

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2016

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O‘ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2016. № 4

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

Редакционная коллегия:

Главный редактор А.Л. Аляви
Зам. глав. редактора А.Х. Абдуллаев
Зам. глав. редактора М.М. Каримов
Отв. секретарь З.Д. Расулова
М.Ю. Алиахунова
А.Г. Гадоев
Б.Т. Даминов
У.К. Каюмов
М.Ш. Каримов
У.К. Камилова
Р.Д. Курбанов
И.Р. Мавлянов
М.З. Ризамухамедова
Г.А. Садыкова
А.М. Убайдуллаев
Ф.И. Хамробаева

Редакционный совет:

Арипов Б.С. (Ташкент)
Арутюнов Г.П. (Москва)
Бахрамов С.М. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)
Губергриц Н.Б. (Донецк)
Джумагулова А.С. (Бишкек)
Закирходжаев Ш.Я. (Ташкент)
Зияев Ю.Н. (Ташкент)
Зуфаров М.М. (Ташкент)
Искандарова С.Д. (Ташкент)
Карпов Ю.А. (Москва)
Ливерко И.В. (Ташкент)
Мамасолиев Н.С. (Андижан)
Назаров О.А. (Ташкент)
Раимжанов А.Л. (Фергана)
Рахимов Ш.М. (Ташкент)
Рустамова М.Т. (Ташкент)
Собиров Д.М. (Ташкент)
Тулабаева Г.М. (Ташкент)
Фозилов А.В. (Ташкент)
Хужамбердиев М.А. (Андижан)
Шек А.Б. (Ташкент)
Якубов А.В. (Ташкент)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:
100084, Узбекистан, Ташкент. ул.Хуршида. 4. Научно-организационный отдел.
Тел.: (998-71) 234–30–77 Факс: (998-71) 235–30–63
E-mail: tervestuz@mail.ru

Подписано в печать 03.11.2016. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.
Усл. п.л. 16,0. Тираж 350. Заказ № 654.

Дизайн и печать ООО «Niso poligraf». Ташкентский вилоят, Урта Чирчикский туман,
ССГ «Ок-Ота», махалля Машъал, улица Марказий, дом 1.

ТЕЗИСЫ

Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы заболеваний внутренних органов» 25–26 ноября 2016 г., г. Ташкент

КАРДИОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СТАТИНОВ НА СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А., Турдикулова Ш.У.</i>	11
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Авезов Д.К., Нурутдинов Н.А.</i>	12
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Алимханов О.О., Кадырова Г.Г., Маманазарова Д.К.</i>	12
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Алимханов О.О., Кадырова Г.Г., Умарова З.Ф., Артикова С.Г.</i>	13
ВЛИЯНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Ганиев У.Ш.</i>	14
ВЛИЯНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Сайфиев Н.Я., Азизов Ш.И., Раджабова Д.И.</i>	14
ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА L-АРГИНИН НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Аляви А.Л., Шодикулова Г.З.</i>	15
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST <i>Аляви А.Л., Алимов Д.А., Турсунов Х.М., Мухамедова Б.Ф.</i>	16
ПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА <i>Аляви Б.А., Сайфиев Н.Я., Кенжаев С.Р., Раджабова Д.И., Азизов Ш.И., Исхаков Ш.А.</i>	16
ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА И ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Андреева А.А., Плужникова О.В.</i>	17
ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ <i>Баситханова Д.Э., Кадырова Г.Г., Артикова С.Г.</i>	18
ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Борисова Е.М., Алимов Д.А., Турсунов Х.М., Мухамедова Б.Ф.</i>	18
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Борисова Е.М., Мухамедова Б.Ф., Алимов Д.А., Турсунов Х.М.</i>	19
СОСТОЯНИЕ ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НОРМОБИОЦЕНОЗОМ И ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА <i>Бусыгина О.С.</i>	20
ВЫРАЖЕННОСТЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С АНЕМИЕЙ <i>Гадаев А.Г., Туракулов Р.И., Курбанов А.К., Ашрабходжаева К.К.</i>	20
КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНО–ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Джалилова С.Х., Садикова С.И.</i>	21
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ <i>Зияев Ю.Н., Сайманов М.С., Мадреймов А.К.</i>	22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i>	22
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Исломов И.И., Туракулов Р.И.</i>	23
ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЛОКАТОРА ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РНЦЕПТОРОВ IIB/IIIA ТРОМБОЦИТОВ ТИРОФИБАНА В ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST <i>Кадырова Ш.А.</i>	24
БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ САЛБИЙ КЕЧИШИДА ПРОГНОСТИК ОМИЛЛАР <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Бобоев К.Т.</i>	24
ГУМОРАЛЬНЫЙ ФАКТОР ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У.К., Шаолимова З.М.</i>	25
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЛОЗАРТАННИНГ ЖИСМОНИЙ ЗЎРИҚИШГА ТОЛЕРАНТЛИК ВА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</i>	26
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ МАШҒУЛОТЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ <i>Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Расулова З.Д., Джураева В.Х.</i>	27
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА НА ТКАНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Каюмов У.К., Хамидова Г.М., Хатамова Д.Т., Ибадова М.У.</i>	28
ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА <i>Каюмов У.К., Хамидова Г.М., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У.</i>	28
ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТА РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАКТЕ МИОКАРДА П СТ <i>Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Борисова Е.М., Кенжаев С.Р.</i>	29
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Дадамянц Н.Г., Рахимова Р.А., Ганиев У.Ш.</i>	30
ВЛИЯНИЕ РЕПЕРФУЗИИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Кенжаев С.Р., Ахмедов Л.А.</i>	31
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ <i>Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Дадамянц Н.Г., Рахимова Р.А., Ганиев У.Ш.</i>	31
ҚАРИЯЛАРДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Қодирова Ш.А., Тўраев О.А., Арипова Н.А.</i>	32
ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА <i>Кочуева М.Н., Псарёва В.Г., Кочуев Г.И., Забияка И.Н.</i>	33
МЕХАНИЗМЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Кочуева М.Н., Кириченко Н.Н., Шалимова А.С., Кочуев Г.И., Сокол Т.В.</i>	33
ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ <i>Курбанова З.П., Ибадова О.А.</i>	34
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА МИОКАРДДА РИВОЖЛАНГАН ИНТЕРСТИЦИАЛ ФИБРОЗ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ <i>Курбанов А.К., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.</i>	35
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК ФЕНОТИПЛАРИДА ЮРАК РИТМ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Курбанов А.К., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.</i>	35
ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕНОСИМОСТИ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНА СҮР3А5 <i>Махмудова У.Р., Хошимов Ш.У., Шек А.Б., Зубайдуллаева М.Т.</i>	36
ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ <i>Мацкевич С.А., Атрощенко Е.С., Барбук О.А., Бельская М.И.</i>	37
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Мацкевич С.А., Барбук О.А., Бельская М.И.</i>	37

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Турсунов Х.М.	38
БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН КЕЧГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРНИНГ ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛ БИЛАН ДАВОЛАШ ФОНИДА ҲАЁТ СИФАТИ ВА КЛИНИК ҲОЛАТИ	
Расулова З.Д., Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Иргашева С.С.	39
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ	
Расулова З.Д., Камилова У.К., Ибабекова Ш.Р., Джураева В.Х.	40
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛНИНГ НЕЙРОГУМОРАЛ КЎРСАТКИЧЛАРГА ТАЪСИРИ	
Расулова З.Д., Камилова У.К., Иргашева С.С., Машарипова Д.Р.	40
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА АТОРВАСТАТИН ВА СИМВАСТАТИННИНГ ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ	
Расулова З.Д., Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Ибабекова Ш.Р.	41
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	
Рустамова М.Т., Салимова Н.Д., Тагаева М.Х.	42
ВЫЯВЛЕНИЕ ОБРАТИМОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИШЕМИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДОБУТАМИНОВОЙ ПРОБОЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИЗИСА	
Сайфиев Н.Я., Аляви Б.А., Кенжаев С.Р., Тулаганова Д.К., Раджабова Д.И.	43
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Салихова М.Ф., Гадаев А.Г., Рахимова М.Э.	43
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	
Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Ильина Т.В.	44
ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Таирова З.К.	45
ВЛИЯНИЕ ТИВОРТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Туляганова Д.К., Аляви А.Л., Шодиев Ж.Д., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б.	46
ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ NPPA, NPPB, NPP3 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЁМА L- АРГИНИНА	
Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Сайфиев Н.Я., Тошев Б.Б., Шодиев Ж.Д.	46
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ЮРАК РИТМ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ	
Туракулов Р.И., Гадаев А.Г., Курбанов А.К., Разиқов А.А.	47
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Хафизова Л.Ш., Хамидуллаева Г.А.	48
ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ	
Холмухамедов Б.Т., Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А.	48
ИЗУЧЕНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ФАКТОРА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Шаолимова З.М., Камилова У.К., Нурутдинова Н.Б.	49
СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	
Шеранов А.М., Жураев С.О.	50
ВЫРАЖЕННОСТЬ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
Элмуратов Ф.Х., Ибрагимов У.Д., Гадаев А.Г., Рахимова М.Э.	50
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАНДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ КУЗАТИЛИШИ	
Элмуратов Ф.Х., Гадаев А.Г., Рахимова М.Э., Ибрагимов У.Д.	51
ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	
Ярмухамедова Д.З., Камилова У.К.	51
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	
Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф., Гимадуддинова А.Р.	52
ОЦЕНКА СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	
Ярмухамедова Д.З., Камилова У.К., Юсупов О.Ф.	53

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И МЕТОДЫ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф.	54
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	
ОСОБЕННОСТИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ Д Алиев Б.Р., Хикматуллаева А.С.	55
СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ Алиев Б.Р., Сайдалиева М., Хидирова М.Б.	55
ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Бобро Л.Н.	56
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Дусанова Н.М., Исламова Ш.З., Дустмухамедова Э.Х., Исмаилова Ж.А., Файзуллаева А.Н.	57
ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДОВ И ГЛИКОГЕНА В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ Ирназаров А.Х.	57
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА Исмаилова Ж.А., Каримов М.М.	58
СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ Исмаилова Ж.А., Каримов М.М., Саатов З.З.	58
ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Кадырова Г.Г.	59
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ НЕИНВАЗИВНОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИИ Каримов М.М., Саатов З.З., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.	60
ПРИМЕНЕНИЕ GSRs ОПРОСНИКА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Каримов М.М., Саатов З.З., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.	60
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В УЗБЕКИСТАНЕ Каримов М.М., Собирова Г.Н., Исламова Ш.З., Саатов З.З., Дусанова Н.М.	61
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ МОРФОЛОГИК МАНЗАРАСИНИНГ РЕФЛЮКСАТ МУҲИТИГА БОҒЛИҚЛИГИ Орзиев З.М., Юлдашева Д.Х., Аслонова И.Ж., Мирзаева Д.Б.	61
ЖИГАР ИЧРА ХОЛЕСТАЗИ ИКТЕРИК ТУРИ ДАРАЖАЛАРИ ТАФОВУТИДА УНИНГ КЛИНИК–БИОКИМЁВИЙ АЛОМАТЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ Орзиев З.М., Нуриллоева Ш.Н.	62
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Салимова Н.Д., Рустамова М.Т., Тагаева М.Х.	62
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ШТАММОВ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> Собирова Г.Н., Каримов М.М., Дустмухамедова Э.Х., Далимова Д.А., Орипова М.М.	63
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ФОСФОЛИПИДОВ В ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Собирова Г.Н., Хамдамова Ш.Ж., Турсунбаев А.К., Эгамбердиева Д.А.	63
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Собирова Г.Н., Каримов М.М., Исмаилова Ж.А., Саатов З.З.	64
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Тагаева М.Х., Донаева Г.Х., Салимова Н.Д.	65
ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Хамдамова Ш.Ж., Собирова Г.Н., Турсунбаев А.К., Эгамбердиева Д.А.	65
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Хамдамова Ш.Ж., Собирова Г.Н., Турсунбаев А.К., Эгамбердиева Д.А.	66
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Хамрабаева Ф.И.	66

