холисал.

Больным проводили лечение, как в клинике, так и самостоятельно в домашних условиях. Под динамическим наблюдением проводили повторное исследование гигиенических индексов во время лечения. Повторный осмотр больных проводили через 1 неделю, 2 недели, 1 месяц.

Результаты. На основании клинических и объективных данных, лечение заболеваний пародонта с СД 2-го типа показали, что во 2-й группе вместе с традиционным методом лечения применение бактерицидных препаратов, желаемого терапевтического эффекта мы добились в значительно короткие сроки, чем в 1-й группе. А сами больные в полости рта отмечали значительно меньшую кровоточивость десен и отсутствие неприятного запаха изо рта.

Вывод. Таким образом, при лечении заболеваний пародонта с СД 2-типа, помимо традиционного лечения, обязательным является подключение препаратов с бактерицидным эффектом, как Эльгидиум, для постоянной гигиены полости рта и улучшения состояния пародонта в процессе лечения после снятия зубных отложений, применять ротовые ванночки с раствором Лоробена и десневыми повязками с препаратом Холисал.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА.

Муродова М, Каримова Н.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель. Изучить связь метаболического синдрома и патологии репродуктивной системы у девочек, больных сахарным диабетом первого типа (СД1).

Материалы и методы. Из 107 больных девочек СД1 нами были отобраны больные с 18 девочек с метаболическим синдромом 17%.

Результаты. Метаболический синдром проявился ожирением индекса массы тела составил 28.3 по сравнению с нормой. Гиперхолестеринемия составила $6,4 \pm 1,07$ ммоль/л, которая осложнилась гепатомегалией-жировым гепатозом.

У девочек с метаболическим синдромом уровень амилазы сыворотки крови достигал $56 \pm 1,8$ ед/л (при норме 23-32 ед/л), по данным ультразвукового обследования - отек и уплотнение поджелудочной железы. Однако, средний уровень гликемии у этих больных составил натощак $7,1 \pm 0,01$ ммоль/л, постглангулярная $9,8 \pm 1,47$ ммоль/л, гликированный гемоглобин HА1с составил $9,6 \pm 0,36$. У девочек с метаболическим синдромом установлено отставание в половом развитии, аменорея, гипоплазия матки и яичников.

Содержание эстрогенных гормонов в 1,5 раза ($192 \pm 25,5$ нмоль/л) ниже контрольной группы ($304,2 \pm 34,5$ нмоль/л). Наряду с этим выявлено гипofункция щитовидной железы (трийодтиронина с $1,8 \pm 1,6$ нмоль/г и тироксина до 78 ± 16 нмоль/г), по сравнению с контрольной группой ТТГ $2,3 \pm 1,6$; Т3 $2,8 \pm 0,28$; Т4 88 ± 12 нмоль/г.

Для восстановления экзокринной функции поджелудочной железы в комплексную терапию был включен препарат креон в дозе 10000 ЕД до нормализации амилазы ($28 \pm 1,8$ ед/л) и холестерина ($5,2 \pm 1,04$ ммоль/л).

Вывод. 1. У девочек, больных сахарным диабетом необходимо своевременное выявление патологии щитовидной железы и связанного с ней метаболического синдрома, т.к. причиной патологии полового развития была гипofункция щитовидной железы

2. Метаболический синдром обусловлен экзокринной недостаточностью поджелудочной железы. Включение креона в комплексную терапию больных сахарным диабетом детей восстанавливало метаболические нарушения обмена жиров и углеводов.

3. Своевременная диагностика нарушений функций щитовидной железы и гормональная коррекция предотвратит развитие патологии репродуктивной системы.

ТЕЛМИСАРТАН В КОНТРОЛЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Мусаев А.Т., Жангелова Ш.Б., Жангелова М.Б.,
Алтынбекова А.Д., Кожанова А.А.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение антигипертензивной эффективности и безопасности телмисартана (ТИРЕГИС, Эгис, Венгри) у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 28 больных с метаболическим синдромом в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст $57,2 \pm 11,5$), из них 13 женщин и 15 мужчин, в исследование включались пациенты только с первичной артериальной гипертензией (АГ) 2–3 степени, (2 степени–18 больных и 3 степени–10). Для оценки эффективности антигипертензивной терапии использовались краткосрочные (в течение 4–8 недель от начала лечения) критерии: снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов. Показателем эффективности лечения является также отсутствие побочных эффектов и необходимости отмены лекарственного средства. Телмисартан назначали в дозе 40 мг/сутки 1 раз в день утром, через 2 недели при недостаточном контроле давления дозу увеличивали до 80 мг/сутки.

Результаты. Установлено, что в процессе терапии телмисартаном происходит достоверное снижение среднего АД как систолического (до $146,2 \pm 1,9$ против исходного $178,5 \pm 2,3$ мм рт.ст.), так и диастолического (до $82,5 \pm 1,7$ против первоначального $100,6 \pm 1,8$ мм рт.ст.). Процент больных, ответивших на лечение телмисартаном, составил (84,7%), целевого уровня АД достигли 74,3%. Сама артериальная гипертензия (АГ) является и заболеванием и фактором риска многих заболеваний и большим критерием метаболического синдрома, нередко сочетается с многими другими заболеваниями внутренних органов, в частности, ХОБЛ, ХБП, периферическим атеросклерозом и др. Гемодинамические эффекты антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРАII) во многом схожи с действием иАПФ: выраженная органопротекция, но при этом они более эффективнее и безопаснее, т.к. происходит селективная блокада рецепторов АРА II первого типа, которые запускают патогенетические механизмы повышения АД. Среди всех антигипертензивных средств они обладают наименьшим количеством побочного действия.

Выводы. Таким образом, применение телмисартана при АГ у пациентов с метаболическим синдромом достоверно снижает уровень АД, при этом не было зарегистрировано ни одного случая побочного действия препарата, потребовавшего отмены препарата.

ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Мухамедова Х.Т., Турдиева Д.Э., Турсунова Н.Э., Алимова З.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Проанализировать, диагностическую и прогностическую значимость анамнестических, клинических и лабораторных тестов в оценке тяжести состояния и прогноза исхода пневмонии у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Проведен анализ значимости анамнестических факторов риска, соматических, неврологических признаков и лабораторных данных в оценке тяжести состояния и исхода пневмонии у 100 новорожденных с ПП ЦНС. Из общего числа обследуемых больных было: у 25 новорожденных пневмония с ПП ЦНС I степени, у 35 пневмония с ПП ЦНС II степени и у 40 пневмония с ПП ЦНС III степени. Нами был использован модифицированный интегральный метод Шигана Е. Н. (1983) на основе вероятного метода Байеса. Нормированный интенсивный показатель (НИП) рассчитывался соотношением показателя градации признака нормирующей величины (М). Для расчета показателя относительного риска (R), использовались следующие условия: $R = \text{НИП max} / \text{НИП min}$. В качестве интегрального прогностического коэффициента (X) взято произведение коэффициента относительного риска (R) к величине НИП градации признака: $X = N \times R$; Определив максимальные и минимальные значения интегральной оценки, выделяли диапазоны, выраженные в баллах.

Результаты. Всего было изучено 67 различных признаков, в том числе 120 их градаций. По коэффициенту относительного риска (R) были отобраны 30 наиболее информативных качественных и количественных признаков. Прогнозирование осуществлялось на основе специально разработанной таблицы. Полученные данные показали, что общий диапазон риска составил от 0,8 баллов до 2,2 баллов. Наименьший поддиапазон риска с благоприятным исходом составил от 0,8 до 1,47 баллов, этому диапазону соответствуют дети в состоянии средней тяжести с благоприятным исходом. Средний поддиапазон риска составил от 1,48 до 1,61 баллов, которому соответствуют дети в тяжелом состоянии и требуют внимания. Наибольший поддиапазон риска составил от 1,62 до 2,2 баллов, которому соответствуют дети в критическом состоянии и с высоким риском неблагоприятного исхода.

Выводы. Включение в педиатрическую практику прогностическую таблицу интегральных признаков для оценки тяжести состояния и исхода пневмонии у новорожденных с ПП ЦНС способствует своевременной диагностике, а также позволяет верифицировать патологический процесс на ранних стадиях развития и назначить целенаправленную терапию.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИСОПРОЛОЛА И НЕБИВОЛОЛА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Мухторов Ш.М., Холмирзаев С.Б., Шерназаров О.Н.,
Жахонова Б.Ю., Нарзиев Б.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнить эффективность бисопролола и небиволола на эхокардиографические показатели больных ишемической болезнью сердца (ИБС) стабильной стенокардией ФК II-III на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) II- III стадии (стабильного течения).

Материалы и методы. В исследование включено 65 больных разного пола в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст 61,5 лет), страдающих ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК II-III на фоне ХОБЛ II- III стадии (стабильного течения), которым были назначены бета-адреноблокаторы (БАБ). I группа пациентов (n=35) принимали бисопролол, II группа пациентов (n=30) принимали небиволол. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование.

Результаты. После 6-месячного курса лечения были получены следующие изменения: в I группе пациентов КСР ЛЖ уменьшилось с $3,49 \pm 0,23$ см до $3,38 \pm 0,09$ ($p \geq 0,05$), во II группе пациентов с $3,45 \pm 0,49$ см до $3,48 \pm 0,07$ см ($p \geq 0,05$); КДР ЛЖ уменьшилось в группе бисопролола с $5,49 \pm 0,37$ см до $4,41 \pm 0,1$ см ($p \leq 0,05$), в группе небиволола с $5,31 \pm 0,51$ см до $4,69 \pm 0,2$ см ($p \leq 0,05$); СДЛА в I группе пациентов уменьшилось с $33 \pm 2,3$ мм.рт.ст. до $28 \pm 1,7$ мм.рт.ст. ($p \leq 0,05$), СДЛА во II группе пациентов снизилось незначительно с $31 \pm 3,5$ мм.рт.ст. до $30 \pm 4,5$ мм.рт.ст. ($p \geq 0,05$); ФВ ЛЖ в группе бисопролола возросла с $52,6 \pm 8,6\%$ до $56,3 \pm 3,9\%$ ($p \leq 0,05$), в то время, как в группе небиволола ФВ ЛЖ увеличилась незначительно с $54,1 \pm 8,4\%$ до $55,2 \pm 3,7\%$ ($p \geq 0,05$).

Размеры ЛП, ПП, ТМЖП и ТЗСЛЖ практически не изменились.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что бисопролол и небиволол благоприятно влияют на процессы ремоделирования сердца (особенно на КДР, КСР, СДЛА и ФВ) у больных ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК II-III на фоне ХОБЛ II- III стадии (стабильного течения).

Однако, результаты 6-месячного исследования показывают, что бисопролол по сравнению с небивололом оказывает более выраженное положительное действие на гемодинамические показатели и поэтому может быть рекомендован, как препарат выбора у данной категории.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА -10 И МАРКЕРА ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Нарижная А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Несмотря на успехи лечения распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) составляет 1,5 - 2% населения, смертность достигает 20% среди пациентов с ХСН в течение года. Согласно результатов исследований неблагоприятный прогноз у больных ХСН обуславливается наличием коморбидности.

Целью исследования было оценить динамику моноцитарного хемоаттрактантного протеина (MCP-1) и интерлейкину-1 β (ИЛ-1 β) у больных ХСН различного функционального класса в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего СД 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 105 больных ХСН II - III ФК вследствие ишемической болезни сердца (ИБС). Первая группа - 65 больных ХСН с СД 2 типа, вторая - 40 больных с ХСН без СД 2 типа. Из числа обследованных ХСН II ФК имели 70 больных, III ФК - 35 больных. Среди пациентов 1 группы ХСН II ФК диагностирована у 28 больных, III ФК - 12. У больных 2 группы ХСН II ФК определено у 42 больных, III ФК - 23 больных

Концентрацию провоспалительных цитокинов интерлейкин-1 β и фактора фиброза моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Наличие СД 2 типа проявляет негативное влияние на состояние маркеров иммунновоспаления, что отражается ростом уровней маркера фиброза MCP-1 в результате чрезмерной активности провоспалительной цитокиновой звена представленной ИЛ-1 β , которое имеет синергический негативное влияние на течение ХСН.

Выводы. У больных ХСН с сопутствующим СД 2 типа определяется высокая активность ИЛ-1 β и MCP-1 по сравнению с больными без СД. У больных ХСН с СД 2 типа и без него наблюдается рост профибротического параметра MCP-1 и провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β параллельно к росту ФК ХСН. Наличие СД 2 типа негативно сказывается на работе цитокинов и маркеров фиброза, что подтверждается более высоким уровнем ИЛ 1 β и MCP-1 по сравнению с пациентами без СД 2 типа при наличии одинакового ФК ХСН.

Перспективами исследования является определение наличия и характера связей между параметрами фиброза и типами ремоделирования левого желудочка у ХСН и СД 2 типа.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ.

Оврах Т.Г., Серик С.А.

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

Цель работы. Оценить показатели тромбоцитарного гемостаза в зависимости от уровня инсулинорезистентности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа после острого коронарного синдрома (ОКС) при приеме двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ).

Материалы и методы. Обследовано 55 больных ИБС и СД 2 типа и 22 больных ИБС без СД, получавших после ОКС ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут) в течение 6 ± 2 недель. Больные с СД были разделены на 2 подгруппы в зависимости от медианы (Me) индекса НОМА-IR: 1 – индекс НОМА-IR ниже 7,84 усл. ед., 2 - индекс НОМА-IR выше 7,84 усл. ед. Оценивали суммарный индекс агрегации тромбоцитов при АДФ- и арахидонат-индуцированной агрегации (СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат, %), уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче ((11-дТхВ2, нг/мл).

Результаты. У пациентов с ИБС и СД 2 типа СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат и уровень 11-дТхВ2 в моче ($(57,31\pm 2,07)\%$), ($(10,46\pm 1,53)\%$) и ($(836,56\pm 138,38)$ нг/мл) были статистически значимо выше, чем у пациентов без СД ($(49,08\pm 1,97)\%$), ($(5,46\pm 0,79)\%$) и ($(501,62\pm 57,72)$ нг/мл), соответственно, $p < 0,05$. У больных СД 2 подгруппы СИАТ-арахидонат ($(15,64\pm 2,67)\%$) и уровень 11-дТхВ2 в моче ($(1058,89\pm 187,52)$ нг/мл) были достоверно выше, чем 1 подгруппы ($(6,06\pm 1,04)\%$) и ($(466,01\pm 61,37)$ нг/мл), соответственно, $p < 0,05$. Отличий по СИАТ-АДФ между этими подгруппами не выявлено ($(58,14\pm 3,03)\%$ и $(57,47\pm 3,16)\%$). При этом СИАТ-АДФ у пациентов как 1 подгруппы, так и 2 подгруппы был достоверно выше, чем у пациентов без СД, $p < 0,03$, тогда как СИАТ-арахидонат и уровень 11-дТхВ2 были статистически значимо выше только во 2 подгруппе, в сравнении с больными без СД, $p < 0,05$, а в 1 подгруппе различия были недостоверны, $p > 0,05$.

Выводы. У больных ИБС и СД при приеме ДАТ АДФ-и арахидонат-индуцированная агрегация тромбоцитов угнетается в меньшей степени, чем у больных без СД. Уровень 11-дТхВ2 в моче у больных ИБС и СД при ДАТ выше, чем у пациентов без СД. Инсулинорезистентность у пациентов с СД способствует повышению агрегационной активности тромбоцитов и развитию «аспиринорезистентности».

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: установить возможные механизмы развития остеоартроза (ОА) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 35 с СД в возрасте от 32 до 56 лет и длительностью заболевания от 3 до 24 лет. В 19 наблюдениях (59,4%) СД сочетался с ОА (основная группа). Группу сравнения составили 13 больных с изолированным ОА. Выраженность болевого синдрома и утренней скованности при ОА оценивали по визуальной аналоговой шкале Хаскисона и бальной шкале оценки боли Ликерта. Активность воспалительного процесса оценивали по уровню ИЛ-1 β и ИЛ-6 - метод ИФА с использованием набора реактивов «Протеиновый контур» (СПб, Россия). Величину матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9) методом ИФА – система реактивов «Human ММР-9» (США). Показатели нормы были получены у 20 практически здоровых лиц.

Результаты. Установлено, что проявления ОА в большей степени были обусловлены поражением суставов нижних конечности (90,6%). При этом интенсивность болевого синдрома по шкале Хаскисона в 84,4% соответствовала диапазону от 5 до 7 см и в 15,6% - диапазону от 8 до 9 см. При оценке боли по шкале Ликерта преобладал умеренно выраженный болевой синдром (81,3%) со стартовой скованностью до 15-20 минут (78,1%). Клинические и лабораторные проявления СД соответствовали компенсации заболевания с течением средней тяжести. При этом 14 больных имели ожирение 1 ст. и 18 – 2 степени. Уровень ИЛ-1 в группе лиц с сочетанной патологией составил $14,3 \pm 0,8$ пг/мл, в группе сравнения – $10,6 \pm 0,7$ пг/мл при норме – $8,3 \pm 0,2$ пг/мл. Активность ИЛ-6 соответствовала $15,5 \pm 0,7$ пг/мл, $10,9 \pm 0,9$ пг/мл при контроле – $9,1 \pm 0,8$ пг/мл. Содержание ММР-9 в сыворотке крови больных основной группы превышала показатели нормы в 1,4 раза и соответствовала $265,7 \pm 11,9$ пг/мл, а в группе сравнения – $217,4 \pm 12,1$ пг/мл.

Выводы. Таким образом, активный воспалительный процесс в периапарткулярных тканях суставов сопровождается активацией провоспалительного звена иммунитета, выраженность которых увеличивается при присоединении СД. Увеличение содержания ММР-9 позволяет говорить о продолжающихся деструктивных изменениях в хрящевых поверхностях суставов, а выраженность указанных показателей является результатом метаболических нарушений в организме, обусловленных вовлечением в патологию всех видов обмена при СД.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Пасиешвили Т.М., Железнякова Н.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: определение роли адипокинов жировой ткани в прогрессировании бронхиальной астмы (БА) у больных с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 37 больных с БА 2 стадии при клинической ремиссии заболевания в возрасте от 23 до 47 лет и длительностью анамнеза от 4 до 16 лет. Основную группу составил 21 пациент с сочетанным течением БА и ожирения 1-й (12 лиц) или 2-й (8) стадии. 16 больных с БА имели нормальную массу тела и вошли в группу сравнения. Показатели нормы были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц.

В сыворотке крови пациентов определяли содержание ИЛ-1 β и ИЛ-6 – методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов «Про-контур»; лептин – ИФА сладж-методом с помощью набора реактивов «Bio Vendor», Чехия.

Результаты. Проведенное исследование показало, что клиническая ремиссия заболевания, достигнутая в ходе использования патогенетической терапии, не сопровождалась нормализацией показателей адипокинов жировой ткани. Так, уровень ИЛ-1 β в основной группе лиц составил $12,1 \pm 0,4$ пг/мл; в группе сравнения – $9,6 \pm 0,2$ пг/мл при норме – $8,3 \pm 0,2$ пг/мл. Аналогичная закономерность сохранялась и при определении содержания ИЛ-6, где данный показатель соответствовал $18,1 \pm 1,6$ пг/мл, $11,7 \pm 1,1$ пг/мл и $9,1 \pm 0,8$ пг/мл соответственно.

Активность лептина также превышала показатели нормы и в основной группе составила – $10,4 \pm 0,4$ пг/мл, в группе сравнения – $8,9 \pm 0,3$ пг/мл при норме – $7,9 \pm 0,3$ пг/мл. Проведенное исследование не выявило зависимости при сравнении данных величин с полом, длительностью анамнеза и степенью тяжести ожирения. Следует отметить, что достигнутая клиническая ремиссия не приводила к формированию положительной лабораторной динамики. Сохраняющиеся изменения в показателях адипокинов можно рассматривать как «залог» латентного прогрессирования патологии и возможность развития осложнений.

Выводы. Течение бронхиальной астмы у больных с ожирением приводит к активации провоспалительного звена иммунитета (повышается содержание ИЛ-1 β и ИЛ-6), что сопровождается активным процессом в бронхолегочной системе. Достижение клинической ремиссии заболевания у больных с БА и ожирением не подтверждается лабораторной динамикой адипокинов жировой ткани, что обеспечивает его прогрессирование и развитие осложнений.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АДИПОНЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Просоленко К.А, Молодан В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучение базового уровня и динамики показателя адипонектина у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и гипертонической болезнью (ГБ) при использовании комбинированной терапии

Материалы и методы. Под наблюдением находились 88 пациентов с НАЖБП с ГБ II стадии, 2 степени, находящихся на лечении в ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины». Среди обследованных было 49 мужчин (55,68%) и 39 женщин (44,32%). Средний возраст составил ($51,3 \pm 6,2$) лет. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров. Изучали показатели АД, печеночных проб, проводили УЗИ печени и других органов ЖКТ общепринятыми методами. Определяли уровень адипонектина при помощи тест-системы «AviBion Human Adiponectin (Acpr30) Elisa Kit», Финляндия. Пациенты с НАЖБП и ГБ ($n = 88$) были разделены на две группы. Пациенты группы I ($n = 44$) получали лизиноприл 10 мг/д и аторвастатин 10-20 мг/сут. Пациенты группы II ($n = 44$) получали лизиноприл 10 мг/д и аторвастатин 10-20 мг/сут в сочетании с препаратом омега – 3 полиненасыщенных жирных кислот (О-3ПНЖК) 2 г/сут и препаратом урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) 10 мг/кг/сут. Продолжительность лечения составляла 12 месяцев. Всем давались рекомендации по рациональному питанию.

Результаты. Установлено, что для пациентов с НАЖБП и ГБ характерно снижение уровня адипонектина. После проведенного лечения значительно лучший результат был достигнут при назначении комплексной терапии с использованием УДХК и ОЗ-ПНЖК - группа II. Так адипонектин при добавлении в основную схему лечения УДХК и ОЗ-ПНЖК достоверно повысился с ($6,39 \pm 0,18$) нг / мл до ($9,43 \pm 0,11$) нг / мл ($p < 0,001$). Удалось повысить уровень адипонектина на 47,57% по сравнению с 20,67% в группе I ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, комбинированная терапия, включающая прием аторвастатина, лизиноприла, УДХК и ОЗ-ПНЖК у пациентов с НАЖБП и ГБ по сравнению с приемом лизиноприла и аторвастатина, является более эффективной относительно влияния на показатель адипонектина, что может способствовать снижению общего кардиометаболического риска и улучшению прогноза жизни у пациентов с НАЖБП и ГБ.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗА) ПРИ СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

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.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Цель работы: Оценить эффективность лираглутида в коррекции углеводного обмена и его переносимость у больных СД 2 т с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 26 больных с СД 2 типа (15 м и 11 ж), в возрасте от 45 до 65 лет, с избыточным весом или ожирением, не компенсированные на ПОСТ с/без инсулинотерапии. Средняя продолжительность заболевания $13,2 \pm 2,6$ лет. Препарат Лираглутид назначался в первые 4 недели в дозе 0,6мг, с последующим увеличением до 1,2мг в день. При не достижении целевого уровня доза увеличивалась до 1,8мг. Оценивали переносимость, побочные эффекты, гипосостояния. Повторное обследование проводили через 1,3 месяца. Оценку компенсации проводили согласно критериям EASD от 2012-2015г.

Результаты: Анализ результатов показал, что добавление препарата Лираглутид в дозе от 1,2 мг до 1,8 мг в день в течение 3 месяцев в комбинации с метформином и инсулином длительного действия достоверно снижает уровень ГН на 3 ммоль/л (23%) и ППГ на 3,6 ммоль/л (26%), уровень HbA1c с момента лечения препаратом Лираглутид (Виктоза) снизился на 1,5 %. 11% пациентов достигли целевого уровня HbA1c < 7% , 50% достигли приемлемого уровня HbA1c < 8%. В целом 61% больных достигли целевых уровней терапии согласно критериям EASD от 2012-2015г. Гипогликемических состояний не отмечалось ни у одного больного за период исследования. Побочные явления наблюдались у 20 (77%) пациентов в начале лечения в виде незначительной тошноты, у 1 больного была диарея, к концу лечения ни у одного пациента не наблюдалось побочных явлений.

Выводы: Результаты исследования показали, что у больных с СД 2 типа с повышенным ИМТ и ожирением применение препарата Лираглутида (Виктоза) в тройной комбинации с метформином и инсулином в течение 3 месяцев достоверно снижает уровни ГН и ППГ, что подтверждается значительным снижением уровня HbA1c на 1,5%. В целом 61% больных достигли целевых уровней терапии. Подтверждена высокая степень переносимости препарата в терапевтических дозах. Выраженных гипогликемических реакций на фоне применения препарата лираглутид в данном исследовании не было зафиксировано. Более активное использование при лечении СД 2 типа с ожирением агонистов рецепторов ГПП-1 на любой стадии заболевания дает возможность существенно и безопасно улучшить комплексный контроль СД 2 типа.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД (ВИКТОЗА) НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

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.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Цель работы: Оценить эффективность препарата Лираглутид (Виктоза) на углеводный обмен и антропометрические показатели у больных с СД 2 тип в зависимости от сопутствующей сахароснижающей терапии.

Материалы и методы: Всего в исследование было включено 26 больных с СД 2 типа, из них 15 м и 11 ж, с избыточным весом и ожирением, в возрасте от 45 до 65 лет. Продолжительность заболевания в среднем $13,2 \pm 2,6$ лет.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1) получавшие инсулин короткого действия (ИКД)+инсулин продленного действия(ИПД)+перорально сахароснижающие препараты(ПССП) +лираглутид (n=11); 2) получавшие ИПД+ПССП+лираглутид (n=5); 3) получавшие ПССП+лираглутид (n=10) Контроль эффективности терапии оценивали по уровням гликемии натощак(ГН), постпрандиальной гликемии (ППГ), гликированному гемоглобину(HbA1c), масса тела, ИМТ, ОТ.

Результаты: По результатам анализа у больных 1 группы уровень ГН снизился на 4,7 ммоль/л, ППГ снизилась на 5,7 ммоль/л, уровень HbA1c снизился на 1,3%, вес снизился на 4 кг, ИМТ на 2,3 кг/м², ОТ 3,3 см. В течение 3 мес. в этой группе наблюдалось снижение количества суточного инсулина на 9 Ед, а у 2 больных потребность в ИКД исчезла.

У пациентов 2 группы уровень ГН снизился на 1,4 ммоль/л, ППГ снизилась на 2,3 ммоль/л, уровень HbA1c снизился на 1,9 %, вес снизился на 2,3 кг, ИМТ 0,8 кг/м², ОТ 2,2 см. У пациентов 3 группы уровень ГН снизился на 1,8 ммоль/л, ППГ снизилась на 2,2 ммоль/л, уровень HbA1c снизился на 1 %, вес снизился на 4,2 кг, ИМТ на 0,9 кг/м², ОТ на 4,2 см.

Выводы: Отмечена хорошая эффективность препарата Лираглутида (Виктоза) у больных СД 2 типа с избыточным весом и ожирением в сравнении с традиционными средствами сахароснижающей терапии.

В зависимости от сопутствующей сахароснижающей терапии была получена различная степень влияния на массу тела.

Наибольшее снижение массы тела отмечалось в группе при комбинации ПССП с лираглутидом. В других группах отмечалось наряду с улучшением углеводного обмена снижение суточной дозы инсулина.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Руденко М.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Изучение связи между нарушениями клубочковой (креатинин (Кр), клиренс креатинина (ККР), цистатин С (ЦСС)), электролитовиделительной (Na +, K +) и канальцевой (β 2-микроглобулин мочи (β 2-МГ)) функций почек при ИБС и ИБС в сочетании с хроническим пиелонефритом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов с ИБС и клиническими проявлениями ХСН различных функциональных классов. Первая группа (I) - 40 больных с ХСН без сопутствующего ХП, вторая (II) - 20 пациентов с ХСН и ХП. Контроль - 20 практически здоровых лиц. Проведены общеклинические методы обследования, иммуноферментный метод определения уровня ЦСС сыворотки крови, β 2-МГ мочи. Уровень Кр определяли методом Яфэ.

Результаты. В I группе определено достоверное увеличение уровня Кр на 23,9% ($p < 0,05$), снижение ККР на 28,4% ($p < 0,05$), повышение уровня ЦСС на 49,3% ($p < 0,05$), увеличение β 2-МГ на 57% ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Во II группе уровень Кр повышался на 65,4% ($p < 0,01$), ККР снижался на 49,7% ($p < 0,01$), ЦСС повышался на 84,2% ($p < 0,01$), β 2-МГ повышался на 113,9% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Различия показателей между I и II группами были достоверны ($p < 0,05$). В I и II группах уровне Na + и K + находились в пределах нормы, однако у пациентов II группы по сравнению с больными I группы определялось достоверное увеличение уровня Na + на 11,4% ($p < 0,05$).

Выводы. Сочетание ХСН и ХП у больных проявляется субклиническими нарушениями функции почек. Многофакторность патогенеза кардиоренального синдрома, развивающегося на фоне ИБС и ИБС в сочетании с ХП, обусловлена формированием «застойной» почки, нарушением клубочковой, канальцевой, электролитовидельной функции почек развитием нефросклероза с характерной клинической картиной.

ГИПЕРЦИТОКИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Рындина Н.Г., Олори Уфуома

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается актуальной проблемой во всем мире. Наиболее часто встречающимися коморбидными состояниями у больных ХСН являются анемия и почечная дисфункция. По результатам исследований хроническая болезнь почек (ХБП), ХСН и анемия независимо друг от друга увеличивали риск смерти или необходимости в гемодиализе на 50-100%, а их комбинация – на 300%. Механизмы формирования

анемии у больных с ХСН и ХБП требуют дальнейших исследований. Важная роль в формировании анемии у больных на фоне ХСН и ХБП уделяется повышенным уровням провоспалительных цитокинов.

Цель - исследование роли интерлейкина(ИЛ)-6 в формировании анемии на фоне ХСН и ХБП.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных ХСН и ХБП с анемией, средний возраст 68 ± 10 лет, 55% мужчин и 45% женщин. У 60% пациентов с анемией на фоне ХСН и ХБП диагностирован III функциональный класс по классификации NYHA, 40% - IV функциональный класс NYHA. В контрольную группу вошли 30 пациентов с ХСН и ХБП без анемии, средний возраст - 66 ± 11 лет, - 69% мужчин и 31% женщин. Сывороточный уровень ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом.

Результаты. По сравнению с группой контроля у пациентов с анемией на фоне ХСН и ХБП определяется достоверно более низкий уровень гемоглобина (контрольная группа $125 \pm 1,66$ г/л; основная группа $88,87 \pm 1,8$ г/л; $p < 0.01$) и более высокий уровень ИЛ-6 (контрольная группа $7,13 \pm 1,78$ пг/мл; основная группа $38,39 \pm 1,82$ г/л; $p < 0.01$). Найдена негативная связь между ИЛ-6 и гемоглобином ($r = - 0.37$).

Выводы. Формирование анемии у больных с ХСН и ХБП ассоциируется с высокой активностью провоспалительного звена цитокинов, представленного ИЛ-6.

БЕЗБОЛЕВАЯ ФОРМА ИБС ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Саипова М.Л., Самандаров А.Р., Саипова Г.А., Ибадова М.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить связь между формами ИБС и основными компонентами метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Обследовано 158 больных ИБС. Среди них изучались такие компоненты МС как АГ, дислипидемия, избыточный вес и сахарный диабет (СД) 2 типа или нарушенная толерантность к глюкозе.

Результаты. Установлено, что по мере увеличения количества компонентов МС в структуре ИБС происходит уменьшение доли типичной стенокардии напряжения и увеличение доли безболевых и атипичных проявлений ИБС. Среди лиц с МС частота безболевых и атипичных проявлений ИБС в 3,63 раз выше, чем типичной стенокардии напряжения. При этом, на формирование безболевой формы ИБС в большей степени влияет нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой, чем нарушение симпатoadрeнальной фазы.

Выводы. Разработка и реализация профилактических программ в отношении ИБС должна учитывать своевременное выявление и устранение основных компонентов метаболического синдрома.

IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ СОРБЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Садыков Р.А., Алимов М.М., Ким О.В.

АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад.
В.Вахидова»

В настоящее время тенденция экстракорпоральной детоксикации направлена на поддержание и/или замещение функций внутренних органов. Вопросы создания биоартиificialной печени не теряют своей актуальности в виду высокой летальности от цирроза и рака печени по всему миру. Несмотря на то, что современные концепции дисметаболизма при печеночной недостаточности указывают на различные патологические субстраты (аммиак, мочевины, креатинин, ароматические аминокислоты, жирные кислоты, меркаптаны, альдегиды), достижение нормального уровня билирубина остается основной целью многих исследований.

Цель работы: сравнить максимальную статическую адсорбционную способность угольного сорбента СКН-2к в крови и плазме *in vitro*.

Материалы и методы исследования: в стендовом опыте статической сорбции был использован угольный сорбент марки СКН-2к (Украина) с диаметром гранул 0,3–0,6 мм, удельной поверхностью мезопор 1230 м²/г. К 0,5 мл сорбента (350 мг) был добавлен 1 мл плазмы с гипербилирубинемией в пробирке с диаметром 1,5 см. Статическая сорбция была выдержана в течение 30 минут. Второй стендовый опыт был проведен с 1,6 мл крови с добавлением 100 ЕД гепарина в пробирке такого же диаметра. Угольный сорбент предварительно был обработан гепаринизированным раствором. Гемадсорбция проводилась в течение 5 минут в виду сорбции угольным сорбентом гепарина и нарастающего риска свертывания крови. Цельная кровь и плазма для исследования были взяты в одинаковых объемах плазмы. Лабораторные тесты определялись до и после исследования.

Результаты. Выявлена более высокая адсорбционная емкость при статической плазмасорбции по сравнению с гемадсорбцией. При первом опыте АЛТ снизилась на 35,8% от исходного уровня, общий билирубин – на 42,3%, связанный билирубин – на 100%, дельта-билирубин – на 24,5% (n=5). При гемадсорбции наблюдалось снижение АЛТ, общего билирубина, связанного билирубина, дельта-билирубина на 17,7%, 15,4%, 48,0%, 5,0%, соответственно (n=5). Разница в снижении концентрации в двух опытах была достоверно значима (p<0,01).

Заключение. Применение угольного сорбента при статической плазмасорбции позволяет значительно снизить уровень печеночных маркеров. Дальнейшее изучение данного вида экстракорпоральной детоксикации послужит улучшению качества лечения пациентов с эндотоксемией при циррозе и раке печени.

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Сыпало А.О.

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина

Цель - определить роль оксида азота в прогрессировании эндотелиальной дисфункции у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ожирением.

Материалы и методы: в исследование было включено 60 больных с постинфарктным кардиосклерозом, которые находились на лечении в инфарктном отделении ХГКБ № 27. Определение нитритов (NO₂-) в сыворотке крови проводилось методом диазореакции с реактивом Гриссом с последующим колориметрическим определением азотосоединения на анализаторе Labline - 80 (Австрия).

Статистическая обработка данных проводилась по методу определения дескриптивных показателей: медианы (Mediana) и среднего значения (Mean).

Для определения различий между группами использовались критерии Вилкоксона, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни. Достоверность различий определялась методом Фишера.

Результаты. В группе больных с ПИКС уровень нитритов составил $7,66 \pm 0,3$ мкмоль / л, а у больных с ПИКС и ожирением - $9,66 \pm 0,2$ мкмоль / л ($p < 0,05$) уровень нитратов - $12,91 \pm 1,6$ мкмоль / л у больных с ПИКС и ожирением составил $15,42 \pm 0,8$ мкмоль / л ($p < 0,05$) соответственно. Уровень нитритов у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ИМТ $< 24,6$ кг / м² составил $8,43 \pm 0,2$ мкмоль / л, с ИМТ = $24,6-29,9$ кг / м² - ($9,58 \pm 0,3$ мкмоль / л), с ИМТ > 30 кг / м² - ($10,13 \pm 0,2$ мкмоль / л) ($p < 0,05$). Уровень нитратов у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ИМТ $< 24,6$ кг / м² составил $14,71 \pm 1,3$ мкмоль / л, с ИМТ = $24,6-29,9$ кг / м² - ($15,56 \pm 0,6$ мкмоль / л) с ИМТ > 30 кг / м² - ($17,24 \pm 0,4$ мкмоль / л) ($p < 0,05$).

Выводы: нарушение метаболизма оксида азота играет ведущую роль в дисфункции эндотелия, которая проявляется в активации вазоконстрикторных механизмов, зависит от наличия ожирения и является неотъемлемой составляющей патогенеза у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ожирением.

Полученные результаты в свою очередь подтверждают негативное влияние ожирения, а именно нарастание его степени, на показатели эндотелиальной дисфункции с вазоконстрикторной составляющей (повышение уровня нитритов, нитратов) по мере увеличения стадии ожирения у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АПЕЛИНА-12 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Табаченко Е.С., Маркив А.И.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина.

Тяжесть клинических проявлений и прогноз больных с артериальной гипертензией и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа определяются не только степенью повышения артериального давления, но и в значительной мере поражением органов-мишеней, в том числе наличием гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Исходя из вышеизложенного **целью** нашего исследования было оценить изменения структурно-функциональных параметров миокарда в зависимости от уровня апелина-12 у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа для анализа влияния концентрации апелина-12 на формирование определенного типа ремоделирования.

Материалы и методы исследования. В исследовании было обследовано 105 больных артериальной гипертензией (АГ). В основную группу вошли 75 пациентов с сочетанием АГ и сахарного диабета (СД) 2 типа (средний возраст $60,03 \pm 1,17$). Группу сравнения составляли 30 больных АГ без СД 2 типа (средний возраст $57,1 \pm 2,23$). Группы были сопоставимы по возрасту ($p < 0,05$). В качестве контрольной группы были привлечены 30 практически здоровых лиц.

Больные с АГ и СД 2 типа были распределены согласно уровня апелину-12. В первую группу вошли пациенты с уровнем апелина-12 < 25 процентиля, ко второй группе - с 25 до 75 процентиля, к третьей - > 75 процентиля соответственно.