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ <i>Хамрабаева Ф.И.</i>	67
ОСОБЕННОСТИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА <i>Хамрабаева Ф.И.</i>	67
ПРЕИМУЩЕСТВО ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Эргашева М.Я.</i>	68

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Абдуллаева В.А., Ахатов И.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Ахмедов Ш.М., Бахтина Т.</i>	69
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИРБЕСАНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Акбарова Д.С.</i>	69
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Ахатов И.М., Гафнер Н.В., Ливерко И.В., Ахмедов Ш.М., Абдуллаева В.А.</i>	70
ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Ахмедов Ш.М., Гафнер Н.В., Ливерко И.В., Ахатов И.М., Абдуллаева В.А., Бахтина Т.</i>	71
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>Базарова С.А., Джамбекова Г.С.</i>	71
СВЯЗЬ GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Бондаркова А.Н., Приступа Л.Н.</i>	72
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛЬСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.</i>	72
ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ ЭНТЕРОБАКТЕРОВ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ И ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ <i>Гафнер Н.В., Ливерко И.В., Сайфутдинов З., Махмудов Д.</i>	73
НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>Джамбекова Г.С., Базарова С.А.</i>	74
ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Колесникова Е.Н.</i>	74
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ <i>Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Мусабаев Э.И.</i>	75
ФОРМИРОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ <i>Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Мусабаев Э.И.</i>	75
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ С АМИКАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ <i>Мирзаева Д.Б., Аслонова И.Ж., Юлдашева Д.Х.</i>	76
НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ЦИТОЗАЩИТЫ В ТКАНИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ <i>Мусаева Л.Ж.</i>	77
СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ИНСПИРОННИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Нарзиев Ш.С., Хазратов У.Х., Садирова Д.К.</i>	77
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х.</i>	78
МАТЕМАТИК МОДЕЛЛАШ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИБ, СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК АСОРАТИ АВЖЛАНИШИННГ ПРОФИЛАКТИКАСИ КРИТЕРИЙЛАРНИ АНИҚЛАШ <i>Рахимова Д.А., Джамбекова Г.С., Тулабоева Г.М., Назирова М.Х., Гафнер И.В.</i>	78
СОСТОЯНИЕ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.</i>	79
СУРУНКАЛИ ЎПКА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИНИ ПРОГНОЗЛОВЧИ ЯНГИ КРИТЕРИЙЛАРНИ ИШЛАБ ЧИКИШДА МАТЕМАТИК МОДЕЛЛАШ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИШ <i>Рахимова Д.А., Джамбекова Г.С., Тулабоева Г.М., Назирова М.Х.</i>	80

СОСТОЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ <i>Рогожин А.В.</i>	80
АКТИВНОСТЬ ЛИПОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ МЕМБРАН ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ <i>Садыкова Г.А., Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У., Таджиходжаева Ю.Х.</i>	81
ВЛИЯНИЕ ОЗОНТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ <i>Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Касимова Г.М., Таджиходжаева Ю.Х.</i>	82
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БАКТЕРИЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ <i>Садыкова Г.А., Садыков Р.Р.</i>	82
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Таджиходжаева Ю.Х., Алимова Э.Р.</i>	83
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ <i>Убайдуллаев А.М., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Сабирджанова З.Т.</i>	84
СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ <i>Убайдуллаев А.М., Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Садыкова Г.А.</i>	84
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ <i>Хатамов Х.М., Мирахмедова Г.Т., Нурмаматова К.Ч.</i>	85
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ АСТМА-ШКОЛЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф.</i>	86

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНОВ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА HLA B27 ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ <i>Алиахунова М.Ю., Исламова Д.Н., Хакимова Р.А., Хан Т.А., Исроилов А.А.</i>	87
ПОКАЗАТЕЛИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ <i>Алиахунова М.Ю., Камалова Н.А.</i>	88
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ <i>Валиходжаева Э.Б., Низамова С.Г., Эгамбердиева Д.А.</i>	88
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, НАЧАВШЕГОСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Джураева Э.Р., Бердиева Д.У., Ганиева Н.А.</i>	89
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Икрамова Ф.А., Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.</i>	90
ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ <i>Исакова Э.И., Мирахмедова Х.Т., Мадиева И.О.</i>	90
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ <i>Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К., Игамбердиева Р.Ш., Газиева Х.Ш.</i>	91
ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К., Турсунбаев Р.С., Зиёмухамедова М.Х.</i>	92
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Киреев В.В.</i>	93
КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА <i>Курбанова Ш.Р., Мухаммадиева С.М., Турдиева Ш.</i>	93
АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Игамбердиева Р.Ш., Турсунбаев Р.С.</i>	94
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛЕФНО У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Матчанов С.Х.</i>	95
МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА <i>Мирахмедова Х.Т., Рахматов А.Б., Исакова Э.И.</i>	95
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ <i>Мухаммадиева С.М., Турдиева Ш.А.</i>	96

ОЦЕНКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Раимкулова Н.Р.</i>	97
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ <i>Ризамухамедова М.З., Набиева Д.А.</i>	97
АРТРИТ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ <i>Рустамова М.Т., Самадова Д.У., Мирахмедова Х.Т.</i>	98
ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>М.А. Сабиров</i>	99
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА <i>Скосырева О.В., Бабажанова Н.Р.</i>	100
ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ <i>Султанова М.Х., Хон А.Г.</i>	100
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЛАКТАЗЫ <i>Терешкин К.И.</i>	101
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ <i>Хакимова Р.А., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Исламова Д.Н.</i>	102
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ <i>Хакимова Р.А., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Исламова Д.Н.</i>	103
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ <i>Хан Т.А., Алиахунова М.Ю., Хакимова Р.А., Исламова Д.Н.</i>	103
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ПО ИНДЕКСАМ АКТИВНОСТИ BASDAI И ASDAS <i>Хан Т.А., Алиахунова М.Ю., Хакимова Р.А., Исламова Д.Н.</i>	104
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Эргашова М.М.</i>	105

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ХОБЛ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Коломиец В.М.</i>	106
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Каримжонова Г.А., Садирова К.И.</i>	106
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У СТУДЕНТОВ <i>Рубан Л.А., Пешкова О.В.</i>	107
ВЛИЯНИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ ФОСФОЛИПАЗЫ A_2 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>Утемуратов Б.Б., Касимова Г.М., Шарипова Р.М., Усанова С.Т.</i>	108
ВЛИЯНИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АРТРИТЕ <i>Утемуратов Б.Б., Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У., Шарипова Р.М., Усанова С.Т.</i>	109
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Хазратов У.Х., Нарзиев Ш.С.</i>	109
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>Шарипова Р.М., Касимова Г.М., Абдуллаев А.Х., Утемуратов Б.Б.</i>	110

РАЗНОЕ

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН.....	111
<i>Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Аляви Б.А., Турсунбаев А.К., Шосаидов Ш.Ш., Лысенко Т.Е.</i>	111
+405C>G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VEGF-A У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	112
<i>Акбаров З.С., Рахимова Г.Н., Тахирова Ф.А., Акрамова Г.Г., Каюмова Д.Т., Алимова Н.У., Садыкова А.С.</i>	112
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С И БЕЗ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА <i>Акрамходжаева Д.Ш., Камалов З.С.</i>	112

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ТРАНСРАДИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Аляви Б.А., Сайфиев Н.Я., Тулаганова Д.К., Раджабова Д.И., Исхаков Ш.А.</i>	113
МАРКЕРНЫЙ ПРОФИЛЬ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В, С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ <i>Ахмедова А.Х., Иноятова Ф.И.</i>	114
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Бахритдинов Ш.С., Закирходжаев Ш.Я., Камилова А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО МИКСТ ГЕПАТИТА В+С У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Валиева Н.К., Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З.</i>	115
АҲОЛИ ВА БЕМОРЛАР СУТКАЛИК РАЦИОНИДА ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ҲАҚИҚИЙ МИҚДОРИГА ГИГИЕНИК БАҲО БЕРИШ <i>Закирходжаев Ш.Я., Бахритдинов Ш.С., Парлибоева Д.А., Сатторов А.</i>	116
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: ЗНАЧИМОСТЬ ЭТИОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.</i>	116
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ <i>Иноятова Ф.И., Юсупалиева Г.А.</i>	117
ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ФЕНОТИПА ГАПТОГЛОБИНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В СЕМЕЙНЫХ СЛУЧАЯХ <i>Иноятова Ф.И., Абдуллаева Ф.Г.</i>	118
ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ <i>Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А.</i>	119
РЕФРАКТЕРНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В <i>Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М.</i>	120
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА rs1799929 ГЕНА NAT2 В ПАТОГЕНЕЗЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Каримов Х.Я., Икрамов О.А., Абдурахманова Н.Н., Бобоев К.Т.</i>	120
ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ФОСФОЛИПАЗ И СИСТЕМНОГО МАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>Касимова Г.М., Абдуллаев А.Х., Утемуратов Б.Б., Шарипова Р.М.</i>	121
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕЛИОТРИНОВОМ ГЕПАТИТЕ <i>Касимова Г.М., Утемуратов Б.Б., Мухтаров А.А., Каримова Г.М., Юсупова У.Р.</i>	122
КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Махкамова О.Д., Усманова Г.М., Юсупалиева Г.А., Давидходжаева А.А., Абзалова Ш.Р.</i>	123
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОСТЕОПЕНИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Пасиешвили Л.М.</i>	123
ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Раимкулова Н.Р.</i>	124
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ <i>Сабитова В.И., Иноятова Ф.И.</i>	124
ВОЗДЕЙСТВИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>Усанова С.Т., Касимова Г.М., Утемуратов Б.Б., Шарипова Р.М.</i>	125
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ <i>Усманова Г.М., Юсупалиева Г.А., Вахидова Н.Т., Махкамова О.Д., Алимханова Х.К.</i>	126
ВЛИЯНИЕ ТАУРИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА <i>Эшонов Ш.Н., Скосырева О.В.</i>	127
РЕЗУЛЬТАТЫ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ <i>Юсупалиева Г.А., Иноятова Ф.И.</i>	127
ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Юсупалиева Г.А., Усманова Р.М., Вахидова Н.Т., Абзалова Ш.Р., Алимханова Х.К.</i>	128

Кардиология

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СТАТИНОВ НА СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., ИСХАКОВ Ш.А., ТУРСУНОВ Р.Р., УБАЙДУЛЛАЕВА З.З.,
ШАРИПОВА А.А., ТУРДИКУЛОВА Ш.У.