Результаты исследований. Уровень апелина-12 выше 75 процентиля (более $1,725$ нг / мл) обладает антагонистическими эффектами по гипертрофии левого желудочка у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Продолжительность сахарного диабета 2 типа более 5 лет при наличии концентрации апелина-12 в диапазоне от 25 до 75 процентиля и менее 25 процентиля ассоциируется с развитием концентрической и эксцентрической гипертрофии левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют в пользу положительных эффектов апелина-12, направленных на нивелирование роста степени выраженности гипертрофии ЛЖ, особенно ярко происходит при уровне апелина-12 более 75 процентиля, т.е. $> 1,725$ нг / мл.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО МЕРЕ СТАРЕНИЯ ПОПУЛЯЦИИ

²Таиров М.Ш., ²Рузиев О.А., ¹Хатамова Д.Т., ¹Нарзикулова С.П.,
Атаниязов А.С., ²Бадритдинова М.Н., Сайфуллаев А.С., ¹Ибадова М.У.

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

²Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучение динамики распространённости некоторых основных компонентов метаболического синдрома (МС) в неорганизованной популяции.

Материалы и методы. В анализ включены данные 2х популяционных исследований, проведенных в Ташкенте и Бухаре. Обследованные лица представляли собой репрезентативную выборку из неорганизованного населения. Общее количество обследованных на старте исследования – 2.900 человек. Средний срок наблюдения составил $10 \pm 1,2$ лет. Повторное исследование проведено среди 580 человек, представляющих 20% выборку из обследованного на старте контингента. При выполнении исследования применялись методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных работ. В ходе исследования выявлялись такие компоненты МС как АГ, ожирение, гиперхолестеринемия (ГХ), гипертриглицеридемия (ГТГ), гипербетталипопротеидемия (ГБЛИП), сахарный диабет (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ).

Результаты. За период наблюдения частота АГ увеличилась в 1,5 раза, а показатель распространённости ИМТ снизился в 1,3 раз. При этом, отмечалось увеличение частоты ГТГ и ГБЛИП. Выявлено большое увеличение распространённости СД. За весь период наблюдения частота СД возросла в 2,6 раз. Вместе с тем, за этот период частота НТГ снизилась на 33%. По мере увеличения возраста популяции произошло снижение частоты НТГ связанной с нарушением симпатoadреналовой фазы гликемической кривой и увеличение частоты НТГ связанной с нарушением вагоинсулярной фазы. По видимому, такая динамика частоты НТГ и нарушения различных фаз гликемической кривой мет быть связана со снижением активности симпато-адреналовой системы организма, с которой тесно связана активность 1 фазы гликемической кривой, и со снижением инсулярной активности вследствие увеличения с возрастом различных контринсулярных факторов).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что по мере старения популяции происходит разнонаправленная динамика распространённости отдельных компонентов МС. Исходя из этого представляется целесообразным планировать и осуществлять лечебные и профилактические мероприятия в отношении основных компонентов МС с учётом возраста пациентов.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Талипова Ю.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучить эффект комбинированной антигипертензивной терапии на ремоделирование и функциональное состояние левого желудочка у больных артериальной гипертонией (АГ) 2 и 3 степени

Методы исследования. Проведено изучение влияния комбинированной антигипертензивной терапии у 91 больных АГ 2 и 3 степени с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Средний возраст $46,5 \pm 0,87$ года.

Терапия проводилась сочетанным назначением нитриндипина 20 мг/сут и вальсартана 80 мг/сут. Длительность наблюдения - 12 недель. Для оценки изменения функционального состояния, ремоделирования левого желудочка проводилась эхокардиографическое исследование в стандартном режиме в начале и в конце исследования.

Результаты. На фоне проводимой терапии наблюдалось снижение систолического артериального давления на $33,1 \pm 2,58$ мм рт.ст ($p < 0,001$), диастолического артериального давления на $14,5 \pm 1,44$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Причиной снижения АД явилось уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления ($p < 0,001$), в то время как ударный и минутный объем существенно не изменялись.

Отмечено урежение частоты сердечных сокращений на $2,5 \pm 1,17$ удара в минуту ($p < 0,05$). Конечно - диастолический размер левого желудочка достоверно не изменялся, в то время как наблюдалось уменьшение конечно - систолического размера.

Соответственно, увеличивались и расчетные показатели, характеризующие систолическую функцию левого желудочка фракция выброса ($p < 0,001$) и скорость циркулярного укорочения волокон ($p < 0,001$). Наблюдалось уменьшение толщины стенок ($p < 0,05$) и массы миокарда левого желудочка ($p < 0,001$).

Выводы. Стойкое снижение артериального давления на комбинированной антигипертензивной терапии сопровождалось уменьшением полости левого желудочка в систолу и повышением фракции выброса.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Сагатова Х.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Целью работы явилось изучение уровня тревоги и выявление вегетативной дисфункции (ВД) у женщин с избыточной массой тела и АГ в амбулаторных условиях.

Методы исследования. Обследовано 127 женщин в перименопаузе с АГ I-II степени на фоне избыточной массы тела и ожирением 1-2 степени средний возраст обследованных составил $49,8 \pm 7,9$ лет. Диагноз АГ устанавливался согласно критериям ВОЗ (2010). Определялся уровень реактивной и личностной тревоги по тесту Спилбергера-Ханина, оценивалась выраженность тревожности по данным сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ). Наличие ВД выявлялось по опроснику Вейна (в баллах), который является скрининговым методом в амбулаторных условиях. Были сформированы сопоставимые по возрасту группы в зависимости от индекса массы тела: I группа – 59 женщин с избыточной массой тела, II группа – 46 женщин с ожирением 1 степени и III группа – 22 женщины с ожирением 2 степени. Во всех группах выявлено преобладание высокого уровня личностной тревоги (I группа - 61%, II группа – 52%, III группа – 63%). Реактивной тревоги чаще была умеренной: I группа – 57%, II группа – 60%, III группа – 45,5%. При оценке усредненных профилей СМОЛ у обследованных I группы шкала тревожности ($52,9 \pm 9,5$ балла) была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем во II ($49,1 \pm 8,2$ балла) и III ($48,1 \pm 9,2$ балла) группах.

Результаты. У 46 женщин I группы (78%), 38 женщин II группы (82%) и 15 женщин III группы (68%) выявлена ВД. В группе с избыточной массой тела на фоне АГ I стадии установлена прямая корреляционная связь выраженности вегетативной дисфункции и уровня личностной тревоги ($r=0,72$, $p < 0,05$), а у женщин с АГ II стадии – выраженности ВД и реактивной тревоги ($r=0,54$, $p < 0,05$) и личностной тревоги ($r=0,42$, $p < 0,05$). В результате исследования у большинства женщин с избыточной массой тела и АГ выявляются вегетативная дисфункция, преимущественно высокий уровень личностной тревоги, умеренный уровень реактивной тревоги.

У обследованных с ожирением 1-2 степени и АГ выраженность тревожности (по шкале СМОЛ) была меньше, а корреляционные связи вегетативной дисфункции и уровня тревоги не установлены.

Выводы. Таким образом, женщины, имеющие избыточную массу тела в сочетании с АГ, представляют категорию пациентов, нуждающуюся в наиболее активной психологической коррекции и углубленном изучении вегетативного статуса для повышения эффективности лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ С ИБС

Талипова Ю.Ш., Нуралиева Д.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТКИМ) и толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с метаболическими нарушениями.

Методы исследования. В исследование включены 51 человек (мужчин и женщин) в возрасте от 41 до 74 лет (средний возраст $56,9 \pm 1,9$ лет) с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК I - II. У 25 больных выявлены метаболические нарушения и ультразвуковые признаки жирового гепатоза (основная группа) и у 26 больных не выявлены метаболические нарушения и ультразвуковые признаки жирового гепатоза (группа сравнения).

Всем пациентам определялись индекс массы тела (ИМТ), ТКИМ, проводилось Эхо-КГ с расчетом индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка. Измерение ТЭЖ в В-режиме в стандартной левой парастернальной позиции по длинной оси ЛЖ между свободной стенкой миокарда правого желудочка и висцеральным листком перикарда в конце систолы. Всем пациентам, с целью выявления признаков жирового гепатоза (ЖГ), было проведено УЗИ печени - оценивались эхогенность паренхимы печени, дистальное затухание эхосигнала, нечеткость сосудистого рисунка, прерывистость диафрагмального контура.

Результаты. Исследование показало, что значение ИМТ в основной группе находился в пределах $31,3 \pm 1,9$ кг/м², в группе сравнения $26,5 \pm 0,4$ кг/м² ($p < 0,001$). Значение ИММ в основной группе составило $110,6 \pm 4,2$ г/м², в группе сравнения – $87,0 \pm 2,4$ г/м² ($p < 0,001$). При определении ТКИМ в основной группе среднее значение находилось в пределах $1,0 \pm 0,02$ см, в группе сравнения – $0,94 \pm 0,02$ см ($p < 0,05$). ТЭЖ в основной группе составила $9,1 \pm 0,4$ мм, в группе сравнения $5,9 \pm 0,4$ мм ($p < 0,001$).

При корреляционном анализе обнаружена достоверная прямая связь между значениями ИММ и ТЭЖ как в основной группе ($r = 0,55$; $p < 0,001$), так и в группе сравнения ($r = 0,45$; $p < 0,05$). В основной группе выявлена прямая связь между значениями ИМТ и ТЭЖ ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Прямая корреляционная связь выявлена в основной группе и в группе сравнения между значениями ТКИМ и ТЭЖ ($r = 0,66$; $p < 0,001$).

Выводы. У больных ИБС с метаболическими нарушениями и ультразвуковыми признаками жирового гепатоза выявлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, сопровождающаяся увеличением толщины эпикардиального жира с достоверным увеличением толщины комплекса интима-медиа.

ГОМЕОСТАЗ ИОНОВ ЦИНКА В ЭРИТРОЦИТАХ И РИСК РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Тамашевский А.В., ¹Гармаза Ю.М., ¹Канаш Ю.С., ²Медведева Е.А.,
²Гелис Л.Г., ¹Слобожанина Е.И.

¹ГНУ “Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси”,

²Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск

Цель. Анализ уровня внутриклеточного пула Zn^{2+} , восстановленного глутатиона (GSH), активных форм кислорода (АФК) и металлотионеинов (MTs) с учетом жизнеспособности эритроцитов у пациентов с диагностированными составляющими метаболического синдрома (МС) – наличие артериальной гипертензии и сахарного диабета II типа (AG^+CD^+). В качестве групп сравнения были отобраны пациенты с наличием только артериальной гипертензии (AG^+CD^-) или с отсутствием обоих признаков МС – AG^-CD^- . Пациенты всех 3-х групп находились на стационарном лечении с диагнозом ИБС 2 степени.

Материалы и методы. Периферическая кровь получена от условно здоровых доноров и пациентов с ИБС 2 степени. Жизнеспособность эритроцитов оценивалась по цитозольной эстеразной активности с использованием флуоресцентного красителя Calcein-AM (Sigma). Уровень АФК оценивали с помощью флуоресцентного зонда CM- H_2DCF -DA (Sigma). Содержание GSH определяли по методу Элмана. Внутриклеточный пул лабильного Zn^{2+} оценивали с помощью флуоресцентного красителя FluZin-3-AM (Molecular Probes), а уровень MTs – с использованием моноклональных антител UC1MT (Abcam). Исследования были выполнены на спектрофотометре Specord M40 и проточном цитофлуориметре FACS Canto II (BD).

Результаты. Обнаружено достоверное снижение внутриклеточного уровня лабильного Zn^{2+} в эритроцитах при ИБС 2 степени с диагностированным СД II типа (AG^+CD^+) по сравнению с пациентами групп AG^+CD^- и AG^-CD^- . Выявлена прямая зависимость между изменением внутриклеточного уровня лабильного Zn^{2+} и цитозольной эстеразной активностью эритроцитов при ИБС. Причем, более выраженная зависимость наблюдалась в группе пациентов AG^+CD^+ . Во всех обследованных группах пациентов с ИБС 2 степени (AG^+CD^+ , AG^+CD^- и AG^-CD^-) выявлены однонаправленные изменения в состоянии антиоксидантной системы защиты эритроцитов (снижение уровня GSH и активация свободнорадикальных процессов). Более того, обнаружено увеличение уровня цистеин-обогащенных белков MTs I и II типа в эритроцитах пациентов с ИБС, при этом в группе пациентов с диагностированными составляющими МС (AG^+CD^+) отличия в уровне MTs по сравнению с условно здоровыми донорами были наиболее выражены, что указывает на участие данных комплексов белков в системе антиоксидантной защиты эритроцитов при патологии.

Выводы. Полученные результаты подтверждают наше предположение о важной роли цинкового гомеостаза в этиопатогенезе СД II типа и развитии МС в целом.

+405C>G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VEGF-A У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Тахирова Ф.А., Акбаров З.С., Рахимова Г.Н., Айходжаева М.А.,
Каюмова Д.Т., Алимова Н.У., Садыкова А.С.

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

Цель работы. Изучение распределения частот аллелей и генотипов +405C>G полиморфизма гена VEGF-A при сахарном диабете типа 2 (СД2) в узбекской популяции в зависимости от наличия и степени тяжести диабетической ретинопатии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 135 больных СД2, которым были проведены осмотр глазного методом прямой офтальмоскопии и генетические методы исследования (выделение ДНК и полимеразная цепная реакция с последующим электрофорезом полученных продуктов). Для изучения +405C>G полиморфизма гена VEGF-A в зависимости от наличия и тяжести диабетической ретинопатии (ДР) больные мужчины СД2 узбекской популяции были распределены на следующие группы: без ретинопатии (ДР0 – 32 больных), непролиферативная ретинопатия (ДР1 – 35 больных), пролиферативная ретинопатия (ДР3 – 67 больных).

Результаты. Установлено, что во всех исследованных группах частота встречаемости аллеля G была достоверно больше чем аллеля C ($P < 0,01$, $P < 0,001$). В группах ДР0, ДР1 и ДР3 частота встречаемости аллеля G достоверно не отличались и составляли соответственно $71,9 \pm 5,6\%$, $62,9 \pm 5,78\%$ и $62,7 \pm 4,2\%$. В указанных группах частота встречаемости аллеля C также не имела достоверной разницы и составила соответственно $28,1 \pm 5,6\%$, $37,1 \pm 5,78\%$ и $37,3 \pm 4,2\%$. Частота встречаемости генотипа GG по мере усугубления тяжести диабетической ретинопатии имела тенденцию к уменьшению. Так, частота встречаемости генотипа GG при ДР0 составила $56,3 \pm 8,7\%$, при ДР1 $42,9 \pm 8,36\%$ и при ДР3 $35,8 \pm 5,86\%$. Частота встречаемости генотипа CG по мере нарастания диабетической ретинопатии увеличивалась. Так, в группе больных с ДР3 по сравнению с группами ДР0 и ДР1 частота встречаемости генотипа CG была больше и составила $53,7 \pm 6,09\%$, тогда как этот показатель в группах с ДР0 и ДР1 был меньше и составил соответственно: $31,3 \pm 8,19\%$ ($P < 0,05$) и $40,0 \pm 8,28\%$ ($P > 0,05$). Встречаемость генотипа GG во всех исследованных группах (ДР0, ДР1, ДР3), а генотипа CG в группе больных с ДР3 была статистически достоверно больше, чем частота генотипа CC.

Выводы. Таким образом, в узбекской популяции мужчин больных СД2 генотип CG гена VEGF достоверно чаще встречается у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатии (ДР3), по сравнению с пациентами без ДР3 (ДР0, ДР1).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И., Ибрагимов И.С.,
Тогаев Д.Х., Насырова З.А.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель работы: изучить клинико-лабораторные особенности течения фатального инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование истории болезни и результаты аутопсий 52 пациентов, умерших от ИМ: 24 мужчин и 28 женщин в среднем возрасте $71,1 \pm 10,1$ года. Все умершие от ИМ разделены на две группы: 1-я группа – 34 пациента с ИМ и 2-я группа – 18 пациентов с ИМ и СД. У пациентов 2-й группы СД 2 типа диагностирован до развития ИМ. Протокол исследования включал данные о клиническом течении заболевания, клинический и патолого-анатомический диагноз, результаты лабораторных методов исследования.

Результаты. В обеих группах преобладали женщины: в 1-й группе - преобладание незначительное, во 2-й – женщин было в 2,5 раза больше. 53% больных ИМ умерли в первые сутки пребывания в стационаре (этот показатель практически одинаков в обеих группах), из них 56,6 и 55,5% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно умерли в течение первых 12 ч, что свидетельствует о стремительности и тяжести течения заболевания. Соотношение первичных и повторных ИМ: у 49,1% больных 1-й группы и у 52,9% больных 2-й группы данный ИМ, закончившийся летально, был первым, повторные ИМ выявлены в 50,9 и 47,1% соответственно. По локализации, глубине и распространенности ИМ существенных различий между группами не установлено. Частота рецидивов ИМ не различалась в обеих группах больных и составила около 24% случаев. Болевая форма ИМ наблюдалась у 91,2% больных 1-й группы и лишь у 64,7% - 2-й группы. Атипичные клинические формы наблюдались у 8,8 и 35,3% больных 1-й и 2-й групп соответственно. При анализе гликемии у больных фатальным ИМ выявлено, что уровень глюкозы в сыворотке крови больных 1-й группы находился в пределах от 4,7 до 25,8 ммоль/л, среднее значение $10,6 \pm 5,1$ ммоль/л; у больных 2-й группы – от 4,8 до 22,4 ммоль/л, среднее значение $12,0 \pm 5,3$ ммоль/л.

Выводы: Фатальный ИМ на фоне СД чаще развивается у женщин во всех возрастных группах, в то время как среди больных, не страдающих СД, в возрастной группе < 65 лет чаще наблюдается у мужчин, а в более старших возрастных группах - у женщин. Течение фатального ИМ у больных с СД 2 типа в 4 раза чаще имеет атипичную форму, чем у лиц без СД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Тогаев Д.Х.,
Муриддинов А.И., Кадырова Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Целью работы. Изучение эффективности комбинированной гипотензивной терапии с препаратами из групп БРА (валсартан) и АИР (моксонидин) у пациентов с АГ при МС.

Материал и методы. Обследовано 40 больных АГ в рамках метаболического синдрома. Степень АГ и диагноз МС устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК, согласно которым обязательно наличие основного критерия – абдоминального ожирения и двух дополнительных – АГ ($АД \geq 140/90$ мм.рт.ст.); повышение уровней триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л; холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $> 3,0$ ммоль/л; снижение ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) $\leq 1,2$ ммоль/л; уровень глюкозы в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л).

Результаты. Больные, получавшие комбинацию валсартан и моксонидин, целевого АД ($140/80$ мм рт.ст.) достигли 34 пациента (85%), при дозе моксонидина 0,2 и валсартана 80 мг/сут. У 6 больных (15%), целевого АД достигнуть не удалось, хотя было зафиксировано снижение, как САД, так и ДАД. Исходно среднее САД составило $162,5 \pm 1,53$ мм рт.ст., среднее ДАД $92,67 \pm 1,37$ мм рт.ст. Через 2 недели САД и ДАД соответственно снизились на 16,81% и 12,22%. САД составило $135,2 \pm 2,31$ мм рт.ст., ДАД - $81,33 \pm 1,22$ мм рт.ст. В результате лечения среднее суточное САД уменьшилось на 6,2% и составило $133,5 \pm 1,79$ мм рт.ст., среднее суточное ДАД снизилось на 4,62% и составило $84,55 \pm 1,04$ мм рт.ст., среднее дневное САД и ДАД уменьшилось на 5,19% и 4,3% соответственно. САД составило $133,3 \pm 1,39$ мм рт. ст., ДАД - $84,58 \pm 1,04$ мм рт. ст. Средние ночные показатели также имели положительную динамику. Среднее ночное САД снизилось до $129,5 \pm 2,22$ мм рт.ст. (на 6,9%), среднее ночное ДАД до $80 \pm 1,76$ мм рт.ст. (на 5,42%).

Выводы. Таким образом, рекомендуемая нами рациональная комбинация лекарственных препаратов валсартана и моксонидина позволила достигнуть целевой уровень АД и нормализовать суточный ритм АД, что в свою очередь привело к значительному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшению качества жизни больных.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА URAT-1 У БОЛЬНЫХ ИБС С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Тогаев Д.Х., Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х.,
Кадырова Ф.Ш., Насырова З.А.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель работы. Изучить распределение частот аллелей и генотипов С/Т полиморфного варианта гена URAT1 (rs3825016) у больных ИБС с бессимптомной гиперурикемией (БГУ) и установить “неблагоприятное” сочетание приводящее к высокой вероятности развития заболевания в узбекской популяции.

Материал и методы. Нами изучены особенности распределения частот аллелей и генотипов полиморфного варианта гена URAT1 у больных с ИБС и здоровых индивидов узбекской национальности. Верификация диагноза ИБС проводилась согласно международной классификации ВОЗ (Х-пересмотр, МКБ-10). В контингенте 72 пациентов с ИБС и 36 здоровых лиц узбекской национальности проведено генотипирование полиморфного локуса СТ гена URAT1.

Результаты. При анализе частот аллелей С/Т полиморфизма гена URAT1 обнаружено, что аллель Т в группе больных ИБС с БГУ встречается достоверно чаще, чем в группе практически здоровых лиц (64,1% по сравнению с 41,2%, соответственно, $\chi^2=6,4$; $p=0,01$).

В группе пациентов с ИБС частота гомозиготного варианта Т/Т гена URAT1 существенно превышает показатели контрольной группы здоровых лиц (60% против 24,5%, соответственно, $\chi^2=4,6$; $p=0,03$; OR=32,4). При этом частота гомозиготного варианта С/С в группе больных ИБС была заметно ниже уровня, характерного для здоровой части обследованной популяции лиц (13,6% по сравнению с 47%). Частота гетерозиготного варианта С/Т гена URAT1 в этой группе больных почти не отличалась от контрольной группы. Проведенный анализ особенностей распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма С/Т гена URAT1, показал наличие статистически достоверных различий аллеля Т и генотипа Т/Т в группе больных ИБС ассоциированной БГУ в сравнении с контрольной группой здоровых лиц.

Выводы. Результаты молекулярно-генетического исследования, показали важность полиморфного варианта гена URAT1, в формирование генетической структуры предрасположенности к ИБС ассоциированной с БГУ в узбекской популяции. Полученные данные свидетельствуют, что маркерами повышенного риска развития ИБС с БГУ у лиц узбекской этнической принадлежности являются генотип URAT1-Т/Т и аллель URAT1-Т, маркерами пониженного риска – URAT1-С/С и аллель URAT1-С.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПЕРИОД НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Тригулова Р.Х., Умурзакова М.М., Шек А.Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУз.

Цель - оценка эндотелиальной функции (ЭФ) с учетом состояния инсулинрезистентности (ИР) у больных нестабильной стенокардией (НС) с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 34 пациента НС с СД 2 типа. Сосудодвигательную функцию эндотелия изучали в пробах с реактивной гиперемией (РГ) с выявлением эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД) в правой плечевой артерии (ПА). Глюкоза (Г) крови определялась ферментативным, инсулин (ИРИ) – радиоимунным методом натощак, и через 120 минут после еды. Показатель ИР рассчитывался по индексу НОМА. Содержание ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, (ТГ) стандартным методом.

Результаты. Больные были разделены на две подгруппы: с «недостовой вазодилатацией» (ЭЗВД 0 до +10%), и с «достовой вазодилататорной реакцией» (ЭЗВД \geq 10%). В каждой подгруппе по значению показателя ИР больные НС с СД были разделены еще на две субгруппы: с ЭЗВД<10% (n=26) с ИР \leq 2 (субгруппа -D) n= 14 и ИР>2 - (субгруппа -D) (n=12); с ЭЗВД>10% (n=8) с ИР \leq 2 (n=4) (субгруппа -F) и ИР>2 (n=4) (субгруппа -F). Не выявлено достоверных отличий по изменению диаметра и приросту скорости кровотока в пробе с РГ у больных с различной ЭЗВД в зависимости от состояния ИР. Величина комплекса интима - медиа (КИМ) была достоверно выше в группах D и F в сравнении с E и G. Показатель чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига (К) у больных D, E групп имел отрицательное значение; а в группе F был достоверно выше, чем в группе G (p<0,05). Уровень глюкозы натощак и после еды был наиболее высоким в группе E в сравнении с группами D (p<0,05), F и G (p<0,05). Аналогичная динамика прослеживается и по уровню инсулина. Содержание ТГ было достоверно выше в группе D, чем E (p<0,05). У больных с декомпенсированным СД -2 (СДД) была установлена зависимость между ЭЗВД ПА с уровнем глюкозы на 0 и 120 минуте (r=-0,484; p<0,05; r=-0,499; p<0,05), НбА (r=-0,676; p<0,05), с постпрандиальным содержанием ИРИ (r=0,720; p<0,05). У пациентов с СДД как с вазодилататорным, так и вазоконстрикторным эффектом ЭЗВД ПА наблюдается достоверная зависимость уровня ИРИ на 0 минуте и уровнем ЛПОНП, ТГ (r=0,490; p<0,05; r=0,490; p<0,05). Выявлена корреляция КИМ с индексом НОМА (r=0,650; p<0,05) и содержанием постпрандиальной гликемии (r=0,450; p<0,05). Инсулин также коррелировал с показателем К (r=0,571; p<0,05).

Выводы. У больных НС с СД 2 типа имеют место выраженные нарушения ЭФ, степень тяжести которых зависит от уровня компенсации СД, состояния ИР и связано с нарушениями липидного профиля характерными для пациентов с СД 2 типа. Увеличение толщины КИМ у больных НС с СД 2 типа имеет прямопропорциональную зависимость с параметром ИР, что является подтверждением значимости гипергликемии в развитии ЭД и отражает степень ее тяжести.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «АНАФРОН ДЕТСКИЙ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Турдиева Д.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность метаболической терапии обусловлена тем, что практически все патологические состояния организма приводят к изменению процессов энергообмена в клетках и внутренних органах.

Цель исследования - оценка эффективности Анаферон детский при лечении пневмонии у новорожденных.

Материалы и методы. Обследованы 36 новорожденных с пневмонией. При обследовании новорожденных ежедневно оценивали соматический и неврологический статус, оценивались клинические анализы крови, мочи, кала и результаты бактериологических исследований биологических сред, проводились рентгенологические исследования.

При поступлении в стационар у всех детей отмечались признаки различных вариантов пневмонии в сочетании с перинатальным поражением ЦНС и неонатальной желтухой.

Результаты. Новорожденные поступали с жалобами на беспокойство, гипертермию, гипотермию, сопение носа, дыхательные расстройства одышка, кашель, длительную желтушность кожных покровов. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа-19 новорожденных, которые дополнительно к базисной терапии получали Анаферон детский - основная группа. Группу сравнения составили 17 новорожденных, получавших стандартную базисную терапию. Оценка состояния детей после проведенного курса лечения выявила более быстрое нивелирование очагов инфекции, желтушности и неврологической симптоматики у детей основной группы, а также отсутствие генерализации очаговой инфекции среди новорожденных данной группы. В основной группе детей на 3.3+1.8 дня раньше, чем в контрольной отмечалось повышение двигательной активности, рефлексов, улучшение аппетита, исчезновение инфекционного токсикоза, признаков нарушения периферической микроциркуляции. Восстановление массы тела в опытной группе происходило на 3 дня быстрее ($p<0.05$), а увеличение веса на 14.2% больше, чем в контроле ($p<0.05$).

Выводы. Таким образом, применение метаболического комплекса «Анаферон детский» способствует улучшению функциональных возможностей новорожденных, перенесших пневмонией и перинатальную гипоксию.

Включение в комплексную терапию «Анаферон детский» оказывает выраженный положительный эффект на новорожденных с инфекционно воспалительными заболеваниями органов дыхания и поддерживает иммунную систему.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Турсунбаев А.К., Атаходжаева Г.А., Юсупова Д.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель исследования: изучить влияние компонентов метаболического синдрома и поражения почек у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 61 пациент с артериальной гипертензией I-III степени (30 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 39-59 лет. Обследование больных проводили в клинике РСНПМЦТ и МР. Всем обследованным больным проводили измерение АД (САД и ДАД) по методу Короткова, измеряли рост и вес больного с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), исследование липидного спектра крови (общий ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ, коэффициент атерогенности (КА)), исследование функционального состояния почек проводили с помощью определения уровня креатинина сыворотки крови и расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Гоулта мл/мин. Обследованные больные были подразделены на 2 группы исследования: 1 группу составили 31 пациент с АГ без признаков метаболических нарушений и 2 группу 29 больных с АГ с наличием признаков МС (АО и дислипидемия).

Результаты исследования: Нарушение показателей липидного спектра наблюдалось во 2 группе обследованных больных. Наиболее выраженные изменения липидного метаболизма отмечались у больных с абдоминальным ожирением и характеризовались дислипидемией, т.е. увеличением общего холестерина, ТГ, ЛПНП, коэффициента атерогенности и уменьшением ЛПВП. Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависило от наличия и характера представленности компонентов МС. Исследование параметров функционального состояния почек показало, что клиренс сывороточного креатинина в 1-й группе составило $70,5 \pm 12,8$ мкмоль/л, а СКФ $138,0 \pm 35,5$ мл/мин. По мере выявления факторов МС, различной комбинацией АО с дислипидемией и гипертриглицеридемией, во 2-й группе отмечалось достоверное снижение СКФ до $105,8 \pm 28,5$, которое сопровождалось повышением уровня сывороточного креатинина $97,5 \pm 15,6$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом сочетание АГ I-II степени с проявлениями АО, сопровождается нарушением функции почек, что проявляется повышением концентрации сывороточного креатинина, снижением скорости клубочковой фильтрации. Компоненты МС, особенно нарушения липидного и углеводного метаболизма у больных с АГ являются независимыми предикторами нефропатии. Среди традиционных метаболических факторов риска сочетание АО и гипертриглицеридемии является наиболее неблагоприятным в развитии ХБП.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ТОКСИКОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Турсунова Н.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель: Исследование содержания среднемолекулярных пептидов (СМП) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в группе здоровых детей и у новорожденных с врожденной пневмонией в сочетании с перинатальным поражением ЦНС в фазе разгара клинических проявлений и в фазе улучшения.

Материалы и методы. Из общего числа обследуемых больных (100) было: у 25 новорожденных пневмония с ПП ЦНС I степени, у 35 пневмония с ПП ЦНС II степени и у 40 пневмония с ПП ЦНС III степени. Определение ЦИК в крови проводился по методу Ю. А. Гриневича, А. Н. Алферова. Уровень ЦИК измеряли на спектрофотометре при 280 нм и выражает в единицах оптической плотности.

Результаты. У здоровых детей уровень СМП и ЦИК в крови составила $0,25 \pm 0,03$ усл. ед. и $34,1 \pm 3,3$ ед. опт. пл. У новорожденных 1 группы в фазе разгара клинических проявлений отмечалось достоверное повышение уровня СМП и ЦИК в крови на 100% и 95%, по сравнению со здоровой группой ($P < 0,001$). А в фазе клинического улучшения концентрация СМП снизилась на 24%, а ЦИК на 18% по сравнению с фазой разгара патологии ($P < 0,01$) и нормативных показателей не достигали. Во 2 группе новорожденных в фазе разгара патологии концентрация СМП в крови составил $0,78 \pm 0,03$ усл. ед. и ЦИК $87,4 \pm 3,6$ ед. опт. пл., то есть повышались более на 3,1 и 2,6 раза относительно нормативных показателей ($P < 0,001$). Проведение комплексной терапии способствовало к достоверному снижению СМП на 34,6%, а ЦИК всего на 3,5%, относительно фазы разгара ($P < 0,001$). Аналогичные изменения наблюдались и в 3 группе детей, уровень СМП и ЦИК в крови возрастали на $0,83 \pm 0,02$ усл. ед. и $99,5 \pm 4,8$ ед. опт. пл., то есть ещё более значительно, на 3,3 и 2,9 раза относительно показателей нормы ($P < 0,001$). А в фазе улучшения как у детей 2 группы, отмечалось достоверное снижение СМП на 10,8%, ЦИК на 11%, относительно фазы разгара ($P < 0,05$).

Выводы. Результаты проведенных исследований дают основание сделать вывод о том, что одним из механизмов формирования полиорганной недостаточности у новорожденных с врожденной пневмонией в сочетании с перинатальным поражением ЦНС являются «токсические факторы». Наличие высокой концентрации «токсических факторов» в крови в динамическом наблюдении при сочетанной патологии у новорожденных позволит судить о его неблагоприятном течении и исходе.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Китьян С.А., Боймирзаев М.И.
Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Метаболический синдром (МС) – заболевание, включающее целый ряд системных процессов (инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, АГ, дислипидемия, нарушенная толерантность к глюкозе или СД 2-типа). Концепция ИР включает возможность влияния, в том числе и на липидный обмен, запускает оксидативный стресс и процессы перекисного окисления липидов, развивается хроническое неспецифическое иммунное воспаление.

Гипотеза о возможной воспалительной природе атеросклероза при МС всё больше подтверждается. У больных МС очень часто встречается повышенное содержание маркеров воспаления, таких как С-реактивный белок (СРБ), цитокины. Показатель СРБ при МС выделяют как независимый фактор риска, имеющий высокое прогностическое значение.

Целью исследования явилось оценка концентрации С-реактивного белка и показателей липидного спектра у больных МС.

Материал и методы: обследовано 45 больных МС в возрасте 35-57 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. У всех больных проводили комплексное клинико-биохимическое исследование.

Результаты исследования показали, что СРБ в группе больных с МС+АГ составил $2,95 \pm 0,13$ мг/л, в группе больных МС+АГ+ИБС СРБ составил $4,15 \pm 0,19$ мг/л ($p < 0,001$). В отношении липидного профиля у больных МС+АГ отмечалось повышение ОХС ($5,8 \pm 0,22$ ммоль/л, $p < 0,01$), ХС ЛПНП ($2,92 \pm 0,15$ ммоль/л, $p < 0,01$), ТГ ($1,7 \pm 0,13$ ммоль/л, $p < 0,01$), снижение ХС ЛПВП ($1,07 \pm 0,05$ ммоль/л, $p < 0,01$).

У больных МС+АГ+ИБС отмечалось значительное повышение ОХС ($6,2 \pm 0,29$ ммоль/л, $p < 0,001$), ХС ЛПНП ($3,49 \pm 0,17$ ммоль/л, $p < 0,001$), ТГ ($2,2 \pm 0,19$ ммоль/л, $p < 0,001$), снижение ХС ЛПВП ($1,05 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,001$). Отмечена достоверная прямая корреляционная связь между содержанием СРБ и концентрацией ХС ЛПНП ($p < 0,02$), СРБ и концентрацией ТГ ($p < 0,01$).

Выводы. Следовательно, для оценки влияния хронического воспалительного процесса на атерогенез при МС возможно использование определение концентрации СРБ.

Диагностическая значимость данного маркера существенно возрастает при одновременном определении СРБ и липидного профиля, что у больных МС является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений.

МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ГОРМОНЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ФИБРОГЕНЕЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Юсупова Н.А., Усманова Д.Н.,
Таштемирова И.М., Дусмуратова Д.А., Юлдашева Г.Т.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Метаболический синдром (МС) характеризуется большой распространённостью и развитием множества осложнений. В связи с этим закономерно увеличение распространённости поражения органов – мишеней – сердца, сосудов, почек. В развитии этих поражений играют роль как гемодинамические нарушения, так и каскад метаболических и гуморальных факторов, среди которых особое значение имеют адипокины, индуцирующие развитие дезадаптивной тканевой гипертрофии и фиброгенез в органах-мишенях.

Целью исследования явилось изучение уровней адипонектина, лептина и маркеров ИРИ в формировании фиброгенеза у больных МС.

Материал и методы. Обследовано 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) МС в возрасте $58,7 \pm 2,7$ лет. Согласно общепринятым рекомендациям, у всех пациентов было абдоминальное ожирение (АО). ИМТ достигал ≥ 30 кг/м². Выраженность ИР оценивали с помощью индекса НОМА.

Результаты исследования показали корреляционную взаимосвязь антропометрических показателей (ОТ и ИМТ) с концентрацией ИРИ ($p < 0,001$), индексом НОМА ($p < 0,001$), уровнем А/Д ($p < 0,001$). Обнаружены достоверные прямые корреляции ОТ и ИМТ с признаками поражения органов-мишеней: альбуминурией ($p < 0,001$) и ТКИМ ОСА ($p < 0,001$). Рост концентрации лептина был сопряжён с увеличением ИМТ, ИРИ и индекса НОМА, а также уровня в крови АДН.

По мере увеличения лептинемии отмечено прогрессирование альбуминурии. Увеличение АН было ассоциировано со снижением ИА и увеличением ХС ЛПВП. Отмечена обратная корреляция между АДН и ТКИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу антиатерогенных свойств АДН.

При УЗДГ ОСА у 34% больных были выявлены атеросклеротические бляшки, у 68,2% - увеличение ТКИМ ОСА. Увеличение ТКИМ ОСА было свойственно пациентам более старшего возраста, с большими ИМТ и ОТ, с более высоким средним А/Д и уровнями инсулина и С-пептида, снижением уровня АДН, лептинемией.

Выводы. Таким образом, поражение органов-мишеней у больных МС формируется одновременно, а ИМТ и ОТ являются ведущими детерминантами прироста ТКИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу единства механизмов органного поражения.

ПОВЫШЕННАЯ СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.,
Таштемирова И.М., Каримов И.А.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Одной из важных проблем медицины является метаболический синдром (МС). В основе развития МС лежит целая группа факторов риска атеросклероза, прежде всего абдоминальное ожирение (АО), инсулинорезистентность (ИР), дислиппротеинемия, гипергликемия, артериальная гипертония (АГ) и гиперинсулинемия (ГИ). Установлено, что жировая ткань (ЖТ) играет активную роль в регуляции как энергетического обмена, так и периферической чувствительности тканей к инсулину.

Целью работы явилась оценка секреторной активности жировой ткани в изменениях метаболических показателей у пациентов с МС при снижении массы тела.

Материалы и методы. В исследование, длительностью 6 месяцев, включены 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) с диагнозом МС. Возраст больных составил $51,2 \pm 3,27$ года, масса тела $103,0 \pm 2,45$ кг. МС диагностировали по критериям Экспертов Национальной Образовательной Программы США по холестерину (2005).

Результаты. Установлено наличие гиперлептинемии у 89,8%, гипoadипонектинемии- у 82,2%, нарушение цитокинового статуса с повышением ФНО-а- у 69,7% , ИЛ-6- у 62,2%, гиперинсулинемию- у 78,5% больных МС. Отмечена чёткая тенденция к увеличению уровня ФНО-а и ИЛ-6 с увеличением уровня лептина, повышение атерогенных липидов крови и ИР со снижением уровня адипонектина. После 24 недель активного лечения орлистатом (орлип) и умеренно гипокалорийной диетой масса тела (МТ) и ИМТ достоверно снизились у 85,5% пациентов; атерогенные фракции ЛП - ОХС на 18,9% ($p < 0,05$), ХС ЛПНП на 15,1% ($p < 0,05$), ТГ на 31,0% ($p < 0,01$). повысились ХС ЛПВП на 18,3% ($p < 0,05$); ИРИ снизился на 54,5% ($p < 0,001$), индекс НОМА на 19,9% ($p < 0,05$); снизился лептин на 35,3% ($p < 0,01$), ФНО-а на 32,3% ($p < 0,01$), ИЛ-6 на 31,3% ($p < 0,01$), повысился адипонектин на 51,6% ($p < 0,001$).