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

Цель исследования. Изучить влияние статинов на показатели функционального состояния печени, липидный спектр, факторы воспаления и полиморфизм генов HMGCR и ApoE у больных коронарной болезнью сердца (КБС) узбекской популяции.

Материал и методы. Наблюдали больных КБС, стенокардией напряжения II–III ФК узбекской популяции, которые на фоне базисного лечения получали аторвастатин (20–40 мг) (I-я группа) или розувастатин (10–20 мг) (II-я группа). В крови больных до и через 3 месяца с начала лечения определяли активность ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), содержание билирубина, С-реактивного белка (СРБ), общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС-ЛП высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ); изучали полиморфизм генов HMGCR и ApoE (методом полимеразно-цепной реакции). Проводили ультразвуковое (УЗИ) исследование печени, электрокардиографию (ЭКГ), доплерографию брахиоцефального ствола, при необходимости – ЭКГ с нагрузкой.

Результаты исследования. С точки зрения патогенетического лечения атеросклероза и сопряженной с ним КБС, особая роль отводится коррекции дислипидемии, заключающаяся в снижении ОХС, ХС-ЛПНП) и повышении уровня ХС-ЛПВП. У части больных изменения в печени, напоминали таковые при неалкогольной жировой болезни печени. До лечения установлено повышение уровня СРБ и снижение уровня ХС-ЛПВП. Более высокие показатели ОХС, ТГ, ХС-ЛПНП обнаружены у пациентов со стенокардией III ФК и, соответственно, более низкое содержание ХС-ЛПВП. У больных с сочетанными поражениями венечных и сонных артерий выявлены более вы-

сокие показатели ОХС и ХС-ЛПНП и более низкий уровень ХС-ЛПВП. У части больных изменения в печени, напоминали таковые при неалкогольной жировой болезни печени. Розувастатин оказал более выраженный эффект на содержание ОХС и ХС-ЛПНП. На содержание СРБ влияние статинов было приблизительно одинаковым. Состояние больных значительно улучшилось: уменьшилась частота приступов стенокардии и количество потребляемых антиангинальных препаратов, повысилось качество жизни больных. Многофакторный анализ генов снижения размерности не обнаружил каких-либо межгенных взаимодействий среди пяти локусов. Три локуса (rs5063, rs632793 и rs198388) сформировали лучшую модель с максимальной точностью тестирования (39,89%) и последовательности перекрестной проверки (10/10). Исследования продолжаются, ведется наблюдение за пациентами. Статины являются важным и обязательным компонентом лечения больных ИБС, у большинства из которых наблюдаются атерогенная дислипидемия и изменения в печени. Статины оказали благоприятное влияние на течение КБС, а их назначение с учетом фармакогенетики в зависимости от полиморфизма генов HMGCR и ApoE повысило эффективность лечения и позволило сократить частоту побочных реакций и нежелательные изменения в печени, что подтвердили показатели АЛТ, АСТ и билирубина.

Вывод. Учитывая сложность, затратность, побочные эффекты, следовательно, необходимость мониторингования с учетом полиморфизма генов, проблема оптимальных доз статинов, необходимых для адекватного лечения КБС может быть решена назначением розувастатина, обладающего более сильным и быстрым липидоснижающим эффектом.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АВЕЗОВ Д.К., НУРИТДИНОВ Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследованы 78 больных перенесших инфаркт миокарда, осложненный ХСН. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от сократительной способности миокарда: 1 группу составили 41 больной с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) $\geq 50\%$) и 37 больных со сниженной ФВ ($< 50\%$). Выделяли следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ – нарушения релаксации, псевдонормализация, рестриктивный тип.

Полученные результаты. Анализ показателей диастолической функции показал незначимое снижение показателя максимальной скорости раннего наполнения левого желудочка (Е) по сравнению с контролем ($P < 0,05$), увеличение максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А) ($P < 0,05$), уменьшение соотношения Е/А ($P < 0,01$). Оценка показателей диастолической функции показала, что у больных ХСН могут наблюдаться

нормальные значения. Е/А при увеличенных значениях времени изоволюмического расслабления (IVRT) и времени замедления раннего диастолического наполнения (DT) левого желудочка, что должно учитываться при диагностике. У обследованных больных ХСН выявлялись следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ: у 36 (46,2%) больных – нарушения релаксации, у 19 (24,3%) – псевдонормализация и у 14 (18%) – рестриктивный тип. Нормальные показатели диастолической функции определены у 9 (11,5%) больных. Анализ распространенности различных типов диастолической дисфункции левого желудочка показал, что тяжелые нарушения диастолической функции левого желудочка – псевдонормальный и рестриктивный тип достоверно чаще встречались в группе пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка. Показатель ФВ также был достоверно ниже в группе больных с рестриктивным типом нарушения.

Выводы. У больных ХСН изучение диастолической функции ЛЖ имеет важное прогностическое значение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

АЛИМХАНОВ О.О., КАДЫРОВА Г.Г., МАМАНАЗАРОВА Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между показателями состояния сонных артерий с показателями внутрисердечной гемодинамики больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. Обследовали 60 больных с артериальной гипертензией II-III степени, в возрасте 40–60 лет. Первую группу больных составили 30 больных с АГ II-III степени, II группу составили 30 больных с АГ II-III степени и с сахарным диабетом 2 типа, средний возраст в группе больных с АГ и в группе АГ с СД составил $49,9 \pm 5,35$ и $52,47 \pm 6,03$ года, соответственно. Всем исследуемым больным проведены общеклинические, лабораторные, инструментальные методы исследования, которые включали проведение ультразвукового исследования сонных артерий, транскраниальной доплерографии и ЭхоКГ.

Результаты исследований. У пациентов 2-й группы исследования методом ЭхоКГ было выявлено увеличение толщины ТМЖП на 9,1% и ТЗСЛЖ на 10,5% ($p < 0,05$), увеличение показателя КСО на 13,6% ($p > 0,05$) и достоверное увеличение КДО на 17,1% ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами 1-й группы исследования. Значения УО в обеих группах исследования носили не достоверный характер ($p > 0,05$) и составили $76,6 \pm 2,9$ мл и $69,6 \pm 3,5\%$ в 1-й и во 2-й группе исследования, соответственно. Отмечалась достоверная разница ФВ у больных 2-й группы, которая была ниже на 11,4% ($p < 0,05$) по сравнению с 1-й группой. Результаты проведенного корреляционного анализа между параметрами ТИМ ОСА и данными ЭХОКГ показали, что существует четкая зависимость толщины ТИМ от выраженности структурно геометрических изменений ЛЖ у больных с АГ. В

частности, толщина ТИМ ОСА коррелировала с ММЛЖ ($r=0,34$; $p=0,05$) и ИММЛЖ ($r=0,31$; $p=0,05$) в первой группе исследования. У больных АГ выявлена прямая умеренная корреляционная связь толщины ТИМ от степени конечно-систолического размера ($r=0,29$), конечно диастолического объема ($r=0,31$) ($p<0,05$). Толщина ТИМ ОСА обратно коррелировала со степенью ФВ ($r=-0,31$; $p=0,05$). Корреляционный анализ между параметрами сердечного и сосудистого ремоделирования у больных с АГ и СД показал, что уровень ТИМ коррелировал с КСО ($r=0,34$; $p<0,05$), КДО ЛЖ ($r=0,32$; $p<0,05$). Отмечалась существенная связь между КДР ($r=0,31$; $p<0,05$), КСР ($r=0,30$; $p<0,05$), ТМЖП ($r=0,32$; $p<0,05$) и ТИМ ОСА во 2-й группе больных. Наблюдалась отрицательная взаимосвязь между

ФВ и ТИМ ОСА ($r=-0,33$; $p<0,02$). Отмечалась выраженная достоверная корреляция между толщиной ТИМ ОСА с ММЛЖ ($r=0,37$; $p=0,01$) и ИММЛЖ ($r=0,42$; $p=0,01$) в группе АГ+СД.

Выводы. Обнаруженное сочетание ремоделирования ЛЖ и ремоделирования сонных артерий пациентов с АГ позволяет использовать их в качестве маркера для выявления раннего атеросклеротического процесса в сосудистой стенке мозговых артерий. Структурные изменения, выявленные при ультразвуковом исследовании сонных артерий и ЭХОКГ больных с АГ, наиболее достоверно взаимосвязаны с ММЛЖ и ИММЛЖ, ФВ, что можно рассматривать в качестве верификационных предикторов нарушения мозгового кровообращения.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

АЛИМХАНОВ О.О., КАДЫРОВА Г.Г., УМАРОВА З.Ф., АРТИКОВА С.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния сонных артерий и мозгового кровотока у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. В исследование включены больные с АГ—I группа из 30 больных, II группа—30 больных АГ с сахарным диабетом II типа, III группа—контрольная. Всем исследуемым проведены общеклинические и лабораторные

Методы исследования. В ходе проведения научной работы из инструментальных исследований проводился доплер сосудов, сонной артерии, транскраниальная доплерография, ЭхоКГ.

Результаты исследований. Анализ структурных параметров сонных артерий у пациентов с АГ выявил достоверное увеличение толщины комплекса интимы-медиа (ТИМ) ОСА у больных с АГ (I группа) на 45,5% справа и на 35,3% слева в отличие от данных контрольной группы ($p<0,05$). В группе больных АГ с СД II типа также отмечаются достоверно значимые изменения ТИМ ОСА по сравнению с данными здоровых лиц ($p<0,01$). В частности, подтверждением значимых атеросклеротических изменений ОСА служило и достоверное увеличение ТИМ у больных СД II типа с АГ— $1,16\pm 0,07$ мм, по сравнению с больными, имеющими только АГ $0,96\pm 0,08$ мм ($p<0,01$). Было установлено статистически значимое увеличение диаметра сонных артерий у больных с АГ слева на 19,7% ($p<0,01$), а также у больных с АГ в сочетании СД II типа на 19,2% ($p<0,05$) справа ($p<0,05$) и слева на 21,8% ($p>0,01$). Скорость кровотока в

систоле (VS) достоверно была выше на 30,3% в группе больных с АГ и СД II типа по отношению к данным контрольной группы. Были установлены достоверно высокие цифры скорости диастолического кровотока на 16,7% у больных 2 группы в отличие от данных контрольной группы ($p<0,05$). Выявлено снижение индекса циркуляторного сопротивления (RI) на 31,2% во 2 группе исследования ($p<0,01$). Индекс пульсации (PI) во 2 группе был также статистически значимо изменен на 33,3% по отношению к контрольной группы. Индекс цереброваскулярной реактивности (ICVR), был статистически значимо снижен на 34,8% у больных АГ по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$). Характеристика показателей функционального состояния кровотока сонных артерий у больных АГ и СД II типа выявил достоверное возрастание скорости систолического кровотока на 16,3% в отличие от пациентов с АГ без осложнений ($p<0,05$). У больных 1 группы также были выявлены достоверно низкие показатели индекса сопротивления—RI и индекса цереброваскулярной реактивности (ICVR) на 20,8 и 20,5%, соответственно ($p<0,05$).

Выводы. У пациентов АГ с наличием СД II типа выявляется более выраженное повышение скорости кровотока в диастолу и снижение индекса пульсации и индекса цереброваскулярной реактивности, что свидетельствует о нарушениях тонуса и реактивности сосудов мозга, и должно трактоваться как снижение адаптационно-компенсаторных возможностей мозговых артерий.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ С.Р., ГАНИЕВ У.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния раннего назначения аторвастатина в острый период острого инфаркта миокарда на динамику маркеров системного воспаления и липидного спектра.

Материал и методы. В исследование включены 164 больных с ОИМ пST в возрасте 37–76 лет (в среднем $(55,8 \pm 0,6)$ года), подвергшихся реваскуляризации миокарда. В 1-ю группу вошли 82 пациента, получавших базисную терапию (аторвастатин 20 мг), во 2-ю—82 пациента, принимавших нагрузочную дозу аторвастатина (в дозе 80 мг в сутки), назначенного в первые 24 ч от развития заболевания, независимо от липидного спектра крови.

Результаты исследования. Показатели липидного спектра крови у больных исследуемых групп исходно не отличались. Однако уже на 10-е сутки наблюдения лечение с высокими дозами аторвастатина привело к достоверному снижению уровня общего ХС (с $5,83 \pm 0,17$ до $4,63 \pm 0,13$ ммоль/л, $p < 0,001$) и ХС ЛПНП (с $3,56 \pm 0,17$ до $2,37 \pm 0,15$ ммоль/л, $p < 0,01$), в то время как при лечении с 20 мг аторвастатина показатели липидного спектра крови достоверно не отличались от исходных, хотя имелась тенденция к снижению. В 1-й группе в течение 10 сут лечения уровень общего ХС снизился лишь на 4,9 %, тогда как во 2-й—на 20,6 %, ($P < 0,001$), ХС ЛПНП—соответственно на 13,5 и 31,7 % ($P < 0,01$). Величина пиков активности МБ-КФК в обеих группах составила, соответственно 1802 ± 44 и 1424 ± 36 у.е., что свидетельствует о выраженности повреждения миокарда в 1 группе. Во 2 группе раннее назначение аторвастатина в дозе 80 мг/сут более значительно защищало от дополнительного реперфузионного повреждения миокарда при проведении реваскуляризации миокарда у больных ОИМ пST. На 10-е сутки терапии у больных обеих групп отмечали достоверное увеличение СОЭ (в 1-й груп-

пе в 2,1 раза, во 2-й—в 1,6 раза) и снижение СРБ (соответственно в 3 и 2,65 раза) по сравнению с таковым в 1-е сутки. Динамика этих показателей отражает закономерные процессы течения ОИМ. Более достоверная динамика этих показателей наблюдалась во втором группе, где больные принимали аторвастатин в дозе 80 мг. Вместе с тем, во 2-й группе выявлено достоверное снижение уровня лейкоцитов периферической крови на 10-е сутки ОИМ, в отличие от 1-й группы ($P < 0,05$ при сравнении между группами). Известно, что при ОИМ провоспалительные цитокины инициируют и поддерживают процессы воспаления, в частности, стимулирует миграцию лейкоцитов в зону поражения. В свою очередь активированные лейкоциты инфильтрируют миокард, высвобождая протеазы, свободные радикалы и провоспалительные цитокины. Уровень лейкоцитов (особенно нейтрофилов) в периферической крови отражает выраженность стресса и провоспалительной реакции. Лейкоцитоз при ОИМ усугубляет повреждение миокарда и способствует развитию ОНЛЖ, внутригоспитальной и годичной летальности. Лейкоцитоз усиливает процессы патологического постинфарктного ремоделирования ЛЖ, вызывает дисфункцию ЛЖ, развитие сердечной недостаточности (СН) и является независимым фактором неблагоприятного прогноза после ОИМ. Нами было обнаружено влияние аторвастатина 80 мг на динамику уровня СРБ на 10-е сутки лечения.

Таким образом, при назначении аторвастатина в дозе 80 мг/сут в первые часы от развития острого инфаркта миокарда отмечается выраженный гиполипидемический эффект и способствует снижению количества лейкоцитов периферической крови и уменьшению выраженности повышения СОЭ, СРБ, КФК МВ, тем самым уменьшает выраженность реперфузионного повреждения миокарда.

ВЛИЯНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ С.Р., САЙФИЕВ Н.Я., АЗИЗОВ Ш.И., РАДЖАБОВА Д.И.

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

Цель исследования. Определение особенностей клинического течения и эхокардиографических показателей ремоделирования, оглушенного миокарда и динамики восстановления функции левого желудочка после адекватной реперфузионной терапии у больных с острым трансмуральным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. В исследование были включены 120 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в возрасте от 35 до 67 лет. Средний возраст обследуемых составил $44,2 \pm 1,3$ года. Пациенты поступили в стационар в первые 2 часа после развития заболевания. Всем пациентам проводилось стандартное лечение (ан-

тикоагулянты, антиагреганты, статины, бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ). Тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась в 44%, а чрескоронарное вмешательство (ЧКВ)—у 56% больных. Экстренная реперфузионная терапия проводилась 120 пациентам, с 80% (96 больных) эффективностью. Все 120 пациентов прошли эхокардиографию (сразу после реперфузии и на 12-й день болезни) и стресс-эхокардиографию малыми дозами добутина на 4–6-й день после стабилизации больного.

Результаты исследования. Анализ результатов клинических исследований пациентов показал, что реперфузионная терапия оказывает положительное влияние на клиническое течение ОИМ. Положительную тенденцию показывали частота реваскуляризационных аритмий сердца, а также морфологическое и функциональное состояние левого желудочка, а также недостаточность III и IV класса по Killip имела место в основном среди пациентов после неудачной реперфузии (10 и 18% против 6 и 8%). Такие осложнения, как

угрожающие жизни аритмии и нарушения проводимости чаще обнаруживаются у пациентов с неуспешной реперфузией. При двумерной ЭхоКГ, КДО ЛЖ в 1 и 2-группе были $163,3 \pm 1,3$ и $164,8 \pm 1,1$ мл ($p > 0,05$). Индекс глобальной систолической функции, фракция выброса левого желудочка была снижена в обеих группах до $46,5 \pm 0,5$ и $47,3 \pm 0,3\%$. На 4–6-е дни болезни эхокардиографические показатели центральной гемодинамики и региональной систолической функции не отличались. Проведение стресс-эхокардиографии с малыми дозами добутина показали, что дисфункция миокарда левого желудочка в 8% сегментов была необратимой (некроз), а в 32%—обратима (оглушенный миокард) у пациентов, подвергшихся успешной реваскуляризации.

Вывод. Реперфузионная терапия привела к снижению частоты признаков сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма у больных с острым трансмуральным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА L-АРГИНИН НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

АЛЯВИ А.Л., ШОДИКУЛОВА Г.З.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучение действия препарата L-аргинина на функцию эндотелия в зависимости от степени регургитации у лиц с первичным пролапсом митрального клапана при НДСТ.

Материал и методы. В популяционное обследование включено 108 лиц, в том числе 47 (43,5%) мужчин и 61 (56,5%) женщина в возрасте от 15 до 25 ($19,9 \pm 1,42$) лет с этиологическими признаками врожденного пролапса митрального клапана. Условно их разделили на две группы и подгруппы: 1 группа 51 пациент (подгруппа А с I степенью регургитации и Б II степенью), которым назначен с профилактической целью препарат Тивортин. 2 группу составили 57 лиц (подгруппа А и Б), за которыми велось наблюдение без приема выше указанного препарата.

Результаты исследования. У лиц 2 гр. с регургитацией I и II ст. (в подгруппах А и Б) с ПМК в сыворотке крови после 6 месяцев наблюдения не отмечено существенных отличий показателей функции эндотелия по сравнению с исходными данными. В 1 гр. у лиц с ПМК с регургитацией I и II ст. через 6 месяцев профилактического назначения препарата Тивортин отмечена отчетливая позитивная динамика показателей NO системы—повышение активности eNOS—в 1,18 и 1,29 раза ($P < 0,05$ и $P < 0,02$), снижение уровня NO в 1,17 и 1,18 ($P < 0,05$) раза, активность iNOS в 1,17 и 1,29 ($P < 0,05$ и $P < 0,02$) раза, а также отмечалось

снижение уровней ONO_2^- —в 1,23 и 1,34 ($P < 0,02$ и $P < 0,01$) раза, ЭТ—1—в 1,07 и 1,26 ($P < 0,05$ и $P < 0,02$) раза и VGEF— в 1,08 и 1,24 ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) раза, соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что 6 месячное назначение Тивортина оказывает свое влияние на показатели эндотелий зависимого ответа, через механизмы восстановления нарушенной активности eNOS и iNOS. Улучшение функциональной активности eNOS при назначении Тивортина у больных с ПМК I ст. регургитации привело к позитивным сдвигам показателей до уровня контроля, а также всех последующих параметров активности NO и системы ангиогенеза. Аналогичная тенденция выявлена и у больных с ПМК со II ст. регургитации. Выше изложенное позволяет предположить, что Тивортин влияет на один и тот же механизм, а именно восстановление активности eNOS. Это приводит к нормализации функции эндотелия путем увеличения доступности NO к гладкомышечным волокнам, оказывающий вазорелаксирующий эффект, снижающий вазоконстрикторное действие ЭТ—1.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что в механизмах прогрессирования НДСТ у больных с ПМК и регургитацией I и II ст. лежит ДЭ, нарушение процесса ангиогенеза. Тивортин в рекомендуемых дозах при 6 месячном курсовом назначении восстанавливает нарушенную активность NO—системы и процесса ангиогенеза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

АЛЯВИ А.Л., АЛИМОВ Д.А., ТУРСУНОВ Х.М., МУХАМЕДОВА Б.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования являлось изучение эффективности различных методов реваскуляризации у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС с pST) по данным коронароангиографии и в отношении «конечных» точек.

Материал и методы. Был обследован 71 больной, средний возраст составлял $54,4 \pm 7,2$ года, с диагнозом «ОКС с pST». Больные были разделены на группу первичного ЧКВ (первая группа, 25 больных) и группу тромболизиса (вторая группа 46 больных). В зависимости от времени проведения тромболизиса вторая группа разделена на 2 подгруппы: первую подгруппу составила 22 больных у которых время «симптом-игла» не превышало 2 часа, 3 группу составили 24 больных, у которых время «симптом-игла» составляло 4–6 часов. В качестве тромболитика использована стрептокиназа по стандартной схеме. Всем больным второй группы тоже выполнена ЧКВ на 2–3 сутки после тромболизиса. Критерием эффективности проводимой терапии считалось снижение сегмента ST более чем на 50% в отведении с максимальной элевацией в течение 2 часов с купированием болевого приступа. В исследование не включались больные с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все больные получали стандартную базисную терапию, которая включала в себя: β -адреноблокаторы; ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина-II; клопидогрель, аспирин, гепарин и статины; больные наблюдались в течение месяца.

Результаты исследования. В первой группе после проведенной КАГ с ТЛБАП восстановле-

на проходимость инфаркт-связанной коронарной артерии на уровне TIMIII. Из первой подгруппы второй группы у 20 больных при КАГ выявлена проходимость инфаркт- связанной КА на уровне TIMIII-III, у 2 больных отмечалась неэффективная тромболизисная терапия, у которых при ЧКВ выявлена окклюзия инфаркт-связанной КА. А у второй подгруппы у 12 больных при КАГ выявлена проходимость инфаркт связанной КА на уровне TIMII-II, у остальных 12 больных отмечалась неэффективная тромболизисная терапия, а при ЧКВ выявлена окклюзия инфаркт-связанной КА. При анализе больших сердечно сосудистых событий получены следующий результаты: сердечно сосудистая летальность в первой группе за время наблюдения не отмечалась, а в первой подгруппе наблюдался 1 случай (4,5%) и во второй подгруппе тромболизиса 2 случая смертельного исхода (8,3%). Случаи ранней постинфарктной стенокардии в первой группе не наблюдались, а во второй группе 1 (4,4%) и 3 (12,5%) случаев соответственно, подгруппах.