Выводы. Применение орлистата оказывает положительное воздействие на основные звенья патогенеза и метаболические показатели МС, нормализует функциональную активность ЖТ, улучшает течение заболевания. Это позволяет уменьшить приём или даже в ряде случаев отменить ряд препаратов гипогликемического, гиполипидемического действия.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Китьян С.А.
Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель работы. Изучить особенности поражения сердца, почек, сосудов у больных различной степени тяжести артериальной гипертензией с наличием метаболического синдрома и выявить связи между поражением органов мишеней.

Материалы и методы. В исследовании включены 64 больных артериальной гипертензией I-II степени в возрасте 38-70 лет (средний возраст 54 года), 28 мужчин, 36 женщин. Все больные разделены на 2 группы: 1 группу составили больные (30 больных) артериальной гипертензией с отсутствием метаболического синдрома, 2 группа (34 больных) состояла из больных артериальной гипертензией с наличием метаболического синдрома. Всем больным проводили общие клинические обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ, трёхкратное измерение артериального давления, определение антропометрических данных – рост, вес. Вычисляли индекс Кетле. У всех больных определяли содержание липидов, глюкозу крови.

Результаты. Установлено, что у больных артериальной гипертензией с наличием метаболического синдрома, в отличие от больных артериальной гипертензией без наличия метаболического синдрома, уже на ранних стадиях заболевания отмечается снижение диастолической функции миокарда левого желудочка, снижение скорости клубочковой фильтрации и наличие микроальбуминурии. При оценке результатов артериального давления у больных АГ в сочетании с МС отмечены более высокие уровни САД, ДАД и пульсовое АД. У большинства больных АГ с МС отсутствовало снижение САД, ДАД в ночное время.

Выводы. Таким образом, наличие метаболического синдрома способствует раннему и выраженному поражению органов-мишеней у больных АГ.

СОДЕРЖАНИЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И ЛИПОПРОТЕИНОВЫХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.
Усманова Д.Н., Китьян С.А.

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Сердечно-сосудистая патология, в первую очередь ИБС, является основной причиной смерти больных метаболическим синдромом (МС). Основной и наиболее важный фактор риска развития атеросклероза и обусловленного им ИБС являются атерогенные нарушения липидного метаболизма.

Целью исследования явилось определение содержания липидно-липопротеиновых биомаркеров у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных МС в возрасте 35-63 лет (в среднем $49,2 \pm 5,3$ года), из которых 20 мужчин и 20 женщин.

Результаты исследования липидно-липопротеиновых биомаркеров выявили дислипидемию различной степени выраженности у всех больных МС: общий холестерин (ОХС) был повышен в 1,7 раза ($6,5 \pm 0,31$ ммоль/л; $p < 0,001$), ХС ЛПНП - в 2,4 раза ($5,13 \pm 0,1$ ммоль/л; $p < 0,001$), ХС ЛПВП - ниже в 1,35 раза ($0,81 \pm 0,01$ ммоль/л; $p < 0,01$). Содержание триглицеридов (ТГ) отмечено выше контроля в 2,5 раза ($2,38 \pm 0,07$ ммоль/л; $p < 0,001$). При анализе липидного спектра плазмы в зависимости от уровня ТГ у больных МС установлено, что пациенты с ГТ имеют достоверные более высокие уровни ОХС и ХС ЛПНП. Регрессионный анализ показал, что при соотношении окружность талии/окружность бёдер (ОТ/ОБ) > 1.0 достоверно снижается уровень антиатерогенного фактора в плазме ХС ЛПВП с $0,91 \pm 0,02$ до $0,80 \pm 0,01$ ммоль/л ($p = 0,031$), а также отмечена тенденция к повышению уровня ТГ в плазме крови с $1,99 \pm 0,99$ до $2,49 \pm 0,11$ ммоль/л; $p = 0,071$. Выявленные изменения не зависели от возраста больных, длительности МС, степени контроля углеводного обмена, ИМТ.

Выводы. МС у пациентов сопровождается нарушениями липидно-липопротеиновых маркеров крови. Содержание ТГ в плазме крови больше, чем другие показатели отражает выраженность основных клинических проявлений МС: АО, АГ и декомпенсацию углеводного обмена. Гипертриглицеридемия у больных МС в наибольшей степени ассоциируется с такими нарушениями липидного обмена, как высокие уровни ОХС и ХС ЛПНП. Наличие ГТ можно рассматривать как индикатор высокого атерогенного потенциала плазмы крови у больных МС.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ОКСИТОЦИН ВА АТОСИБАННИ ЮРАК УРИШИ СЕНИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШИ

Узоқова М.К.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

Муаммонинг долзарблиги: Туғруқ индукцияси акушерлик амалиётида кўп қўлланиладиган усуллардан бўлиб, бачадон бўйни етилганда окситоцин қўлланилади. Окситоцин антогонисти атосибан эса бачадон контракциясини камайтириш мақсадида қўлланилди. Кўп холларда окситоцин қўлланганда аёллар кон томир тизимида ўзгаришлар рўй беради.

Мақсад: Хомиладор аёлларда бачадонни муддатидан олдин қисқаришини олдини олиш учун атосибан ва туғруқ индукцияси учун окситоцин қўллаганда юрак уришини бахолаш.

Материал ва методлар: Текширув учун 20 нафар кўшимча экстрагенитал ва семизлиги бўлмаган, хомиладорлиги асоратсиз кечаётган аёллар танлаб олинди. Улар 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. Проспектив 10 нафар хомиладорларга муддатидан олдин бачадон контракциясини даволаш учун атосибан берилди. Ва 2 гуруҳ 10 нафар хомиладорларга туғруқ индукцияси учун окситоцин берилди. Барча аёллар ёши 22-30 атрофида бўлиб, юрак хасталиги бор аёллар текширувга олинмади. Иккала гуруҳ аёлларда ҳам электрокардиограмма билан бирга спектрал тахлиллар дори воситалари қўлланилишидан олдин ва кейин ўтказилди.

Натижалар: Олинган натижалар шуни кўрсатдики, атосибан юрак уриш сони ва тахлилларга таъсир кўрсатмади ва бу гуруҳ аёлларда электрокардиограммада ҳеч қандай ўзгариш кузатилмади. Окситоцин қабул қилган хомиладор аёлларда эса дозасига боғлиқ равишда юрак уриш сонини камайтирди ва барча спектрал вариабелликни оширди.

Хулоса: Атосибан юрак қон томир тизимига ёки юрак уриши камайишига ҳеч қандай ножуя таъсир кўрсатмади. Бошқа томондан окситоцин дозага боғлиқ равишда юрак қон томир тизимига брадикардик таъсир кўрсатди ва спектрал кучларни оширди. Шунинг учун ҳам хомиладор аёлларда окситоцинни эҳтиётлик билан қўллаш мақсадга мувофиқдир.

ПОДАГРА ХАВФИНИ БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА БАХОЛАШ.

Умаров А.Э., Абдуллаев С.М.

Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Наманган, Ўзбекистон

Мақсад. Буйрак тош касаллиги билан оғриган беморларда подагра ривожланиш хавфини аниқлаш.

Материал ва методлар. Бизни назоратимизда 44 нафар Буйрак тош касаллиги билан оғриган беморлар урганилди. Беморларни барчаси эркакларни ташқил этади. Беморларни ёши 45-59 ёш оралигида. Беморларни подагра ривожланиш хавфини урганиш мақсадида барча беморлардан бўғим синдромига хос шикоят, анамнези, объектив маълумотлари ва қондаги сийдик кислота микдори аниқланди.

Натижа. Текширув натижаларига кўра буйрак тош касаллиги билан оғриган беморларни кўпчилик қисмида яъни 39 нафариди (88%) гиперурикемия кузатилиб, бундан 7 нафариди қонда сийдик кислота микдори жуда юқори яъни 802.2 - 1020 ммоль/л оралигида, 10 нафариди меъёрдан ўртача даража ортик кўтарилиши яъни 614.6-786.6 ммоль/л оралигида, 22 нафариди бироз кутарилганлиги аниқланди яъни 462-594 ммоль/л оралигида, 5 нафариди меъёр даражасида булган яъни

458ммол/л дан паст булган. Юкоридаги узгаришлар аниқланган беморларни атига 2нафари бўғим синдроми билан шикоят қилган, 1нафар беморда анамнезида уткир подагра хуружи кузатилган, беморларни объектив қурилганда подаграга хос булган патогномик белгилар аниқланмади.

Хулоса. Демак, буйрак тош касаллиги билан оғриган беморларни подагра билан касалланиш хавфи юқори булиб, буйрак тош хасталиги билан оғриган беморларни кондаги сийдик кислота микдорини эрта аниқлаш мақсадга мувофик.

ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.

Усманова З.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель работы. Оценить частоту кардиоваскулярных факторов риска (ФР) у больных с каротидным атеросклерозом.

Материалы и методы. Обследовано 345 лиц, из которых учитывая критерии исключения для более глубокого изучения отобраны 148 человек. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст $63,40 \pm 0,82$ лет. Из них 122 (72,6%) мужчин, средний возраст $63,67 \pm 1,79$ лет и 46 (27,4%) женщин, средний возраст $62,65 \pm 1,1$ лет. Оценивался индекс массы тела (ИМТ) и липидный профиль сыворотки: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицериды (ТГ), индекс и коэффициент атерогенности.

Результаты. Как показали полученные результаты у 144 пациентов (97,4%) был известен кардиоваскулярный профиль риска, у 4 пациентов (2,6%) не было данных о ФР. У обследованных пациентов чаще всего встречались артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет и ожирение, реже встречались семейная отягощенность и курение. Все пациенты клинически были стабильными. 9,6% пациентов имели 1 фактор риска, 30,1% пациентов – имели два, 32,5% - 3 ФР, 22,8% пациентов - 4 фактора риска и почти 5% пациентов - 4-5 факторов риска. У 0,9% пациентов данных о ФР не было. Среднее число факторов риска составило около 1,8. Среди пациентов с известным профилем риска у 14 (9,8%) определен низкий, у 63 (42,3%) - средний и у 71 (47,9%) - высокий кардиоваскулярный риск.

Выводы. Таким образом, из кардиоваскулярных ФР чаще всего встречались артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет и ожирение, реже встречались семейная отягощенность и курение. У большинства пациентов (47,9%) высокий кардиоваскулярный риск.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЭКСТЕРНАЛЬНЫМ ТИПОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Фадеев Г.Д., Никифорова Я.В.

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

Цель: изучение взаимосвязи между типами пищевого поведения (ПП) и нарушениями липидного и углеводного обменов у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и ожирением 1-2 степени на фоне артериальной гипертензии (АГ) 1-2 стадии.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов (42 мужчины и 58 женщин) с НАЖБП, АГ и ожирением 1-2 степени. Все пациенты проанкетированы с помощью опросника DEBQ с целью определения типа ПП. У всех лиц определялись антропометрические показатели, проводилась калиперометрия, исследование уровня холестерина (ХС) ммоль/л, содержания липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ммоль/л и триглицеридов (ТГ) ммоль/л крови, гликемии натощак, мочевой кислоты сыворотки крови.

Результаты. Установлено, что у пациентов с НАЖБП в сочетании ожирением 1-2 степени и АГ 1-2 стадии достоверно преобладает экстернальный тип ПП (60%). У мужчин с экстернальным типом ПП, употребляющих большое количество жиров ($n=36$), в сравнении с мужчинами с меньшим их употреблением ($n=16$) выявлено достоверное увеличение ИМТ ($p=0,004$), увеличение ОТ ($p=0,033$) и увеличение ОБ ($p=0,05$). Употребление овощей и фруктов оказывало благоприятный эффект на липидный профиль только у мужчин ($p=0,05$). Среди мужчин с употреблением овощей и фруктов >400 г выявлена тенденция к снижению ЛПНП - $2,4\pm 0,8$ ммоль/л в сравнении с группой мужчин, употребляющих овощи и фрукты до 100г/сут - $3,6\pm 0,8$ ммоль/л ($p=0,05$). У 38% пациентов с нарушением толерантности к углеводам выявлена прямая корреляция гипергликемии с экстернальным типом ПП, который у 33,5% мужчин коррелировал с гиперурикемией. Достоверных корреляционных связей между типами нарушения ПП и степенью повышения типом артериального давления выявлено не было, однако в пищевом статусе большинства больных с экстернальным ПП выявлено достоверное повышение употребления соли (более 5г/сутки).

Выводы. Таким образом, у пациентов с НАЖБП, АГ 1-2 стадии и ожирением 1-2 степени достоверно преобладает экстернальный тип ПП, который сочетается с злоупотреблением жиров, жареной пищи и сладкими напитками. Выявлена прямая корреляция дислипидемии, гипергликемии и гиперурикемии с экстернальным типом ПП.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС – СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Фазылов А.В., Кадырова К.Р., Якунина Т.Ф., Хасанова Д.А., Касымбекова Г.К.
Кафедра подготовки ВОП ТашИУВ и ЦП ГАЖК УТИ, Ташкент, Узбекистан

Цель – оценить показатели липидного профиля на фоне терапии розувастатина и атервастатина у больных ишемической болезнью сердца – стенокардией в сочетании с сахарным диабетом II типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 21 больных ИБС с СД II типа с избыточной массой тела I группа и II группа 16 больных ИБС с СД II типа с нормальным весом. Из них мужчин 17 и 20 женщин в возрасте от 46 до 79 лет. Всем пациентам были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования с определением параметров липидного спектра крови: общий холестерин, триглицериды, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, ХСЛПВП, коэффициент атерогенности и индекс атерогенеза в сыворотке крови на биохимическом анализаторе – Mindrey BS-200 в центральной клинической лаборатории ЦП ГАЖК УТИ, в динамике до и после двухмесячного курса лечения. Пациенты I группы ИБС с СД II типа с избыточной массой тела были разделены на 2 группы. 1-группа принимали на фоне комплексного лечения атервостатин в дозе 40 мг 1 р в день, 2-группа принимали розувастатин в дозе 20 мг 1 р в день. II группа с нормальным весом также были распределены на 2 группы, которые принимали по такой же схеме атервостатин и розувастатин в течение 2 месяца.

После проведенного курса лечения оценивали суммарный индекс липидного профиля. Установлено, что исходный уровень общего холестерина где у групп больных ИБС с СД II типа с избыточной массой тела, где фактор риска в сыворотке крови был выше чем 60 ммоль/л, а ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, триглицериды, коэффициент атерогенности и индекс атерогенности были выше, чем у групп больных ИБС с СД II типа с нормальным весом 4,7; 1,3; 1,9; 3,9 и 3,5 ммоль/л, тогда как ХС ЛПВП была низким, чем 0,9 ммоль/л.

Таким образом, при проведении корреляционного анализа между параметрами липидного спектра в сыворотке крови у групп больных ИБС с СД II типа особенно с избыточной массой тела было выявлено положительное взаимодействие эффекта розувастатина и атервастатина.

**ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА В КОМПЛЕКСЕ С
ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение влияния виферона на

лейкоцитарное звено иммунитета и течение язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 120 больных с метаболическим синдромом (92 мужчин, 28 женщин; средний возраст $29 \pm 1,7$ года) и ЯБ с локализацией процесса в луковице ДПК, с положительными тестами на *Helicobacter pylori* (НР). Диаметр язвенных дефектов луковицы ДПК колебался от 0,2 до 1,5 см, средний диаметр язв составил $0,9 \pm 0,1$ см. Популяцию лимфоцитов определяли с помощью теста розеткообразования, субпопуляции Т-лимфоцитов - путем определения чувствительности к теофиллину, показателей гуморального иммунитета (по Manchini).

Результаты исследования. Применение виферона в комплексе с эрадикационной терапией при ЯБ на 4-6 дней сокращает сроки рубцевания язвы, способствует в 98% случаев эрадикации инфекции НР. После проведенного лечения наблюдалась тенденция к нормализации показателей клеточного иммунитета: содержание Т-лимфоцитов увеличилось с $1,32 \cdot 10^9 \pm 0,02$ до $1,83 \cdot 10^9 \pm 0,01$ г/л ($p < 0,05$), Т-супрессоров - с $9,42 \pm 0,21$ до $12,11 \pm 0,32\%$ ($p < 0,05$), число В-лимфоцитов уменьшилось с $34,56 \pm 0,54$ до $30,3 \pm 0,29\%$.

Положительная динамика содержания Т-лимфоцитов сопровождалась нормализацией соотношения Т-хелперов\Т-супрессоров, которое увеличилось с $2,78 \pm 0,12$ до $4,38 \pm 0,47$ ($p < 0,05$), выявлена тенденция к снижению содержания циркулирующих иммунных комплексов с $120,8 \pm 0,74$ до $112,7 \pm 0,12$ ед. ($p < 0,05$). Концентрация комплемента в сыворотке крови увеличилась с $28,3 \pm 0,5$ до $34,2 \pm 0,8$, что благоприятным образом сказывалось на клиническом течении заболевания.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют считать, что включение виферона в комплекс терапии у больных с ЯБ и метаболическим синдромом позитивно влияет на иммунный статус больных.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ИПП ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Хамрабаева Ф.И

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования явилось изучить влияние эзомепразола на клиническое течение хронического панкреатита сочетающегося с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у больных с ожирением.

Материал и методы. В исследовании участвовали 32 больных с хроническим панкреатитом и ГЭРБ. У всех больных ИМТ $> 31,1$ кг/м² (мужчины) и $> 32,3$ кг/м² (женщины). Всем исследуемым больным в динамике

проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), внутрижелудочная рН-метрия. Схема лечения включала эзомепразол по 20 мг. 2 раза в сутки. Продолжительность лечения - 14 дней.

Эзомепразол блокирует Н⁺,К⁺-АТФазу секреторной мембраны париетальных клеток слизистой оболочки желудка, прекращая выход ионов водорода в полость желудка, блокируя заключительную стадию секреции соляной кислоты, тем самым снижая уровень базальной и стимулированной секреции. Кроме того, он обладает высокой липофильностью, легко проникает в париетальные клетки слизистой оболочки желудка, где накапливается при кислом значении рН. Это действие препарата приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. ИПП быстро адсорбируется из желудочно-кишечного тракта, устраняет боли и изжогу в эпигастральной области и за грудиной, что значительно ухудшает качество жизни пациентов с компонентами метаболического синдрома.

Вывод: Учитывая особенности течения хронического панкреатита и ГЭРБ у больных с ожирением, в результате проведенных исследований можно рекомендовать эзомепразол в качестве базисной - антисекреторной терапии при сочетании вышеназванных патологий.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования - изучить характер изменений в некоторых показателях гемостаза у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ожирением (ИМТ > 31,1 кг/м² (мужчины) и > 32,3 кг/м² (женщины);)

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились более 64 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. В план обследования, кроме целенаправленного сбора анамнеза и клинико-лабораторных исследований входили также, фиброгастроскопия, рентгеноскопия желудка, исследование базальной и стимулированной желудочной секреции и некоторых показателей системы гемостаза.