Выводы. Полученные данные подтверждают превосходство ЧКВ над тромболитической терапией при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST. А если больной поступил в лечебное учреждение, в котором отсутствуют условия для проведения ЧКВ и время симптом-игла будет составлять >2 ч (у больных ОКС с подъемом сегмента ST), необходимо немедленно начать проведение ФЛТ и лишь затем перевести его в лечебное учреждение, в котором есть условия для выполнения ЧКВ.

ПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА

АЛЯВИ Б.А., САЙФИЕВ Н.Я., КЕНЖАЕВ С.Р., РАДЖАБОВА Д.И., АЗИЗОВ Ш.И., ИСХАКОВ Ш.А.

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

Цель исследования. В данном проспективном рандомизированном контролируемом исследовании, мы изучали протекторные свойства посткондиционирования на миокард во время коронарной ангиопластики по поводу острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. 37 пациентов, представленные для коронарной ангиопластики при продолжающемся остром инфаркте миокарда, принимали участие в данном исследовании. Пациенты были случайным образом распределены либо в контрольную или в группу постконди-

онирования. После реперфузии путём прямого стентирования пациенты контрольной группы не подвергались больше никакому вмешательству; а в другой группе посткондиционирование проводили в течение первой минуты восстановления кровотока путем трехкратного 1 минутного раздувания и 1 минутного сдувания баллона. Размер зоны инфаркта оценивали путём измерения общего высвобождения креатинфосфокиназы в течение 72 часов. Зоны риска и коллатерального кровотока оценивались по коронарной ангиографии. В группе посткондиционирования никаких неблагоприятных событий не произошло. Детерминанты размера инфаркта, такие как время ишемии, размер зоны риска, а также кол-

латерального кровотока, были сопоставимы в двух группах.

Результаты исследования. Область кривой выброса креатинфосфокиназы была значительно меньше в группе посткондиционирования по сравнению с контрольной группой, что говорит об уменьшении размера инфаркта на 31%. Myocardial Blush Grade, маркер реперфузии миокарда, был значительно увеличен в группе посткондиционирования по сравнению с контрольной группой: $3,16 \pm 0,23$ и $2,19 \pm 0,20$, соответственно.

Вывод. Коронарная ангиопластика путем посткондиционирования представляет новую перспективу на улучшение прогноза у больных с острым инфарктом миокарда.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА И ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

АНДРЕЕВА А.А., ПЛУЖНИКОВА О.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Повышение диагностики и лечения больных с гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО) на основании изучения динамики уровня эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) и эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Материал и методы. Было исследовано 110 пациентов и сформировано 3 группы: 1-я—больные ГБ (n = 26), 2-я—больные ГБ с АО (n = 54), 3-я—практически здоровые люди (n = 30). Все пациенты были распределены по полу и возрасту. Средний возраст составил ($60 \pm 4,5$) лет. АО установлен при объеме талии у мужчин более 112 см, а у женщин—более 88 см. Уровень eNOs в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом («Uscscn Life Inc. Wuhan», Китай). Показатели ЭЗВД плечевой артерии (ПА) были рассчитаны методом Celermajer O. с помощью ультразвуковой системы («General Electric», США). Назначена комбинация антигипертензивных средств: олмесартан медоксомил по 20 мг в сутки в сочетании с амлодипином 5 мг в сутки. Статистическая обработка—«StatSoftInc», США и «Microsoft Excel 2013».

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что уровень eNOs ниже контрольного показателя на 31,5% ($p < 0,05$) при

ГБ без АО и на 24,9% при ГБ с АО ($p < 0,05$). Установлены прямые парные корреляционные связи между уровнями eNOs и показателями ЭЗВД ПА на разных стадиях вазодилатации у больных ГБ с АО: ($r = 0,69$; $p < 0,05$)—на начальной стадии d ПА; ($r = 0,66$; $p < 0,05$)—на 1-й минуте декомпенсации d ПА; ($r = 0,78$; $p < 0,05$)—в период максимальной вазодилатации d ПА. У больных ГБ без АО парные корреляционные связи составили: ($r = 0,77$; $p < 0,05$)—на начальной стадии d ПА; ($r = 0,87$; $p < 0,05$)—на 1-й минуте декомпенсации d ПА; ($r = 0,67$; $p < 0,05$)—в период максимальной вазодилатации d ПА. Через год применения комбинированной антигипертензивной терапии уровень eNOs и ЭЗВД ПА у больных ГБ с АО возрос и был более выраженный в сравнении с больными ГБ без АО: ГБ с АО—18,9% и 3,63%, ($p < 0,05$); ГБ без АО—16,8% и 2,8%, ($p < 0,05$).

Выводы. На фоне проводимой комбинированной антигипертензивной терапии (олмесартан медоксомил, амлодипин) в обеих группах удалось достигнуть улучшения функционального состояния эндотелия за счет увеличения содержания в крови eNOs, однако в группе больных с АО изменения были более выраженными.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

БАСИТХАНОВА Д.Э., КАДЫРОВА Г.Г., АРТИКОВА С.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать приверженность к терапии больных с АГ с учетом гендерных особенностей.

Материал и методы. Обследованы мужчины и женщины (60 больных) с артериальной гипертензией, первичный осмотр проводился в стационаре РСНПМЦТ и МР г. Ташкента—I этап, с последующим амбулаторным наблюдением в консультативной поликлинике—II этап. В работе использован социологический метод, с помощью специально разработанных анкет и опросников. Изучены основные факторы приверженности к лечению у больных с АГ. В ходе проведения научного исследования всем исследуемым больным проведены общеклинические, биохимические, лабораторные, а также инструментальные

Методы исследования. Приверженность пациента к антигипертензивной терапии оценивалась помощью теста Мориски-Грина, по результатам которого все пациенты были разделены на 2 группы: первая группа—больные с низкой приверженностью к лечению (НПЛ; хотя бы один ответ «да»); вторая группа—больные с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ; все 4 ответа «нет»).

Результаты исследования. По данным теста Мориски-Грина, приверженными к лечению (набравшие 4 балла по тесту) оказались только 9 (15%) пациентов из 60 опрошенных, недостаточно привержены (3 балла)—14 (23,3%) опрошенных, непривержены к лечению (2 и менее балла)—37 человек (61,6%). Для дальнейшего анализа пациенты были поделены на 2 группы: приверженные к лечению—пациенты набравшие 3 и 4 балла, т.е.,

приверженные и недостаточно приверженные и неприверженные к лекарственной терапии—пациенты набравшие 2 и менее балла по тесту Мориски-Грина. Пациентов с низкой приверженностью к терапии оказалось значительно больше, чем пациентов с высокой приверженностью к терапии (61,6% против 38,3%). Среди пациентов с НПЛ преобладали мужчины (62%). Уровень АД у пациентов данной группы был выше, чем в группе ВПЛ. Среди пациентов группы НПЛ реже встречались сопутствующие ИБС и сахарный диабет. Диагноз впервые выявленной АГ также был у значительно меньшего количества пациентов по сравнению с пациентами группы ВПЛ. Отмечено, что больные из группы НПЛ реже лечились. Они меньше принимали антигипертензивные препараты в сравнении с пациентами ВПЛ. Исключение составили бета-блокаторы, которые в обеих группах принимались с одинаковой частотой. В группе больных с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ), наоборот, преобладали женщины (65,2%). Больных, с впервые выявленной АГ, в данной группе было больше, также как и больных с ИБС и СД. Уровень АД был ниже, чем у пациентов в группе НПЛ.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что низкая приверженность к терапии крайне распространена. Низкая приверженность к терапии может быть ассоциирована с разными факторами, в том числе с такими факторами как: мужской пол, длительный анамнез АГ, больные, имеющие сопутствующие заболевания (ИБС, СД, НРС), а также рядом личностных особенностей пациентов.

ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

БОРИСОВА Е.М., АЛИМОВ Д.А., ТУРСУНОВ Х.М., МУХАМЕДОВА Б.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния реваскуляризации миокарда на диастолическую функцию миокарда левого желудочка у больных с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Обследовано 60 больных с ОИМ зубцом Q (38 мужчин и 22 женщины). Средний возраст больных составил $53,7 \pm 7,3$ лет. У 42 больных был диагностирован передний, у 18—задний ОИМ. В исследование не включались пациенты с повторным инфарктом миокарда. При

поступлении части больным (1- группа) проведена реваскуляризация коронарных артерий (системный тромболизис—18 больных и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) 21 больной), и у 21 больного (2-группа) по разным причинам (отсутствие «терапевтического окна» для тромболизиса, аллергическая реакция на рентген контрастное вещество) реваскуляризация не проведена. Динамическое наблюдение за больными проводилось в течение месяца. Всем больным выполняли

Эхо-КГ-исследование с измерениями стандартных параметров, помимо этого, для определения диастолической функции измеряли следующие показатели: -пиковая скорость раннего диастолического наполнения (РЕ), -пиковая скорость позднего диастолического наполнения (РА) и их соотношение (РЕ/РА), а также время изоволюмического расслабления ЛЖ.

Результаты исследования. При анализе пиковой скорости раннего диастолического наполнения (РЕ)—выявлено, что ее величина к 10-й дню заболевания достоверно нарастала в 1-группе (от 52,4см/с до 59,1см/с, $p<0,005$), когда во второй группе отмечалась лишь тенденция к увеличению (от 51,9см/с до 54,1см/с). В конце исследования у обеих групп отмечалось достоверное увеличение показателя. А изменение пиковой скорости позднего диастолического наполнения левого желудочка—пика РА—носило иной характер. А именно, на 2-е сутки ИМ выявлено достоверное ее снижение во всех анализируемых группах больных. В последующем в 2-й группе больных к 10–28-м суткам болезни наблюдали ее увеличение до значений, полученных во время первого исследования. В 1-й группе больных максимальная скорость наполнения ЛЖ к 10-му дню ИМ также достоверно увеличивалась до исходных параметров, однако к 28-м суткам заболевания отмечалось достоверное ее снижение на 5% в сравнении со значением в 1-е сутки ИМ. У обследованных больных уже при первом обследовании установлено нарушение релаксации ЛЖ, что проявлялось снижением

отношения пиков РЕ/РА до значения менее 1. В то же время, к 10-м сутки болезни установлено достоверное увеличение этого показателя до значений более 1 у обеих групп обследованных. Когда такая нормализация транс митрального кровотока в 1-й группе сопровождалась нарастанием сократительной функции миокарда, во 2-группе сопровождалась с достоверным увеличением переднезаднего размера ЛП, который обусловлен увеличением преднагрузки ЛЖ. Анализ динамики времени изоволюметрического расслабления ЛЖ показал, что на протяжении до 10-х суток ИМ у больных обеих групп наблюдалось его уменьшение, тогда как на 28-е сутки ИМ выявлено его увеличение в обеих группах.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что нарушения диастолической функции ЛЖ наблюдаются у всех обследованных больных ИМ уже в первые сутки ИМ. А проводимая реваскуляризация (механическая/консервативная) коронарных артерий приводит к раннему восстановлению диастолической дисфункции. Формирование «псевдонормального» типа трансмитрального паттерна следует рассматривать, с одной стороны, как еще один механизм срочной компенсаторной реакции сердца в ответ на внезапную потерю части сократительного миокарда, обусловленный повышением преднагрузки на ЛЖ, а с другой стороны, как отражение изменения жесткости миокарда ЛЖ в результате процессов заживления и формирования рубца.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БОРИСОВА Е.М., МУХАМЕДОВА Б.Ф., АЛИМОВ Д.А., ТУРСУНОВ Х.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент Узбекистан

Цель исследования. Определить факторы риска неблагоприятных отдаленных результатов у больных с нестабильной стенокардией.