Результаты исследования. Выявлено, что у больных ЯБ отмечено появление гиперфибриногенемии, укорачивание показателей активированного парциального тромбoplastинового времени (АПТВ) и активированного времени рекальцификации (АВР) по сравнению с данными группы сравнения (P < 0,05).

Истощение антикоагулянтного потенциала крови у больных с ЯБ в стадии обострения выражалось в уменьшение содержания антитромбина- III в плазме крови. Уровень концентрации продуктов деградации фибрин и фибриногена у больных ЯБ достоверно не повышался, что свидетельствует о недостоверном увеличении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови. Между тем, при этом возникает тромбофилическое состояние и высокий риск развития синдрома ДВС крови.

Выводы Таким образом, при обострении у больных ЯБ происходит активация прокоагулянтного, тромбоцитарного звеньев системы гемостаза. Об этом свидетельствует умеренная гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ и уменьшение содержания антитромбина-III, что следует учитывать в патогенетическом лечение больных ЯБ с ожирением.

ВАЖНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хасанова Д.А., Рахматуллаева М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния немедикаментозной терапии на эффективность изменения поведения в пользу здорового образа жизни в совокупности с медикаментозным лечением пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: Исследование проводится на базе Семейной поликлиники №44, Шайхонтохурского района, г. Ташкента. Изучены клиника-лабораторные показатели 315 пациентов женского пола, возрастной интервал которых составил от 32 до 70 лет, взятых на диспансерное наблюдение с диагнозами Гипертоническая болезнь, Сахарный диабет. Критериями отбора послужили: наличие ожирения, дислипидемии, гиперинсулинемии или нарушения толерантности к глюкозе, артериальной гипертензии. Все пациенты прошли консультирование в рамках школ гипертоников и диабетиков и получили подробные рекомендации по ведению здорового образа жизни (физическая активность по 30 мин через день, здоровое питание, ограничение соли до 5 гр в день и простых углеводов, исключение курения и алкоголя). В течении 1 года при диспансерном наблюдении ввелся мониторинг динамики течения МС. В начале и по окончании проектной работы проведено анкетирование пациентов.

Результаты: Из всех наблюдаемых только 16 человек (5%) соблюдали полный объем немедикаментозной, медикаментозной терапии, требования ЗОЖ и следовательно имели положительную клинико-функциональную динамику. 141 (44,7%) пациентов имели погрешности в правильном питании и недостаточный режим двигательной активности (по 10-15 мин в 2-3 дня).

164 пациенток соблюдали принципы ЗОЖ из 5 бальной шкалы только на 2 балла. У данной группы приверженность к лекарственной терапии был выше, чем к мероприятиям по ЗОЖ, и в результате 29 (17,6%) из их числа были госпитализированы на стационарное лечение по поводу ухудшения состояния, а в 4 (2,4%) случаях из них имели место повторные экстренные госпитализации по поводу гипертонического криза.

Выводы: Учитывая частоту встречаемости МС у женщин страдающих ГБ и СД, низкую приверженность в соблюдении принципов ЗОЖ, недостаточный уровень медицинской грамотности и ответственности за свое здоровье у них, необходимо повышать эффективность диспансерного метода динамического наблюдения и лечения в практической деятельности ВОП направленный на каждый конкретный случай. Оно должно включать не директивные методы консультирования, где пациент также принимает участие в менеджменте своего состояния, а также активный патронаж.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хасанова Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Улучшить качество вторичной профилактики ИБС среди пациентов страдающих метаболическим синдромом (МС) в условиях семейной поликлиники.

Материалы и методы: Проектное исследование проведено на базе Семейной поликлиники №31 г. Ташкента. Изучены 38 амбулаторных карт больных с ИБС и МС. Разработаны вопросники для врачей и пациентов. Проводилось интервью пациентов и мед персонала, а также наблюдение за оказанием медицинской помощи. Изучены клиника-лабораторные показатели 38 пациентов женского пола, возрастной интервал которых составил от 45 до 72 года, взятых на диспансерное наблюдение с диагнозами ИБС. Критериями отбора послужили: наличие признаков стенокардии/ИБС, ожирения, гиперхолестеринемии. В течении 9 месяцев ввелся мониторинг динамики течения ИБС и МС. Все пациенты прошли индивидуальное консультирование и получили подробные рекомендации по ведению здорового образа и профилактики ИБС.

Результаты: в начала исследований знания и информированность пациентов в вопросах МС и профилактики ИБС составил 12,3%. В конце после проведения консультативных и профилактических мер медицинская грамотность повысилась на 33%. Приверженность к профилактике если к началу проекта по ответам составило 35%, то через 9 месяцев выросло только на 48 %. Из всех опрошенных пациентов, только 8 человек (21%) соблюдали полный

объем профилактических мер. 16 (42,1%) пациентов имели погрешности. 5 пациентов имеющих вредные привычки (13,1%) не смогли полностью исключить курение и алкоголь. У 14 приверженность к лекарственной терапии и мероприятиям по ЗОЖ был очень низкий, и в результате в 3 (7,8%) случаях имели место экстренные госпитализации по поводу мелкоочагового инфаркта миокарда (2), ишемического инсульта.

Выводы: Таким образом, учитывая различные индивидуальные возможности пациентов, диспансерное наблюдение должно включать не директивные методы консультирования, где пациент принимает участие в менеджменте своего состояния, активный патронаж на дому, мотивацию и убеждение пациентов по приверженности к рациональной фармакотерапии и соблюдению принципов ЗОЖ, в целях третичной профилактики осложнений ИБС вытекающими из МС.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Каримов И.А. Тошматов Б.
Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Метаболический синдром (МС) в настоящее время рассматривают как взаимосвязанное сочетание основных факторов риска ИБС – абдоминального ожирения (АО), артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии и нарушенной толерантности к глюкозе или СД 2 типа. Наиболее важный фактор риска развития атеросклероза и обусловленного им ИБС – атерогенные нарушения липидного метаболизма. Помимо этого, в генезе МС большую роль играют свободные жирные кислоты (СЖК). Повышение концентрации СЖК приводит к окислительному стрессу (ОС), инсулинорезистентности (ИР), что развивает порочный круг в патогенезе МС.

Целью исследования явилось изучение содержания СЖК и маркеров окислительного и антиокислительного стресса у пациентов с МС.

Материал и методы: под наблюдением находилось 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте 35-63 лет (в среднем $49,2 \pm 5,3$ года). Контрольная группа (волонтеры) составила 20 человек сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты исследования показали, что формированию ИР предшествует нарушение переноса в крови и поглощение клетками СЖК. У больных МС нами выявлено значительное повышение уровня СЖК до $0,89 \pm 0,21$ ммоль/л, т.е. в 2,5 раза ($p < 0,001$). Гипергликемия и повышение уровня СЖК сопровождаются гиперинсулинемией. Уровень ИРИ возрастает до $21,2 \pm 1,77$ мкЕД/мл ($p < 0,001$). Избыток СЖК в крови активизирует ПОЛ и образование

при этом количество конечного продукта пероксидации МДА в плазме крови было увеличенным в 2,2 раза ($6,84 \pm 1,47$ н/моль/мг белка β -ЛП; $p < 0,001$), а основной фермент антирадикальной защиты клеток каталазы (КА) уменьшен на 37,6% ($12,3 \pm 4,71$ ед/гНв; $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, МС сопровождается нарушением липидного обмена с повышением уровня СЖК. Дисфункция липидных биомаркеров активизирует маркеры окислительного стресса с повышением процессов ПОЛ и снижением антиокислительной защиты организма с повышением каталазы. Следовательно, уровни СЖК и маркеры окислительного и антиокислительного стресса являются неотъемлемой частью и составляющими компонентами МС.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПАХ ГЕНА IRS-1 ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ

Шалимова А.С.¹, Беловол А.Н.²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина; ²Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: изучить особенности метаболического гомеостаза при различных полиморфизмах гена субстрата инсулинового рецептора 1 типа (IRS-1) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), ожирением (ОЖ) и сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Основная группа состояла из 200 пациентов с ГБ, ОЖ и СД2; группа сравнения - из 50 пациентов с ГБ и ОЖ без СД2; контрольная группа - из 20 здоровых лиц. Определяли углеводный и липидный профили, НОМА-IR, уровни лептина, малонового диальдегида (МДА), каталазы, проводили генотипирование полиморфного маркера Gly972Arg гена IRS-1.

Результаты. Установлено, что у больных с ГБ и ОЖ при наличии и отсутствии СД2 частота Gly/Arg и Arg/Arg генотипов IRS-1 была достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Наличие у пациентов основной группы Gly/Arg и Arg/Arg генотипов IRS-1 ассоциировалось с более высокими ($p < 0,001$) уровнями атерогенных липопротеидов. Ассоциацию Gly972Arg полиморфизма с развитием коморбидности подтверждали также достоверные более высокие уровни инсулина ($p < 0,001$), НОМА-IR ($p < 0,001$), глюкозы ($p < 0,001$), HbA1c ($p < 0,05$) при Gly/Arg и Arg/Arg генотипах. При указанных генотипах пациенты основной группы имели достоверно более высокие уровни лептина ($p < 0,05$), показателя системы оксидативного стресса МДА ($p < 0,05$) и достоверно более низкие уровни показателя антиоксидантной системы каталазы ($p < 0,05$) по сравнению с Gly/Gly генотипом. Пациенты с ГБ и ОЖ без СД2 при наличии Gly/Arg и Arg/Arg генотипов имели достоверно более высокие уровни

радикалов, атерогенных липопротеидов, инсулина и НОМА-IR ($p < 0,01$), чем пациенты с Gly/Gly генотипом, однако, в отличие от больных с СД2, не имели достоверных различий уровней лептина, МДА и каталазы.

Выводы: установлено, что Gly972Arg полиморфизм IRS-1 ассоциировался с развитием коморбидности ГБ, ОЖ и СД2. У пациентов с ГБ и ОЖ при наличии и отсутствии СД2 для Arg/Arg и Gly/Arg генотипов характерны более выраженные нарушения липидного спектра крови и более выраженная инсулинорезистентность, чем при Gly/Gly генотипе. Достоверные различия уровней лептина и показателей системы оксидативного стресса - антиоксидантной защиты в зависимости от полиморфизма IRS-1 отмечены только при наличии сопутствующего СД2 у пациентов с ГБ и ОЖ.

ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ СТОПЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шапкин В.Е.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Целью данного исследования было выявление особенностей дегенеративно – дистрофических изменений суставов стоп у пожилых больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 больных метаболическим синдромом в возрасте от 60 до 78 лет. Программа исследования включала рентгенологическое исследование стоп, а также диагностику нейропатий нижних конечностей (определение сенсорных и моторных нарушений), диагностику ангиопатии нижних конечностей (определение температуры кожи, тест наполнения капилляров, определение пульса, доплерсонография, определение щиколотко-плечевого ишемического индекса).

Результаты. В результате исследования выявлены рентгенологические явления остеоартропатии локализующиеся в костях и суставах фаланг, плюсны, предплюсны, голеностопном суставе. У большинства обследованных имели место поражения плюсно-предплюсневых и плюсно-фаланговых суставов. Голеностопный сустав поражался приблизительно у половины пациентов. При этом, определялись как резорбтивные процессы - остеопороз, остеолиз, эрозии, так и периостальный остеогенез, гиперостоз, кальцификация мягких тканей, подвывихи. Следует отметить, что в плюсне и фалангах доминировали резорбтивные изменения, а в предплюсне и в голеностопном суставе – деструктивные процессы. Явления нейропатий и ангиопатий нижних конечностей выявлены в той или иной степени у всех пациентов. Однако существенного различия в качественных рентгенологических показателях между больными в зависимости от преобладания нейропатий или ангиопатий не выявлено.

Выводы. У большинства геронтологических больных с метаболическим синдромом наблюдается поражение суставов и костей фаланг, плюсны, предплюсны, голеностопного сустава. У данной категории пациентов установлено доминирование резорбтивных изменений в плюсне и фалангах, деструктивные изменения в предплюсне и в голеностопном суставе.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛА/АМЛОДИПИНА С МОНОТЕРАПИЕЙ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шерназаров О.Н., Мухторов Ш.М., Холмирзаев С.Б.,
Жахонова Б.Ю., Нарзиев Б.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Блокирование РАС через препараты и-АПФ приводиться к замедлению процесса эндотелиальной дисфункции и в последующем замедлению атеросклероза. И-АПФ угнетают образование брадикинина. Это приводит к снижению окислительных процессов, улучшению вазодилатации и улучшению функции эндотелия. РАС является связывающим звеном между гипертонией и сопутствующими заболеваниями ожирения и МС. Блокаторы кальциевых каналов препятствует внедрению внеклеточного кальция через ионные каналы клеточной мембраны. Это приводит к вазодилатации гладкомышечных клеток сосудов, и таким образом к снижению АД и уменьшению периферического артериального сопротивления.

Цель: Оценка антигипертензивной эффективности и безопасности комбинированной терапии периндоприла/амлодипина с монотерапией амлодипина у больных с АГ II степени и МС.

Материал и методы: Мы оценили 82 пациентов с МС, имеющие АГ II степени, в возрасте 47-64 лет (в среднем 54 ± 6 лет). Впервые диагностированные больные, которые принимали 3 или меньше трех антигипертензивных препаратов со средним систолическим АД 160-199 мм рт.ст., получали лечение периндоприл/амлодипин 4/5 мг или амлодипин 5 мг в течение 1 недели: доводят периндоприл/амлодипин 8/10 мг или амлодипин 10 мг последующие 7 недель.

Результат: 82 пациентов с МС достигают среднее САД от 167,0 до 167,5 мм рт.ст. Эффективность снижение САД от 1 недели до 8 недель наблюдалось у больных принимавших периндоприл/амлодипин выше, чем у больных принимавших только амлодипин ($-38,2$ мм рт.ст. и $-29,1$ мм рт.ст.; $P < 0,001$).
Заключение: Обе терапии хорошо переносятся. Эффективность периндоприл/амлодипин 8/10 мг выше, чем амлодипин 10 мг у пациентов с АГ II степени и МС.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Шкапо В.Л., Несен А.А., Бабенко О.В.

ГУ “Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины”,
г. Харьков, Украина

Цель – изучить качество жизни (КЖ) и влияние антигипертензивной терапии (АТ) у больных с артериальной гипертонией (АГ) и коморбидной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 208 больных с АГ и коморбидными заболеваниями: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сердечная недостаточность на момент обследования, сахарный диабет 2-го типа, хроническая болезнь почек. Среди них 80 (38,5 %) мужчин и 128 (61,5 %) женщин, средний возраст - (60,5±0,4) лет. КЖ изучали по результатам заполнения анкеты SF-36. Показатели КЖ изучали до и через 12 месяцев АТ.

Результаты. У больных были значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленные как физическим, так и психологическим состоянием. Общие показатели ФКЗ и ПКЗ были значительно снижены по сравнению с таковыми у здоровой популяции (42,0±5,1) и (40,8±2,7) соответственно ($p<0,05$). Через год терапии существенно возросло КЖ по шкалам боли (+35,7 %, $p<0,01$) и ролевого физического функционирования (+56,5 %, $p<0,01$), что привело к увеличению суммарного ФКЗ (+13,7 %, $p<0,01$).

Более частое ощущение бодрости (+33,4 %, $p<0,01$) и улучшение по шкале «общее состояние здоровья» (+15,5 %, $p<0,05$) после лечения, обусловили уровень значения шкал больше 50 баллов. Общий фон настроения («шкала психическое здоровье» +25,5 %, $p<0,01$) не препятствовал выполнению повседневной работы («ролевое эмоциональное функционирование» +61,4 %, $p<0,01$) и общению с близкими и друзьями («социальное функционирование» +29,6 %, $p<0,01$). В результате АТ наблюдалось улучшение суммарного ПКЗ: +20,7 %, ($p<0,01$).

Выводы. АТ приводила к улучшению КЖ, но не достигала уровня здоровой популяции. Улучшение КЖ пациентов с АГ и коморбидной патологией на фоне АТ связано с уменьшением боли, утомляемости, повышением трудоспособности, удовлетворением от выполненной работы. Таким образом, благодаря АТ улучшается адаптация пациентов в обществе, что позитивно влияет на их психологическое состояние.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ

Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А., Маматкулова Ф.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: Определить клинико-метаболические особенности функциональных нарушений сердца у детей с хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 42 больных ребенка с хроническим гломерулонефритом, из них с нефротическим синдромом – 22, с гематурическим – 20. Клинико-функциональное исследование сердечно-сосудистой системы включало рентгенографию органов грудной клетки, запись ЭКГ и ФКГ.

Полученные результаты: При исследованиях установлены, что на рентгенограмме границы сердца увеличены у 15 (35,7%), преимущественно за счет левого желудочка, у 7 больных (16,6%) отмечается усиление сосудистого рисунка. Наиболее часто встречающимися патологическими признаками на ЭКГ являлись: гипертрофия миокарда левого желудочка (52,4%), правого желудочка (45,2%), удлинение интервала Q-T (33,3%), снижение вольтажа зубцов ЭКГ (54,8%), экстрасистолия (28,4%). Нарушение процессов реполяризации проявлялись уплощением (61,9%) и инверсией (54,8%) зубца T. При ФКГ исследовании у 25 больных (59,2%) установлено снижение амплитуды I-тона, у 16 (38,1%) отмечался систолический шум, короткий, низкоамплитудный, с чертами функционального, реже – у 12 (28,5%) нисходящий, занимающий 2/3 систолы, среднечастотный. УЗИ позволил нам выявить такие изменения как: увеличение полости левого желудочка (45,2 %) в систолу и диастолу, правого желудочка (33,3%). Увеличение систолического (Ус) и диастолического (Уд) объемов левого желудочка у больных свидетельствовало о перегрузке сердца. Уменьшение сократительной способности миокарда, снижение фракции изгнания (ФИ) отражающий насосную функцию сердца отмечалось у 23 больных (54,8%). У 19 детей (45,2%) выявлялась гипокинезия задней стенки левого желудочка, у 25 (59,2%) гиперкинезия межжелудочковой перегородки, что свидетельствовало о роли его в поддержании гемодинамики.

Выводы: Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о некоторых клинико-функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы при хронических гломерулонефритах у детей, которые еще более ухудшает общее состояние больных и требует введения эффективных кардиотропных препаратов.

ВЛИЯНИЕ АПОЛИПОПРОТЕИНА С3 НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Аминов С.А.,
Умурзакова М.М., Шек А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз,
Ташкент, Узбекистан.

Цель: изучить влияние аполипопротеина С3 на показатели липидного обмена у больных нестабильной стенокардией с метаболическим синдромом.

Материал и методы: обследованы 42 больных, с нестабильной стенокардией (НС) IIВ класс (Braunwald E. et al., 1989). Наличие МС диагностировалось по критериям IDF и Российских рекомендаций по диагностике и лечению метаболического синдрома. Спектр липидов крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА), биохимические показатели (АлАТ, АсАТ, КФК), биомаркеры липидного обмена аполипопротеин С3 (апоС3), аполипопротеин А (апоА), аполипопротеин В (апоВ), соотношение АпоВ/АпоА1, липопротеин- α , биомаркеры воспаления (высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), определяли на автоанализаторе «Daytona» (RANDOX, Ирландия). Для оценки степени нарушения углеводного обмена проводился оральный тест толерантности к глюкозе (ОТТГ). Определение уровня глюкозы в плазме крови проводилось натощак (ГПН) и через 2 часа (Г2ПН) после нагрузки 75 г глюкозы, растворенной в кипяченой воде. По результатам ОТТГ, согласно критериям, оценивалось отсутствие или наличие нарушения толерантности к углеводам.