Материал и методы. В настоящее исследование было включено 80 больных (средний возраст $58,25\pm 8,36$ лет), перенесших стентирование коронарных артерий по поводу нестабильной стенокардии с использованием стентов с лекарственным покрытием. Всем больным проводилось сравнение исходного состояния коронарного русла и результатов контрольной коронароангиографии, выполненной через 12–24 месяца (в среднем— $13,88\pm 4,22$ месяца).

Результаты исследования. У 12,5% больных, включенных в настоящее исследование, был диагностирован сахарный диабет II типа (СД). Количество гемодинамически значимых стенозов и их локализация не отличались у больных неста-

бильной стенокардией в зависимости от наличия метаболических нарушений. Однако больным СД имплантировалось больше стентов по сравнению с больными без нарушений углеводного обмена (в среднем $3,04\pm 1,25$ против $1,89\pm 1,22$ у больных без СД, $p<0,05$). В процессе контрольной коронароангиографии у больных СД установлена достоверно большая частота ре-стенозов имплантированных стентов по сравнению с лицами без СД (76,13% против 18,18%, $p<0,001$), при этом частота вновь выявленных стенозов между группами не отличалась (в среднем $2,14\pm 0,63$ против $2,28\pm 0,29\%$, нд).

Ре-стенозы коронарных артерий наблюдались в целом у 49 больных, включенных в исследование (60,0%). Корреляционный анализ выявил, что ре-стенозы имплантированных стентов ассоциируются, кроме СД, с исходно низкой систолической функцией ЛЖ (фракция выброса ЛЖ, заре-

гистрированная при включении в исследование, у больных с ре-стенозами составила $39,66 \pm 4,97\%$ против $47,36 \pm 3,71\%$ у больных без ре-стенозов, $p < 0,001$), а также с достигнутой в процессе стентирования степенью коронарного кровотока TIMI-2 (52% ре-стенозов против 24,37% в случае достижения кровотока TIMI-3, $p < 0,05$). Геометрические параметры сердца, такие как конечно-диастолический объем и диаметр ЛЖ, диастолический диаметр левого предсердия с частотой ре-стенозов не коррелировали.

Выводы. Настоящее исследование продемонстрировало, что у больных нестабильной стенокардией, подвергнутых стентированию коронарных артерий стентами с лекарственным покрытием, прогностическими факторами ре-стеноза имплантированных стентов в течение первых 12–24 месяцев являются наличие фонового сахарного диабета, низкой систолической функции ЛЖ и неполное восстановление коронарного кровотока.

СОСТОЯНИЕ ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НОРМОБИОЦЕНОЗОМ И ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА

БУСЫГИНА О.С.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Цель исследования. Оценка факторов системного воспалительного ответа и иммунновоспалительного гомеостаза у больных ИБС в зависимости от состояния кишечного биоценоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 145 пациентов в возрасте от 50 до 65 лет, из них 29 (20%) женщин. Группу контроля (группу 1) составили 20 практически здоровых лиц с нормальным биоценозом кишечника, группу сравнения (группа 2) состояла из 23 пациентов с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II функционального класса (NYHA) без признаков дисбиоза кишечника, основная группа (группа 3) включала 102 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, ХСН II ФК и дисбиозом кишечника 1 и 2 степени. Для выполнения работы использовались клинические, биохимические, иммунологические, статистические методы исследования.

Результаты исследования. Больные ИБС с ХСН II ФК и сопутствующим дисбиозом кишечника 1 и 2 степени отличались от больных с нормобиоценозом кишечника в 1,3 раза большей концентрацией в крови С-реактивного белка и, соответ-

ственно, в 1,6 и 1,3 раза большими концентрациями интерлейкина-6 и фибриногена ($p < 0,05$), характеризовались более выраженными нарушениями иммунновоспалительного гомеостаза – большей депрессией клеточного звена иммунитета (соответственно, в 1,1 и 1,7 раз меньшим содержанием в крови Т-лимфоцитов и Т-супрессоров ($p < 0,05$), большим снижением активности фагоцитоза ($p < 0,05$ для фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного числа и бактерицидной активности нейтрофилов) и большей активностью гуморальных факторов ($p < 0,05$ для циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулина G).

Выводы. Наличие дисбиоза кишечника у больных ИБС с ХСН II ФК ассоциируется с более выраженной активацией системного воспалительного ответа и гуморального звена иммунной системы при больших снижениях активности клеточного звена иммунной системы и фагоцитарной функции нейтрофилов по сравнению с состоянием факторов системного воспалительного ответа и иммунновоспалительного гомеостаза у пациентов с кишечным нормобиоценозом.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С АНЕМИЕЙ

ГАДАЕВ А.Г., ТУРАКУЛОВ Р.И., КУРБАНОВ А.К., АШРАБХОДЖАЕВА К.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Установить выраженность интерстициального фиброза в миокарде у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся на фоне ишемической болезни сердца, сопровождающейся с анемией.

Материал и методы. Обследовано 40 больных, 21 женщина и 19 мужчин, средний возраст которых составил $65,7 \pm 2,4$ лет, страдающих ХСН, рандомизированные на две группы. 1 группа (16 больных) – ХСН с анемией, 2 группа (24 боль-

ных)–ХСН без анемии. В свою очередь, каждая группа по функциональному классу (ФКII и ФКIII) ХСН была разделена на 2 подгруппы. Всем пациентам были проведены необходимые общепринятые лабораторные и инструментальные методы обследования. Для определения анемии использовался критерий Всемирной Организации Здравоохранения — ВОЗ (гемоглобин <130 г/л у мужчин и <120 г/л у женщин). Эхокардиографическим исследованием были измерены толщина межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка, определен его конечный систолический и диастолический размеры. На основании указанных измерений рассчитаны конечный диастолический и конечный систолический объемы ЛЖ, фракция выброса, масса миокарда левого желудочка по методике Devereux R.B. (1977). Определение объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде выполнено расчетным методом по формуле, предложенной Shirani J. et al., 1992, включающей в себя показатели суммарного вольтажа электрокардиографического комплекса QRS в мм, зарегистрированные в 12 стандартных отведениях, рост и массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью параметрических методов описательной

статистики, достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам обследования было выявлено, что показатель ОФИК у пациентов 1 группы варьировал от 10% до 60%. Также были изучены показатели ОФИК при различных степенях тяжести анемии. По мере роста степени анемии было отмечено увеличение выраженности ОФИК: 10–40% при ХСН с анемией I степени, 30–60% у больных с анемией II степени. У пациентов без наличия анемии показатель ОФИК составил 10–30%. Различия между пациентами с анемией и без нее оказались достоверными ($p < 0,05$). Нами была определена прямая корреляционная связь между ОФИК и анемией при ХСН, которая соответствовала средней силе ($r = 0,32$), а между ОФИК и без наличия анемии – слабой силе ($r = 0,14$).

Выводы. В результате нашего исследования было установлено, что анемия не только оказывает отрицательное влияние на течение и прогноз ХСН, но и увеличивает выраженность миокардиального фиброза. Определение выраженности миокардиофиброза у пациентов с ХСН с анемией и без нее позволяет судить о прогнозе ХСН и определять тактику дальнейшего лечения.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНО–ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ДЖАЛИЛОВА С.Х., САДИКОВА С.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Исследование эффективности действия флувоксамина на тревожно-депрессивные расстройства у больных с гипертонической болезнью, осложнённой хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 34 больных кардиологического отделения 1 клиники ТМА с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной ХСН. Больные были разделены на 2 группы: первая, основная группа – 17 больных, получавшие комплексное лечение соматического заболевания и ТДР флувоксамином по 50 мг 1 раз в сутки, в вечернее время 28 дней; вторая, контрольная группа – 17 больных, получавших только базисную терапию соматического заболевания. Для верификации диагноза были проведены общий осмотр, общеклинические, клинико-лабораторные исследования, в том числе ЭКГ, ЭхоКС. Для оценки ТДР были применены госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), а также шкала Гамильтона оценки депрессии.

Результаты исследования. Результаты показали, что у пациентов после курса лечения флу-

воксамином, уровень ТДР оказался значительно ниже исходного состояния, а также психофармакологическая ценность, которая значительно повышается за счет сочетания её с гипотензивной терапией, низкой степенью побочных эффектов. Согласно тесту Гамильтона в 1 группе пациентов уровень исходного суммарного балла составил $22,3 \pm 2,1$; а во 2-группе составил $20,75 \pm 2,3$ ($p \leq 0,01$). Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился в 1-й группе – до $11,1 \pm 1,4$ баллов; а во 2-й группе до $15,6 \pm 1,2$ баллов. Также уровень ТДР по HADS, в 1-й группе исходный суммарный балл составил $16,8 \pm 1,5$; во 2-ой группе – $17,8 \pm 1,9$ ($p \leq 0,01$). Через 4 недели лечения этот показатель также значительно снизился в 1-й группе – до $11,4 \pm 1,3^*$ балла; а во 2-ой группе – до $13,4 \pm 1,5$. После отмены препарата по окончании исследования в течение недели ни у одного пациента клинически и субъективно не отмечался синдром отмены в виде усиления тревоги и ухудшения соматического состояния. Пациенты после терапии флувоксамином отмечали субъективное улучшение самочувствия, что отражалось на их

поведении—значительно снизилась интенсивность ипохондрических реакций, плаксивость. Напротив, повысилась комплаентность больных к терапии. У пациентов, не получавших в комплексной терапии флувоксамин, показатели динамики шкал Гамильтона и HADS редуцировали лишь за счет снижения интенсивности соматических симптомов. Комплаентность пациентов данной группы была низкой.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что флувоксамин является эффективным и безопасным средством для лечения невротических расстройств тревожно–депрессивного спектра у пациентов с гипертонической болезнью, осложнённой хронической сердечной недостаточностью.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

ЗИЯЕВ Ю.Н., САЙМАНОВ М.С., МАДРЕЙМОВ А.К.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Нукусский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Нукус, Узбекистан*

Цель исследования. Определить динамику заболеваемости и смертности населения при ишемической болезни сердца в Приаральском регионе и пути разрешения возникших проблем.

Материал и методы. В исследовании использованы годовой отчет, истории болезни больных, получивших лечение, с диагнозами ИБС, и сделан анализ деятельности отделения неотложной кардиологии НФ РНЦЭМП за 2015 год методом статистической пропорции и сравнительного анализа.