Результаты: при изучении корреляционных взаимосвязей было выявлено, что существует прямая корреляционная взаимосвязь между апоС3 и ИМТ ($r=0,44$, $P<0,05$), апоС3 и уровнем глюкозы ($r=0,45$, $P<0,05$). В связи с имеющимися литературными данными об ассоциации с высоким уровнем ТГ, ХС ЛПВП и повышенной концентрацией белка апоС3, нами проведен сравнительный анализ уровня белка апоС3 в зависимости от медианы ТГ и ХС ЛПВП. В группе пациентов с ТГ выше 245,5 мг/дл средний уровень концентрации апоС3 оказался достоверно выше ($8,6\pm 2,3$ $P<0,05$), чем во группе больных с уровнем ТГ ниже 245,5 мг/дл ($7,0\pm 2,1$). При сравнительной оценке уровня апоС3 в зависимости от медианы ХС ЛПВП, в группе пациентов с ХС ЛПВП выше 33,5 мг/дл уровень апоС3 оказался несколько ниже ($7,6\pm 2,3$), чем во группе больных с уровнем ХС ЛПВП выше 33,5 мг/дл ($8,0\pm 2,3$), но различия имели не достоверный характер ($P>0,05$).

Выводы: Таким образом, концентрация аполипопротеина С3 ассоциируется с гипертриглицеридемией и низким показателем ХС ЛПВП.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И., Исмаилов С.И.

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

Цель работы: изучить некоторые особенности метаболических нарушений в печени у больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Было исследовано 52 больных с хроническим панкреатитом с метаболическим синдромом. Исследовали концентрацию глюкозы крови, уровень инсулина, индекс инсулинорезистентности по формуле НОМА-IR, уровень лептина и содержание свободных жирных кислот. В качестве маркерных ферментов цитоплазматической локализации определяли: активность фруктозо-1-фосфотальдолазы, фруктозо-1,6 дифосфатазы, общую активность лактатдегидрогеназы и гаммаглутамилтранспептидазы, в качестве маркерных ферментов для митохондрии исследовали активность малатдегидрогеназы.

Результаты. Из полученных результатов исследований отмечено повышение уровня митохондриального фермента - малатдегидрогеназы, где его уровень превысил исходные значения в 2,5 раза ($p < 0,05$).

Одним из маркеров процесса глюконеогенеза является фермент фруктозо-1,6-дифосфатаза, которая участвует в переводе фруктозо-1,6-дифосфата во фруктоза-6-фосфат, а затем поэтапно в глюкозу. Активность фруктозо-1,6-дифосфатазы в сыворотке крови у обследуемых пациентов превысил исходный уровень в 4,5 раза ($p < 0,05$).

Одним из ферментов, участвующей в катаболизме фруктозы для образования жирных кислот является фруктозо-1-фосфотальдолаза. Активность изучаемого фермента у обследуемых больных также превысил исходный уровень в 12 раза ($p < 0,05$), что подтвердило использование данного фермента в процессе образования АТФ в дыхательной цепи митохондрий из субстрата - свободных жирных кислот.

Выводы. Таким образом, состояния гипертриглицеридемии, гипергликемии, гиперинсулинемии и гиперлептинемии на фоне высокого уровня свободных жирных кислот активирует процесс глюконеогенеза ингибируя при этом гликолиз.

У больных наблюдается нарушения в глюкозо-инсулиновом гомеостазе, обусловленные гормональными нарушениями и изменениями метаболизма в клетках за счет свободных жирных кислот.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И., Ибрагимов А.Ю.

Ташкентский институт усовершенствование врачей,
Республиканская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение роли инсулина и адипокинов (адипонектина, резистина, лептина) в формировании хронического панкреатита у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследовали концентрацию глюкозы (ммоль/л) в крови, индекс инсулинорезистентности по формуле НОМА-IR. Значение больше чем 2,27 рассматривался как наличие инсулинорезистентности. Уровень инсулина в крови исследовали иммуноферментным методом. При уровне инсулина натошак выше 12,5 мкЕД/мл диагностировали гиперинсулинемию. Критериями МС считали окружность талии больше 102 см у мужчин и больше 88 см у женщин, артериального давления 130/85 мм рт. ст. и выше, содержание триглицерида в сыворотке крови 1,7 ммоль/л и более, ХС-ЛПВП менее 1 ммоль/л.

Результаты. Уровень общего холестерина был повышен у 53% пациентов, триглицерид - у 72,4%, ХС ЛПНП - у 58% больных сочетанной формой заболевания у части больных, концентрация общего холестерина превышала в 1,5-2 раза верхний предел референсных значений; триглицерид превышали норму в 2-4,5 раза, а уровень ХС ЛПНП в 1,7-2,2 раза. Концентрация ХС ЛПВП была снижена более чем у половины больных ХП сочетанной МС.

Исследованиями показано, что лептин стимулирует пролиферацию гематопозитических клеток и β -клеток островков Лангерганса путем фосфорилирования митоген - активированной прототеинкиназы, также как инсулин. Динамика снижения уровня адипонектина, видимо была обусловлена развитием состояния инсулинорезистентности и ожирения. При снижении уровня резистина повышается чувствительность клеток адипоцитов к инсулину и захвату этими клетками глюкозы, т.е. способствует увеличению массы тела и ожирению.

Выводы. Таким образом, у больных ХП сочетанной с МС наблюдается высокие значения липидного и углеводного спектра крови. При сочетанной формой ХП отмечено высокое значение лептинемии на фоне низкого содержания резистина и адипонектина.

При снижении уровня резистина повышается чувствительность клеток адипоцитов к инсулину и захвату этими клетками глюкозы, т.е. способствует увеличению массы тела и ожирению.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОСТЕОБЛАСТОВ

Якубджанов Р.Р., Юлдашев А.Ю., Каримов М.Ю.

Ташкентская Медицинская Академия

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Проблема посттравматической регенерации тканей опорно-двигательного аппарата, регуляции дифференцировки клеток остеобластического дифферента является актуальной и активно разрабатывается многочисленными исследованиями.

Цель работы изучение структурно-метаболической регуляции дифференцировки остеобластов при экспериментальной репаративной регенерации костной ткани.

Материалы и методы. Кролики породы Шиншилла массой $2,6 \pm 0,2$ кг, разделенные на 2 группы: I контрольная ($n=18$) и II опытная ($n=18$) которым в области диафиза большеберцовой кости хирургически создавали дефект размером (1,0x0,5) см до эндоста. Опытной группе животных после операции ежедневно один раз в течение 7 дней вводили миакальцик 100 мг/кг. Морфологически на препаратах из зоны дефекта изучали соотношение дифференцирующихся остеобластов и кровеносных капилляров через 7 дней у контрольных животных дефект костной ткани заполнен остатками кровяного сгустка, грануляционной тканью, состоявшей из моноцитоподобных клеток и нейтрофилов. У опытных животных дефект в основной массе состоит анастомозирующихся остеобластов, контрольных фибробластоподобных клеток. Средняя часть и периферия дефекта имеет ячеистую структуру, кровеносные тонкостенные капилляры, выстланные эндотелием. 14 суток после формирования дефекта костной ткани в I группы. В центре раны хондробласты и хондроциты, хондронидная ткань. Во II гр. наблюдается интенсивное образование остеобластов и костных пластинок.

Через 28 суток в I гр. животных, по прежнему отмечается дифференцировка хондробластов и образование хондронидной ткани, костные пластинки и остеобласты единичны. Во II гр. животных дефект кости заполнен остеобластами и остеоцитами, расположенными на поверхности костных пластинок, новообразующимися и растущими капиллярами.

Таким образом, при введении миакальцика в дозе 100 мг/кг ежедневно в течение 7 дней в динамике репаративной регенерации костной ткани наблюдается структурно-метаболическая активация васкуло- и ангиогенеза, дифференцировки остеобластов.

ASSESSMENT OF THE DEGREE OF DAMAGE OF THE HEART AND VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY ELECTROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT

Kayumov U.K., Khamidova G.M.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The purpose of the study was to investigate the level of antigen-binding lymphocytes (ABL) to the Tissue Antigen (TAG) of the pericardium, endocardium, myocardium, arteries and veins as a prognostic test the extent and depth of the damage of the cardiovascular system depending on different doses and exposure of radio frequency electromagnetic radiation (RF EMR) during the experiment.

Materials and methods. The experiment was performed on 72 white rats weighing 220-280 g. For the experiment, rats were divided into 4 groups (20 pieces in each experimental and 12 in control group): Group 1 exposed to RF EMR 50 mW / cm² and a frequency of 1800MHz; Group 2 - with RF EMR exposure in 500 mW / cm²; Group 3 - with RF EMR exposure in 1000 mW / cm²; Group 4 - control without affecting RF EMR. Investigations were carried out in two stages: acute exposure for 1 month and chronic for 3 months. Slaughter of rats was performed according to IACUC guidelines. The degree of damage to the heart (pericardium, myocardium and endocardium) and blood vessels (arteries and veins) were determined to identify ABL specifically sensitized to the TAG of the heart and blood vessels.

Results and its discussion. Analysis of ABL to TAG of heart and blood vessels under the RF EMR 50 mW / cm² for 1 month. relative values of control rats showed an increased ABL to TAG of pericardium ($3,0\pm 0,2\%$ and $2,0\pm 0,5\%$, respectively, $P>0,05$), myocardium ($2,5\pm 0,2\%$ and $1,8\pm 0,5\%$, respectively, $P>0,05$), endocardial ($4,0\pm 0,2\%$ and $2,2\pm 0,3\%$, respectively, $P>0,05$), arteries ($4,0\pm 0,3\%$ and $2,3\pm 0,2\%$, respectively, $P>0,05$) and vein ($3,8\pm 0,2\%$ and $2,5\pm 0,2\%$, respectively, $P> 0,05$), suggesting that inflammation and destructive changes in the studied organs are insignificant.

The irradiation of 500 mW / cm² have observed significant changes in these tissues: ABL to TAG of the pericardium ($8,7\pm 0,6\%$, $P<0,05$), infarction ($15,0\pm 1,0\%$, $P<0,05$), endocarditis ($10,1\pm 0,6\%$, $P<0,001$), arteries ($9,4\pm 0,4\%$, $P<0,001$) and veins ($9,6\pm 0,5\%$, $P<0,001$). The most pronounced increase in ABL to examined TAG is noted at 1000 mW/cm² irradiation level during one month. Since ABL to TAG of myocardium exceeded the level of the indicator in intact animals for 12.2 times and 8.9 times - the value the animals of group 1 ($22,3\pm 0,7\%$; $2,0\pm 0,5\%$; $2,5\pm 0,2\%$, respectively, $P<0,001$); arteries for 9.1 and 5.3 times; pericardium for 7.2 and 4.8 times, endocardium - 5.6 and 3.0 times; veins - 5.1 and 3.3 times ($12,7\pm 0,6\%$; $2,5\pm 0,3\%$; $3,8\pm 0,25\%$, respectively, $P<0,001$).

Analysis of rats' ABL after RF EMR exposure at 1000 mW/cm² with respect to two groups shows a significant difference in performance ($P<0,05$), but the

most significant increase was noted in terms of : ABL to TAG of myocardium ($9,1\pm 0,3\%$; $5,6\pm 0,3\%$, respectively - $P < 0,001$).

We have studied the effect of various capacities of RF EMR onto said tissues (endocardium, myocardium, pericardium, arteries and veins) of experimental animals during 3 months of irradiation. Comparison of ABL to TAG of rat heart and vessels according to the different doses of RF EMR showed identical picture changes orientation as that of the rats in the first slaughter after one-month RF EMR exposure in all study groups of animals, but the degree of these changes was significantly different. This indicates that the more profound changes occurring in the body in response to the long-term (3 months) RF EMR exposure.

Thus, the results show that the development of pathological processes in organs and systems of the organism occurs at low RF EMR exposure. With increasing dose and duration of exposure, there are marked destructive changes in the organs and tissues, which indicators are the levels of ABL to relevant TAG - a specific diagnostic and prediction criteria of depth of the damage.

EFFICIENCY OF SSRI_s IN TREATMENT OF BULIMIA NEUROSA

Mirdjuraev E.M., Akilov D.Kh.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

Objectives: Bulimia nervosa represents a serious public health problem. Its characterized by recurrent and frequent episodes of eating unusually large amounts of food (e.g., binge-eating), and feeling a lack of control over the eating. Our goal was to determine the efficiency of long-term use of SSRI Fluoxetine in treatment of bulimia neurosa

Methods: In this double-blind, placebo-controlled trial we used SSRI drug fluoxetine on 48 women with bulimia neurosa in age from 25 till 65, divided into two groups. First group was prescribed fluoxetine in a 40 mg/day dose. Second group received a placebo. Trial was going for 8 weeks All of the patients quitted using anxiolytics before the trial.

Results: Using a SSRI fluoxetine has shown a very good results. First group has shown significant reducing of symptoms (uncontrolled eating, vomiting), comparing to the second group. Only 6 patients quitted trial because of severe adverse effects (headache, nausea, reduced appetite).

Some other patients had similar symptoms, but only at start of trial.

Conclusion: In the end of trial all of the patients continued to use the drug on their own. We can recommend to use SSRIs as a part of complex therapy of bulimia neurosa, due to its safety and high efficacy.

ASSESSMENT OF THE LIVER STATE IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME

Khamrabaeva F.I.

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education.

The major ingredients of the metabolic syndrome (MS) closely connect with functional state of the organs of the digestive system. The disturbance of feeding behavior, disbalance of the hormones of digestive tract, liver function state, pancreatic gland function are the key pathogenic factors of the metabolic syndrome development.

Purpose of investigation was to study some features of metabolic disturbances of the liver in the patients with chronic pancreatitis associated with MS.

Material and methods: The study was carried out on 52 patients, of them 9 males and 43 females. The mean age was $52,2 \pm 2,6$ years. Control group included 14 individuals without signs of chronic pancreatitis (CP) and MS. Metabolic syndrome was diagnosed according to the criteria offered by medical experts of the USA national educational program on cholesterol.

In the blood there were measured glucose concentration and insulin level, as well as level of leptin and contents of the free fatty acids.

AS the enzymatic markers of cytoplasmatic localization there was determined: activity of fructose-1-phosphotaldolase, fructose-1,6 diphosphatase, general activity of lactatdehydrogenase and gammaglutamyltranspeptidase, as anzymatic markers for mitochondria there was studied malatdehydrogenase.

Results: There were found reliable changes in the studied blood parameters in the patients with CP associated with MS. The state of dyslipidemia expressed in the majority of patients with associated form of pathology showed formation of the resistance to insulin. The changes revealed in the blood lipid spectrum was accompanied by increase in levels of non-etherificated fatty acids, on the average, tree times and indicated about damage of their transfer by blood and absorption by cells. Increase in blood of the levels of free fatty acids was accompanied by the hyperinsulinemia and provided disorder of the function of the receptors to insulin and absorption glucose by cells.

The damage of receptor-mediated transport of the fatty acid on the basis of hyperinsulinemia results in structure changes of the cell membranes that induce metabolic changes in the body cells. First of all the complex of systemic metabolic changes involves carbohydrate metabolism in the liver hepatocytes and the in the other organs. Under these conditions mitochondria and cellular membranes become insensitive to hormone effect and the pathological syndrome of resistance has been developed to the effect of insulin. The results of blood investigations showed also 2,5-fold higher levels of mitochondrial enzyme malatdehydrogenase ($p < 0,05$).

Conclusion: Thus, in the patients with CP associated with MS there was observed disorders in the glucose-insulin homeostasis related to hormonal disorders and also to change of metabolism in the cells induced by free fatty acids.

CHARACTERISTICS OF LIPID AND CARBOHYDRATE SPECTRUM IN THE PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME

Khamrabaeva F.I

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education.

The significant advances have been achieved in the study of isolated pathogenesis as chronic pancreatitis (CP) so as metabolic syndrome (MS) as well as insulin resistance, however in this associated pathology remain many white places among which the role and etiopathogenic value of carbohydrate and lipid metabolism has been seen.

Purpose of this investigation was to study the role of insulin and adipokines (adiponectin, resistin, leptin) in the formation of CP in the patients with MS.

Material and methods. The main clinical group included 52 patients with CP associated with MC at the age from 18 to 68 years. Males were 9 and females – 43. Control group was composed of 14 subjects, mainly of women of fertile age without manifestations of CP and MS. Glucose blood concentration (mmol/l) was measured by glucoseoxidase method; insulin resistance index was calculated by formulae HOMA-IR. The value more than 2,27 was considered as presence of insulin resistance. The insulin level in the blood was measured by immune-enzymatic method. At level of insulin on empty stomach higher than 12,5 mcUN/ml the hyperinsulinemia was diagnosed.

Results: The data obtained indicated about reliable change in the lipid spectrum in the patients with CP associated with MS. Thus, total cholesterol level was increased in 53% of patients, triglyceride – in 72,4%, LDLP CS – in 58% of patients with associated form of disease in a part of patients, concentration of total cholesterol increased 1,5-2 times the high limit of references; triglyceride increased 2-4,5 times the norm< and level of LDLP CS – 1,7-2,2 times. Concentration of LDLP CS which is known by its antiatherogenic effect and participating in the processes of cholesterol elimination, was decreased in more than a half of patients with CP associated with MS. The observed increase level of leptin in the blood serum in studied patients, which concentration increase 1,5 times in studied pathology< may be considered as one of factors of pathogenesis of arterial hypertension in patients with CP associated with MS. Resistin plays the key role in the appearance of excessive weigh. This hormone is synthesized by fatty cells (adipocytes) and induced resistance to insulin in the body tissue. The decrease in this hormone level results in increase in adipocyte cell sensitivity to insulin and capture of glucose by these cells that promotes increase in body mass and obesity.

Conclusion: Thus in the patients with CP associated with MS there are noted reliable high values of lipid and carbohydrate blood spectrum, the state of hyperleptinemia and lower content of resistin and adiponectin that should be considered during treatment of these patients.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH STEATOSIS OF THE PANCREATIC GLAND

Khamrabaeva F.I.

Tashkent Medical Institute of postgraduate Education

A number of studies has proved an opportunity of development of chronic pancreatic insufficiency at disorders of lipid metabolism and at the same time there are no reliable evidences about associated pathology of chronic pancreatitis and steatosis of the pancreatic gland.

The purpose of our research was to study characteristic features of the progress of chronic pancreatitis in association with steatosis of the pancreatic gland as well as questions of improvement of diagnosis of steatosis of the pancreatic gland.

Material and Methods: We studied 52 patients with chronic pancreatitis from them in 25 patients the steatosis of pancreatic gland was diagnosed. Group 1 included 11 patients with chronic pancreatitis associated with steatosis of pancreatic gland who received proton pump inhibitors (PPI) + enzymatic preparation (EP), group 2 comprised 14 patients with chronic pancreatitis and steatosis of pancreatic gland who received Ursosan 2 capsule a day additionally to the standard therapy.

All patient underwent the complex examination including: physical examination, interview, data collection about the state of internal organs, measurement of arterial pressure, body mass index, laboratory methods of investigation (amylase content in the blood and urine, cholesterol, triglycerides, lipoproteins, ALT, AST, bilirubin, total protein, glucose level in the blood), coprogram included the general analysis of feces and determination of fecal elastase). For verification of the diagnosis all patient were performed transabdominal investigation. The computed tomography was used for determination of the steatosis of pancreatic gland.