Результаты исследования. В 2015 году в отделении неотложной кардиологии НФ РНЦЭМП поступило и пролечено 1016 больных сердечной патологией, где летальный исход больного составил—12 случаев. Среди которых АГ—612 больных, ИБС—375 больных, кардиомиопатии—23, другие болезни сердца—2, миокардиты—1, прочие болезни—4. Из 375 больных ИБС умерло 12—3,2%. Из них составили: острый инфаркт миокарда

(ОИМ)—71, летальность 5–6,6%; острый коронарный синдром (ОКС)—83, летальность 5–5,7%; сенокардия—119, летальность 2–1,7%; аритмии—122. Из этого следует, что ИБС составляет 37% заболеваемости от общего количества патологии сердечно–сосудистой системы и смертность 3,2% от количества пролеченных пациентов ИБС, а также АГ—60% от общего контингента больных, без летального исхода.

Выводы. За исследованный период деятельности отделения неотложной кардиологии НФ РНЦЭМП по ИБС отмечается заболеваемость—37% и смертность—3,2%. Учитывая неблагоприятный экологический фактор Приаральского региона и в целях улучшения качества оказания кардиологической помощи населению, необходимо оптимизировать отделения неотложной кардиологии службы экстренной медицины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

ЗИЯЕВ Ю.Н., МАДРЕЙМОВ А.К.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Нукусский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Нукус, Узбекистан*

Цель исследования. Определение эффективности фармадипина на догоспитальном этапе экстренной медицины в Приаральском регионе.

Материал и методы. Использованы вызывные медицинские карты и отчеты, диспетчерские журналы отделения СМП НФ РНЦЭМП за 2015 год. Исследовано методом статистической пропорции и сравнительного анализа.

Результаты исследования. За исследованный период, в отделение СМП НФ РНЦЭМП посту-

пило 85810 обращений, из них число выполненных вызовов составило—85135, безрезультатных вызовов оказалось—489 и отказано из-за необоснованности вызова—в 186 случаях. Эвакуированы, доставлены в стационар и госпитализированы—22476 больных и пострадавших. В остальных случаях СМП была оказана на месте вызова. Общая смертность на линии СМП составила—344 случаев, из них—326 до прибытия бригады СМП, 18—при прибытии и оказании СМП на догоспи-

тальном этапе экстренной медицины. По нозологии через отделение СМП прошло 14928 больных с артериальной гипертонией, из них в 1373 случаях больные получали 2% раствор фармадипина в каплях внутрь. Среднее артериальное давление (АД) пациентов составило 210/150 мм.рт.ст. Более 70% больных с ГК, получивших лечение фармадипином, после принятия 2–3 доз, то есть 10–15 капель фармадипина чувствовали себя хорошо, АД достигнута до целевого уровня и ГК был купирован.

Вывод. Проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности и экономичности использования фармадипина при гипертонических кризах. В целях улучшения качества оказания СМП и рационального использования бюджетных средств необходимо все отделения СМП обеспечить 2% раствором фармадипина в каплях, для использования как ургентное средство при ГК.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ИСЛОМОВ И.И., ТУРАКУЛОВ Р.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР) на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН), на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с ХСН.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3- клиники ТМА за 2014 год. Изучено выборочно 411 историй болезни больных с ХСН. Из них 232 (56,44%) мужчин и 179 (43,55%) женщин, средний возраст которых составил $63,3 \pm 11,6$ года. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, тест 6-ти минутной ходьбы (ТШХ)). Пациенты были подразделены на 3 группы в зависимости от применения АМР.

Результаты исследования. В процессе ретроспективного анализа историй болезни было выявлено, что у 74,9% ($n=308$) больных ишемическая болезнь сердца (ИБС) и у 89,05% ($n=366$) артериальная гипертензия (АГ), у 30,09% ($n=127$) больных имелись фибрилляции предсердий, у 2,67% ($n=11$) атеросклеротические пороки сердца, 27,0% ($n=110$) из обследованных страдали сахарным диабетом 2 типа. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло $136,6 \pm 18,0$ мм рт. ст. и диастолическое АД (ДАД) $78,8 \pm 18,26$ мм рт. ст. Исходный уровень фракции выброса (ФВ) был $46,62 \pm 12,4\%$. Средний показатель пульса составлял $81,2 \pm 24,6$ ударов в минуту. Среднее значение глюкозы в венозной крови в пределах $5,6 \pm 4,2$ ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составлял $5,2 \pm 3,5$ ммоль/л. Исходный уровень калия составлял $4,2 \pm 1,1$ ммоль/л и $5,1 \pm 1,2$ ммоль/л при выходе из стационара ($p < 0,05$). Исходный уровень креатинина в крови составлял $124,2 \pm 3,1$ мкмоль/л

и $116,8 \pm 2,3$ мкмоль/л при выходе из стационара ($p > 0,05$). Больные первой группы ($n=195$) получали верошпирон в сочетании с бета-блокаторами (ББ) и ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (и-АПФ), больные второй группы ($n=158$) получали без антагониста альдостерона ББ и и-АПФ, а больные третьей группы ($n=58$) получали эплеренон в сочетании с ББ и и-АПФ. При сопоставлении и сравнении результатов больных, получавших и не получавших АМР, было выявлено, что показатели толерантности к физическим нагрузкам по результатам ТШХ, у больных второй группы были значительно хуже, а показатели биохимических исследований остались почти прежними, что определяется инертностью АМР в отношении этих показателей крови. При сравнении данных показателей среди групп, получавших эплеренон и верошпирон, значительная разница не была выявлена. Но был отмечен положительный сдвиг показателей лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы, получавших эплеренон, в сравнении с показателями пациентов группы, получавших верошпирон.

Выводы. 1. Полученные результаты и имеющиеся доказательства свидетельствуют об эффективности, безопасности и хорошей переносимости эплеренона у больных с ХСН.

2. Эти данные, несомненно, должны стать основанием для более широкого применения препарата в клинической практике.

3. При этом требуется динамический контроль клинических и биохимических параметров пациента.

4. Строгое соблюдение этих рекомендаций, повышает эффективность и снижает число побочных эффектов антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЛОКАТОРА ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РНЦЕПТОРОВ IIb/IIIa ТРОМБОЦИТОВ ТИРОФИБАНА В ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

КАДЫРОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить характер гемодинамических показателей после применения блокатора гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов IIb/IIIa тирофибана при лечении больных ОКС без подъема сегмента ST.

Материал и методы. Обследованы 30 больных ОКС без подъема сегмента ST: 20 мужчин и 10 женщин. Из них 20 больных получали комплексную терапию ОКС с включением тирофибана, а 10 больных ОКС получали стандартную терапию ОКС с включением в схему лечения гепарина. Обследование проводилось в течении 10 дней.

Результаты исследования. Гемодинамическая эффективность терапии оценивалась по величине снижению АД, числа сердечных сокращений (ЧСС), изменению объемов камер сердца, параметров диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ). Гемодинамический эффект терапии тирофибаном преимущественно реализо-

вался за счет увеличения общей сократительной способности ЛЖ (на 7,7%, $p>0,05$), при условии отсутствия существенных изменений конечно-диастолического объема (КДО) (прирост лишь на 2,9%, $p>0,05$), уменьшении конечно-систолического объема (КСО) на 3,7% ($p>0,05$). В противоположность этому, в сравниваемой группе наблюдалось ранее постинфарктное ремоделирование ЛЖ, которое проявилось увеличением КДО (на 12,1%, $p>0,05$) и КСО (на 8,0%, $p>0,05$) за счет чего преимущественно обеспечивалось поддержание ударного объема (УО) ЛЖ.

Вывод. Таким образом, терапия с использованием тирофибана более благоприятно сказывалась на регионарную сократимость ЛЖ, так как индекс нарушений регионарной сократимости (ИНРС) в основной группе уменьшился на 12,9% ($p<0,05$), а в сравниваемой группе на 4,5% ($p>0,05$).

БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ САЛБИЙ КЕЧИШИДА ПРОГНОСТИК ОМИЛЛАР

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., БОБОЕВ К.Т.

«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Буйраклар фаолиятини ҳисобга олган ҳолда сурункали юрак етишмовчилигининг салбий кечишида прогностик омилларни аниқлаш.

Материал ва усуллар. I–III функционал синф (ФС) СЮЕ билан асоратланган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бор бўлган 120 та бемор текширилди. Ҳамма беморларга қуйидаги текширувлар ўтказилди: чап қоринча охирги-диастолик ва охирги-систолик ўлчамлари ва ҳажмларини баҳолаш билан эхокардиография (ОДҲ, ОСҲ ва ОДЎ, ОСЎ), чап қоринча миокарди вазни индекси (ЧҚМВИ), систолик ва диастолик сфериклик индекслари (ICs ва ICd); брахиоцефал ва буйрак артерияларни доплерографиясида умумий уйқу артерияси (УУА) соҳасида интим-медиа қалинлиги кўрсаткичи (ИМК), чап ва ўнг буйрак артериялар соҳасида резистив ва пульсацион индекслар (RI ва PI) баҳоланди. Зардоб креатинини (ЗК) даражаси коптокчалар филтрация тезли-

ги (КФТ) орқали MDRD (Modification of Dietin Renal Disease Study) формуласи бўйича ҳисобланиб, мл/дақиқа/1,73м² да ифодаланди. Пешобдаги аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), ишқорий фосфатаза (ИФ) ферментлар даражаси аниқланиб, ферментурия йиғинди индекси 6,0 дан юқори ҳолатлар баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. СЮЕ кечишини буйраклар фаолиятини ҳисобга олган ҳолда прогностик параметрларнинг аҳамиятлиликларини баҳолаш учун А.А. Генкин ва Е.В. Гублер томонидан ишлаб чиқилган услубда дифференциал-диагностик жадвалдан 3 босқичда фойдаланилди: биринчи босқич–СЮЕ нинг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда касаллик аломатларининг эҳтимолликларини текшириш, диагностик коэффицентларни (ДК) ҳисоблаш ва ҳар бир аломатнинг ахборот учун муҳимлигини аниқлаш; иккинчи босқич–юқори ахборотлилигига эга (0,5 ва ундан

юқори) белгиларни киритган ҳолда диагностик жадваллар тузиш; учинчи босқич–тўғри ташхис қўйишда қўлланилган диагностик бўсағаларни танлаш (диагностик коэффицентларнинг йиғиндиси).

СЮЕ салбий кечишини аниқлашдаги бир қатор аломатларнинг таҳлили ўтказилди. Юқори ахборотлиликка эга қуйидаги аломатлар танланди: КФТ_{MDRD} 60 мл/дақиқа/1,73м² дан паст, чап қоринча отилиш фракцияси (ОФ), ОДХ, ОСЎ, ИСd, УУА сининг ИМҚ. Беморларда СЮЕ ни прогнозлашда қуйидаги белгилар ўта сезгир деб топил-

ди: ОФ 50% дан паст, УУА сининг ИМҚ 1,1 ммдан ортиқ, ОДХ 137 млдан ва ОСЎ 43 ммдан юқори бўлиши. Ўзига хос аломат сифатида КФТ 60 мл/дақиқа/1,73м² дан паст бўлиши ва диастолада сфериклик индекси ўлчами катталашуви белгиланди.