Results: The results of the investigations performed showed that the patients with chronic pancreatitis and steatosis of the pancreatic gland are characterized by the higher level of glykemia, triglyceridemia as well as by higher parameters in the blood serum of gamma-glutamyl-transpeptidase in comparison with persons suffering from CP without steatosis ($p < 0,05$). The performance of computed tomography of the abdominal cavity allows improvement and reliability diagnosis of steatosis of pancreatic gland. On the basis of changes revealed at computer tomography in 14 patients steatosis of pancreatic gland was noted. After the interview performed among the participants it was clear, that in Uzbekistan, in view of regional and mental peculiarities, the chronic pancreatitis is accompanied more often by steatosis of pancreatic gland. At presence of steatosis of pancreatic gland the disorders of carbohydrate metabolism, liver steatosis were diagnosed more often. The comparative studies performed showed that the efficiency of therapy appeared much higher in group 2 of the patients who received Ursosan addi-

tionally to the standard therapy in order to regulate lipid and carbohydrate metabolism with parallel considering of the effect on the liver function due to hepatoprotective, antioxidant and antiapoptosis effect as, at the majority of the patients with steatosis of the pancreatic gland there was found liver steatosis. After therapy with Ursosan there were observed significant changes in biochemical parameters of blood analysis to the end of the fourth week. It is important that the detailed estimation of the criteria of quality of life of the patients allows to conclude, that the inclusion of preparation Ursosan into the complex of treatment promotes significant improvement of quality of life of the patients.

Conclusion: Ursosan seems to be an effective preparation not only for treatment of the pathology of liver, but also during treatment of chronic pancreatitis with steatosis of the pancreatic gland.

СОДЕРЖАНИЕ

Каюмов У.К. МЕТАБОЛИЗМ, ДИСМЕТАБОЛИЗМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КАК ПОНИМАТЬ, ОЦЕНИВАТЬ И ЛЕЧИТЬ	1
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турдикулова Ш.У., Турсунов Р.Р., Исхаков Ш.А., Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З. КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ФАРМАКОГЕ- НЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ	2
Абдуллаева Д.Г. НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИИ	3
Абдухакимова Н.А., Каюмов У.К., Саипова М.Л. СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТА- БОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	4
Абдуллаев С.М. МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ	5
Абдурасулов Ф.П., Юлдашев Б.А., Маматкулова Ф.Х. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ – РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	5
Алимов С.С., Каюмов У.К., Хатамова Д.Т., Нарзикулова С.П., Зиямухамедова М.М., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Ибадова М.У. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕН- СКОГО НАСЕЛЕНИЯ	7
Альмухамбетова Р.К., Жангелова М.Б., Альмухамбетов М.К., Каражанова Н.Б., Сергеева Е.Н., Шарипов Р.С., Аманов Д.Н. ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ ХАРТИЛ АМЛО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	8
Андреева А.А., Голенко Т.Н. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ И ВИСФАТИНА В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	9

- Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.** 10
ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
- Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.** 11
ВЛИЯНИЕ АНТИМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХСН У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.** 12
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Афони́на С.Н., Лебедева Е.Н.** 13
О НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПОЗИЦИЙ НУТРИГЕНОМИКИ
- Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Ахмедов А.И., Тухтаев Ж.К., Обидов Ш.Х.** 14
ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ
- Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Курбанов Э.Ю., Ахмедов А.И.** 15
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ И АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
- Бабак О.Я., Лапшина Е.А.** 16
АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ-21 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
- Бабаходжаев С.Н., Алланиязова Б.К.** 16
ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЕЗАМИ
- Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А.** 17
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ
- Болтабоев С.А., Азизов С.В.** 18
АНТИСТРЕССОВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В ОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ

- Борзова Н.С., Арипов О.А., Ахматходжаева Д.А.** 19
ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Борзова-Коссе С.И., Леонидова В.И., Алтыбаева Л.** 20
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТЕОПОНТИНА И ХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЕМ
- Боровик Е.Н., Кравчун П.Г., Рындина Н.Г.** 21
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ОЖИРЕНИЯ
- Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.** 21
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРДАФЛЕКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.** 22
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.** 23
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Габисония Т.Н.** 24
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ
- Гирина Л.В., Лебедева Е.Н., Афонина С.Н.** 25
РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ МЕТАБОНОМИКИ И МЕТАБОЛОМИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
- Гопций Е.В., Буряковская Е.А., Вовченко М.Н.** 26
АТЕРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМАХ ТРАНСПОРТА ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
- Городничая О.Ю., Зименковский А.Б.** 27
ИЗУЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА (NO) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

- Грунченко М.Н., Несен А.А., Тверетинов А.Б.,
Валентинова И.А., Бабенко О.В.** 28
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬ-
НЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ МЕТАБО-
ЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Гулямова З.К., Гулямова К.К., Арипова Д.Ш., Каюмов Н.У.** 29
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ГЛЮКОФАЖ ПРИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У МУЖЧИН СТРАДАЮЩИХ
ОЖИРЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА
- Гулямова З.К., Гулямова К.К., Арипова Д.Ш., Каюмов Н.У.** 29
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АЛИМЕНТАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С МЕТАБОЛИЧЕ-
СКИМ СИНДРОМОМ
- Даулетбоев Б.К., Касимова Н.Д., Юлдашев Р.Н., Китьян С.А.,
Зухритдинов М.Н.** 30
ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ
СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ С ЗАБОЛЕ-
ВАНИЯМИ ПОЧЕК
- Ермак А.С., Теклебрхан Мосай** 31
ДИНАМИКА И ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПЕПТИНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ
КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ
- Жангелова Ш.Б., Туякбаева А.Г., Агыбаева А.Б., Куралбаева
А.Н., Кабикызы А., Джумагулова П.Д.** 32
КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕ-
СКОМ СИНДРОМЕ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
- Заздравнов А.А.** 33
САЛИВАРНЫЙ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР
ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА
- Заикина Т.С., Бабаджан В.Д., Итуа Джоан** 34
МАРКЕРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА
- Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю.** 35
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС КАК ИНДИКАТОР ОЦЕНКИ СОСТОЯ-
НИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА
ПРИ ЭРОЗИВНОМ ПОРАЖЕНИИ

- Захидова М.З., Кдырбаева Ф.Р.** 36
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ
- Захидова М.З., Хасанова Д.А., Кдырбаева Ф.Р.** 37
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОБИЛЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
- Захидова М.З., Хасанова Д.А., Касимбекова Г.К.** 38
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ УДХК И ЛАКТУЛОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Заяц М.М., Саенко О.П.** 39
ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
- Ибатова Ш.М., Умарова С.С., Холмурадова З.Э.** 40
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Ибрагимова М.Ш., Мирзакаримова Ф.Р., Исраилова Г.М.** 40
РОЛЬ ПРЕПАРАТА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ МЕЛЬДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
- Ильченко И.А., Бобронникова Л.Р.** 41
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
- Искандерова С.Дж, Кулдашев Т.А., Болтабаев С.А., Мусаева Ш.З.** 42
НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА КАК ФАКТОР ХРОНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
- Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Алимов М.М.** 43
ОСОБЕННОСТИ БИОДЕГРАДАЦИИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ОКИСЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ
- Исмайлов Е.Е., Назаров А.С.** 44
МИЛЬГАММА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ
- Исмайлов Е.Е., Назаров А.С., Баймаханова Г.С.** 45
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

- Каландарова У.А., Бекматова Ш.К., Хасанова Х.Д.,
Зиямухамедова М.М.** 46
РЕЗУЛЬТАТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ
НАРУШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ
- Камилов Х.М., Максудова Л.М.** 47
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВ ГЛАЗ НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА
- Кадыкова О.И., Джалал Лаклай** 48
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА β 2-АДРЕНОРЕ-
ЦЕПТОРОВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧ-
НОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗ-
НЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ
- Каримов М.Ю., Каюмов У.К., Якубджанов Р.Р.** 48
КОНСОЛИДАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
- Каримова Н.А., Ибатова Ш. М., Исламова Д.С.** 49
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ
- Каримова Н.А. Алкаров Б.З.** 50
ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МАЛЬЧИКОВ
- Касимбекова Г.К.** 51
МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ
- Касимова Н.Д., Даулетбоев Б.К., Юлдашев Р.Н.,
Китьян С.А., Тешабоев М.Г.** 52
КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ
СОЧЕТАНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ С ЗАБОЛЕ-
ВАНИЯМИ ПОЧЕК
- Касимова Ш.** 53
АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У БЕРЕ-
МЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Каюмов У.К., Хамидова Г.М.** 54
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭЛЕКТРО-
МАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТ

Каюмов У.К. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ	55
Каюмов У.К., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К. ЗНАЧЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	56
Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К. ВЛИЯНИЕ ТИОТРИАЗОЛИНА НА ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	57
Кириченко И.Н. ПОКАЗАТЕЛИ МЕЛАТОНИНА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ	58
Ковалёва Ю.А., Шелест А.Н., Абдуллаева А.Б., Шелест Б.А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ	59
Коваль С.Н., Снегурская И.А., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю., Божко В. В. ВЛИЯНИЕ 12 –ТИ МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	60
Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Юшко К.А. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ, АНТИДИАБЕТИЧЕСКАЯ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ	61
Кодасбаев А.Т., Альмухамбетова Р.К., Токсанбаева Г.Т., Тыналиева Ш.А., Туякбаева А.Г., Уменова Г.Ж. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА	62
Корильчук Н.И., Боцюк Н.Е. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПИЩЕВАЯ АЛЕРГИЯ	63
Корильчук Н.И., Рябокони С.С., Гнзидюх И.О., Корильчук Б.Т. ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	64

- Котелюх М.Ю., Кравчун П.Г.** 65
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТЕНАСЦИНА С У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ
- Кравчун П.П.** 65
СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИН-
ФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ
- Крапивко С.А., Рважби Мохамад** 66
КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРО-
НИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
МАГНИЕМ ОРОТАТОМ
- Красивина И.Г., Долгова Л.Н., Кондря М.И., Долгов Н.В.,
Потапова Е.М.** 67
КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА РАБОТАЮЩИХ МУЖЧИН КАК
ОТРАЖЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА
- Курбанов Э.Ю., Бабаджанов А.С., Ахмедов А.И.** 68
КОСТНО-СОСУДИСТЫЙ КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК
СЛЕДСТВИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Курбанова Ф.Р, Насыров Ш.Н, Вахидова С.Б, Бочкова Л.П** 70
ВЛИЯНИЕ УРСОСАНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Лебедева Е.Н., Красилов С.И., Шарапова Н.В., Алехина Е.М.** 71
РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ
ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ АДИПОГЕННОГО ИНДЕКСА
- Мартовицкий Д.В., Семерова Н.Р., Бойко Н.И.** 72
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИ-
ЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ
МАССЫ ТЕЛА
- Матвеев В.А., Матвеева С.А.** 73
ГЕТЕРОГЕННЫЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ АЛАНИНИНОВОЙ АМИ-
НОТРАНСФЕРАЗой И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С НЕ-
АЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- Матвеева С.А.** 74
РОЛЬ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2/NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Матвеева С.А., Матвеева И.В.** 75
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ГЛЮКОЗОЙ И ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Милославский Д.К., С.Н.Коваль, Снегурская И.А., Божко В.В., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю., Щенявская Е.Н.** 76
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
- Мирзакаримова Ф.Р., Каледа С.П.** 77
ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- Нарзикулова С.П., Ибадова М.У., Каюмов У.К.** 77
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Молотягин Д.Г., Кудрик Е.А., Лучко Н.О.** 78
ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ПИТАВАСТАТИНА ПЕРЕД РОЗУВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
- Муминова Г.Г., Фаттахов Ш.А.** 79
СИНДРОМ ГОРЯЩЕГО РТА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ
- Муминова Г.Г., Атаханова Ш.Ш.** 80
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА
- Муродова М, Каримова Н.** 81
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА
- Мусаев А.Т., Жангелова Ш.Б., Жангелова М.Б., Алтынбекова А.Д., Кожанова А.А.** 82
ТЕЛМИСАРТАН В КОНТРОЛЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- Мухамедова Х.Т., Турдиева Д.Э., Турсунова Н.Э., Алимова З.А.** 83
ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
- Мухторов Ш.М., Холмирзаев С.Б., Шерназаров О.Н., Жахонова Б.Ю., Нарзиев Б.И.** 84
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИСОПРОЛОЛА И НЕБИВОЛОЛА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ
- Нарижная А.В.** 85
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА -10 И МАРКЕРА ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Оврах Т.Г., Серик С.А.** 86
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ
- Пасиешвили Л.М.** 87
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Пасиешвили Т.М., Железнякова Н.М.** 88
РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ
- Просоленко К.А., Молодан В.И.** 89
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АДИПОНЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
- Рахимова Г.Н., Исмаилов С.И., Алиханова Н.М., Убайдуллаева Н.Б., Есимова Д.М., Тахирова Ф.А., Икрамова Ф.А.** 90
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗА) ПРИ СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

- 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.** 91
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД (ВИКТОЗА) НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ
- Руденко М.И.** 92
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
- Рындина Н.Г., Олори Уфуома** 92
ГИПЕРЦИТОКИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
- Саипова М.Л., Самандаров А.Р., Саипова Г.А., Ибадова М.У.** 93
БЕЗБОЛЕВАЯ ФОРМА ИБС ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
- Садыков Р.А., Алимов М.М., Ким О.В.** 94
IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ СОРБЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- Сыпало А.О.** 95
НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ
- Табаченко Е.С., Маркив А.И.** 96
ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АПЕЛИНА-12 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
- Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Хатамова Д.Т., Нарзикулова С.П., Атаниязов А.С., Бадритдинова М.Н., Сайфуллаев А.С., Ибадова М.У.** 97
ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО МЕРЕ СТАРЕНИЯ ПОПУЛЯЦИИ
- Талипова Ю.Ш.** 98
ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

- Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Сагатова Х.М.** 99
ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
- Талипова Ю.Ш., Нуралиева Д.М.** 100
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ С ИБС
- Тамашевский А.В., Гармаза Ю.М., Канаш Ю.С., Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Слобожанина Е.И.** 101
ГОМЕОСТАЗ ИОНОВ ЦИНКА В ЭРИТРОЦИТАХ И РИСК РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
- Тахирова Ф.А., Акбаров З.С., Рахимова Г.Н., Айходжаева М.А., Каюмова Д.Т., Алимова Н.У., Садыкова А.С.** 102
+405C>G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VEGF-A У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
- Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И., Ибрагимов И.С., Тогаев Д.Х., Насырова З.А.** 103
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
- Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Тогаев Д.Х., Мухиддинов А.И., Кадырова Ф.Ш.** 104
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Тогаев Д.Х., Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Кадырова Ф.Ш., Насырова З.А.** 105
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА URAT-1 У БОЛЬНЫХ ИБС С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ
- Тригулова Р.Х., Умурзакова М.М., Шек А.Б.** 106
СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПЕРИОД НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
- Турдиева Д.Э.** 107
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «АНАФРОН ДЕТСКИЙ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- Турсунбаев А.К., Атаходжаева Г.А., Юсупова Д.Ю.** 108
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ПОРАЖЕНИЕ
ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- Турсунова Н.Э.** 109
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ТОКСИКОЗА У
НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТА-
НИИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВ-
НОЙ СИСТЕМЫ
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Китьян С.А., Боймирзаев
М.И.** 110
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПА-
ЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Юсупова Н.А., Усманова
Д.Н., Таштемирова И.М., Дусмуратова Д.А., Юлдашева Г.Т.** 111
МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ГОРМОНЫ ЖИРО-
ВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ФИБРОГЕНЕЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕ-
СКОМ СИНДРОМЕ
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.,
Таштемирова И.М., Каримов И.А.** 112
ПОВЫШЕННАЯ СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖИРОВОЙ ТКАНИ
И МЕТОДЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ
- Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Китьян С.А.** 113
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕ-
СКИМ СИНДРОМОМ
- Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.
Усманова Д.Н., Китьян С.А.** 113
СОДЕРЖАНИЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И ЛИПОПРОТЕИНОВЫХ МАР-
КЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Узокова М.К.** 114
ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ОКСИТОЦИН ВА АТОСИБАННИ ЮРАК
УРИШИ СониГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ
- Умаров А.Э., Абдуллаев С.М.** 115
ПОДАГРА ХАВФИНИ БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН
ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА БАХОЛАШ.

- Усманова З.А.** 116
ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
- Фадеев Г.Д., Никифорова Я.В.** 117
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЭКСТЕРНАЛЬНЫМ ТИПОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
- Фазылов А.В., Кадырова К.Р., Якунина Т.Ф., Хасанова Д.А., Касымбекова Г.К.** 118
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС – СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
- Хамрабаева Ф.И.** 118
ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА В КОМПЛЕКСЕ С ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Хамрабаева Ф.И.** 119
К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ИПП ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
- Хамрабаева Ф.И.** 120
НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
- Хасанова Д.А., Рахматуллаева М.М.** 121
ВАЖНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- Хасанова Д.А.** 122
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Каримов И.А. Тошматов Б.** 123
ВЗАИМОСВЯЗЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- Шалимова А.С., Беловол А.Н.** 124
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПАХ
ГЕНА IRS-1 ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ,
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ
- Шапкин В.Е.** 125
ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНО–ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕ-
НИЙ СУСТАВОВ СТОПЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
- Шерназаров О.Н., Мухторов Ш.М., Холмирзаев С.Б.,
Жахонова Б.Ю., Нарзиев Б.И.** 126
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИ-
РОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛА/АМЛОДИПИНА С МОНО-
ТЕРАПИЕЙ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИ-
ПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Шкапо В.Л., Несен А.А., Бабенко О.В.** 127
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТ-
ТВА ЖИЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
- Эргашев А.Х., Юлдашев Б.А., Маматкулова Ф.Х.** 128
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬ-
НЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛО-
НЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ
- Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Аминов С.А.,
Умурзакова М.М., Шек А.Б.** 129
ВЛИЯНИЕ АПОЛИПОПРОТЕИНА С3 НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИД-
НОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И., Исмаилов С.И.** 130
СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРО-
НИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБО-
ЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
- Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И., Ибрагимов А.Ю.** 131
ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАН-
КРЕАТИТОМ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИН-
ДРОМОМ
- Якубджанов Р.Р., Юлдашев А.Ю., Каримов М.Ю.** 132
СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИ-
РОВКИ ОСТЕОБЛАСТОВ

- Kayumov U.K., Khamidova G.M.** **133**
ASSESSMENT OF THE DEGREE OF DAMAGE OF THE HEART AND
VESSELS UNDER THE INFLUENCE OF RADIO FREQUENCY ELEC-
TROMAGNETIC RADIATION IN THE EXPERIMENT
- Mirdjuraev E.M., Akilov D.Kh.** **134**
EFFICIENCY OF SSRI_s IN TREATMENT OF BULIMIA NEUROSA
- Khamrabaeva F.I.** **135**
ASSESSMENT OF THE LIVER STATE IN PATIENTS WITH CHRONIC
PANCREATITIS ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME
- Khamrabaeva F.I.** **136**
CHARACTERISTICS OF LIPID AND CARBOHYDRATE SPECTRUM IN
THE PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED WITH
METABOLIC SYNDROME
- Khamrabaeva F.I.** **137**
FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PAN-
CREATITIS WITH STEATOSIS OF THE PANCREATIC GLAND