Хулоса. ОФ 50% дан паст, ОДХ 137 млдан ва ОСЎ 43 ммдан юқори ва КФТ 60 мл/дақиқа/1,73м² дан паст ҳолатларнинг мавжудлиги СЮЕ салбий кечишида прогностик аҳамиятли эканлиги аниқланди.

ГУМОРАЛЬНЫЙ ФАКТОР ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КАМИЛОВА У.К., ШАОЛИМОВА З.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь фактора фон Виллебранда (фВ) с сосудодвигательной функцией эндотелия у больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 65 мужчин с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно NYHA: 1 группу составили 35 больных с II ФК и 2 группу 30 больных с III ФК ХСН. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводилось с использованием проб с реактивной гиперемией с использованием системы ACUSON 128 XP/10 США, оснащенный линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7 МГц путем лоцирования изображения правой плечевой артерии, измерением диаметра артерии и скорости кровотока. Реактивную гиперемию вызывали применением манжеточной пробы. Измерение диаметра плечевой артерии производили на 60 секунде после компрессии. Изменение диаметра вычисляли как процентное соотношение диаметра, полученного после компрессии, и исходного. Уровень фактора Виллебранда определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе «VIDAS». Для определения уровня фВ при выполнении «манжеточной» пробы забор крови производили в горизонтальном положении, непо-

средственно перед компрессией плечевой артерии и после пятиминутного пережатия, не снимая манжеты.

Результаты исследования. У больных первой группы в покое диаметр плечевой артерии составил $4,47 \pm 0,06$ мм. В фазу реактивной гиперемии отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии на 8,7%, составляя $5,17 \pm 0,89$ мм ($P > 0,05$). У больных второй группы исходный диаметр плечевой артерии составил $3,30 \pm 0,48$ мм, в фазу реактивной гиперемии диаметр плечевой артерии увеличился на 7,4%, составляя $3,97 \pm 0,54$ мм ($P > 0,05$), что свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия у больных III ФК ХСН. У больных первой группы уровень фВ в крови исходно составлял $58,02 \pm 4,6\%$. После компрессии данный показатель возрос до $90,9 \pm 14,5\%$. У больных второй группы уровень фВ в крови исходно составлял $60,2 \pm 12,2\%$, после компрессии $112 \pm 8,6\%$. Увеличение уровня фВ в крови после компрессии плечевой артерии у больных с II ФК ХСН 38,2%, с III ФК ХСН 53,7%, соответственно.

Выводы. Таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным II-III ФК ХСН, отмечается нарушение функции эндотелия и повышение уровня фактора Виллебранда в крови, который более выражен у больных с III ФК ХСН.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЛОЗАРТАННИНГ ЖИСМОНИЙ ЗЎРИҚИШГА ТОЛЕРАНТЛИК ВА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р.

«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) билан асоратланган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бор беморларда лозартаннинг ҳаёт сифати ва жисмоний зўриқишга толерантлик кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқод усуллари. I–III функционал синф (ФС) СЮЕ билан асоратланган ЮИК бор бўлган 105 та бемор текширилди. Беморлар СЮЕ нинг ФС гуруҳларга Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси классификациясига асосан 6 дақиқали юриш синамаси ва беморлар клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи (КХБШ) натижаларига кўра бўлинди. Тадқиқодда 45–60 ёшдаги беморлар қатнашди. Беморларнинг ўртача ёши $64,3 \pm 2,8$ ни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга бўлиниб, 1- асосий гуруҳ–60 та бемор I ФС (18), II ФС (22) ва III ФС СЮЕ (20 та бемор) 6 ой давомида стандарт терапия асосида (спиранолактон, бета-блокаторлар (бисопролол), лозим бўлганда диуретиклар)–лозартан қабул қилди (лозартан дозаси 50–100 мг суткагача титрланиб, препаратнинг ўртача дозаси $66,3 \pm 25,6$ ни ташкил этди), ва 2-гуруҳ (қийёслаш гуруҳи)–45 та бемор СЮЕ I ФС (10), II ФС (18), III ФС (17 та бемор), фақат спиранолактон, бета-блокаторлар (бисопролол), лозим бўлганда диуретиклар қабул қилганлар. Ҳамма беморларга 6 дақиқалик юриш синамаси, КХБШ ва ҳаёт сифатини (ҲС) Миннесот сўровномасига асосан ҲС йиғинди индексини бошланғич ва 6 ойдан сўнги натижалари ўрганилди. 1 ва 2 гуруҳ беморларида 6 дақиқалик юриш синамаси бошланғич натижалари СЮЕ I ФС беморларида $434,4 \pm 21,95$ ва $445,8 \pm 28,2$ м, II ФС беморларида $354,17 \pm 25,3$ ва $384,4 \pm 28,9$, III ФС $237,3 \pm 33,5$ ва $245,3 \pm 38,12$ метрни тегишлича ташкил этди. КХБШ бўйича бошланғич кўрсаткичлар СЮЕ нинг I ФС га нисбатан 1 ва 2 гуруҳ II ФС беморларида 18% ва 17,54% ($p < 0,05$) га, III ФС беморларида 35% ва 33,5% ($p < 0,001$)га тегишлича, ишонарли даражада юқори эканлиги қайд этил-

ди. Миннесот сўровномасига асосан ҲС йиғинди индекси бошланғич кўрсаткичлари СЮЕ нинг ФС кўтарилиши билан баллар йиғиндисини ишонарли даражада ортиши кузатилиб, 1 –гуруҳ I ФС беморларида $24,3 \pm 1,32$, II ФС $36,8 \pm 2,36$, III ФС $44,67 \pm 2,28$ балл; 2-гуруҳ беморларида I, II ва III ФС $26,3 \pm 3,3$, $34,3 \pm 3,12$ ва $45,8 \pm 4,42$ баллар тегишлича аниқланди. ҲС йиғинди индекси ва 6 дақиқалик юриш синамаси кўрсаткичлари орасида $r = -0,809$ коэффициент билан ишонарли тескари корреляцион боғланиш кузатилди. 6 ой даволаниш натижасида 1-гуруҳ беморларида жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ишонарли даражада ортиши кузатилиб, 6 дақиқалик юриш синамаси масофаси I, II ва III ФС беморларида 21,1%, 19,5% и 18,6% ($p < 0,001$)га ортди. Жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ортиши билан бирга СЮЕ бор беморларда ҲС кўрсаткичлари яхшиланиб, I, II, III ФС беморларида ҲС йиғинди индекси бошланғич натижаларга нисбатан 32,4%, 23,8%, 18,9% ($p < 0,001$) га тегишлича камайди. 6 ой даволаниш натижасида 2-гуруҳ беморларида жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ишонарли даражада ортиши кузатилиб, 6 дақиқалик юриш синамаси масофаси I, II ва III ФС беморларида 18,1%, 13,5% ва 11,6% ($p < 0,05$) га ортди. Жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ортиши билан бирга СЮЕ бор беморларда ҲС кўрсаткичлари яхшиланиб, II, III ФС беморларида ҲС йиғинди индекси бошланғич натижаларга нисбатан 13,8% ($p < 0,05$) камайди. I, III ФС беморларида 12,4% ва 11,9% га тегишлича камайиши ишонарли даражада бўлмаган ҳолда кузатилди.

Хулоса. 6 ойлик даволаниш натижасида СЮЕ бор беморларнинг иккала гуруҳида жисмоний зўриқишга толерантлик ишонарли даражада ортиб, 6 дақиқалик юриш синамаси масофаси ортди ва Миннесот сўровномасига асосан ҲС йиғинди индекси натижалари яхшиланиб, лозартан қабул қилган беморларда бу натижалар ишонарлироқ эканлиги қайд этилди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ МАШҒУЛОТЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ

КАМИЛОВА У.К., ТАГАЕВА Д.Р., РАСУЛОВА З.Д., ДЖУРАЕВА В.Х.

*«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт
маркази» АЖ*

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор беморларда жисмоний машғулотлар жамланмасининг ҳаёт сифати (ҲС) кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар. СЮЕ билан асоратланган юрак ишемик касаллиги бор бўлган 137 та бемор текширилди. Беморлар СЮЕ нинг ФС гуруҳларга Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси классификациясига асосан 6 дақиқали юриш синамаси ва беморлар клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи (КХБШ) натижаларига кўра бўлиндилар. Беморларнинг ўртача ёши $62,3 \pm 1,5$ ни ташкил этди. Ҳаёт сифатини (ҲС) Миннесот сўровномасига асосан ҲС йиғинди индекси ва “Ҳаёт сифати индекси” ((Quality of life Index) (QI) сўровномасига асосан, КХБШ натижалари, артериал қон босими (АҚБ) ва юрак уриши частотаси назорати, 6 дақиқалик юриш синамасининг бошланғич ва 6 ойдан сўнгги натижалари ўрганилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлиндилар: 1—гуруҳда (асосий)—55 та бемордан ташкил топган бўлиб, СЮЕ нинг I ФС (23), II ФС (20), III ФС (12 та бемор), дорилар билан даволаш билан биргаликда (ангиотензин II рецепторлари антагонистлари—лозартан, бета-блокаторлар, спиронолактон, лозим бўлганда диуретиклар) жисмоний реабилитация курси ўтказилди. 2—гуруҳ беморлар (қийслаш гуруҳи)—82 та бемор СЮЕ нинг I ФС (27), II ФС (30), III ФС (25 та бемор), фақат дорилар билан даволандилар. Жисмоний реабилитация сифатида эрталабки гимнастика, аэроб йўналтирилган миқдори чекланган юриш машғулотлар ўтказилди. Жамланма давомийлиги 30 минут. Аэроб бўсағаси юрак уриш частотаси максимал 60–70% гача бўлган 30 дақиқалик миқдори чекланган юриш хар куни мажбурий машғулот сифатида ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. СЮЕ нинг 1 ва 2 гуруҳ I ФС беморларида 6 дақиқалик юриш синамаси масофаси $454,4 \pm 21,95$ ва $433,4 \pm 25,5$, II ФС— $354,1 \pm 25,3$ ва $374,7 \pm 21,3$, III ФС— $237,3 \pm 33,5$ ва $257,3 \pm 33$ метрни ташкил этди. КХБШ бошланғич натижалари 1 ва 2 гуруҳларда I ФС беморларига нисбатан II ФС да 18% ва 17,54% ($p < 0,05$) га, III ФС 35% ва 33,5% ($p < 0,001$) га тегишлича баландроқ эканлиги кузатилди. ҲС йиғинди индекси даволанишгача 1 ва 2 гуруҳларда I ФС беморларига нисбатан II ФС беморларда 17,1%

ва 15,4% ($p < 0,01$) га, III ФС беморларда 38% га 37,7% га тегишлича пастроқ эканлиги қайд этилди. QI кўрсаткичини баҳолаганда бошланғич натижалар СЮЕ бор бўлган 1 ва 2 гуруҳ беморларида I ФС га нисбатан II ФС беморларида 13,2% ва 12,4% ($p < 0,05$) га, III ФС беморларида 59% ва 57,5% ($p < 0,001$) га тегишлича юқорироқ эканлиги аниқланди.

6 ойдан сўнг даволанишдан сўнг 1 гуруҳда ҲС йиғинди индекси, QI ва КХБШ баллар йиғиндиси бошланғич натижаларга нисбатан I ФС беморларда 35,5%, 27% ва 50,7% ($p < 0,01$) га, II ФС беморларида 25,8%, 18% ва 42,6% ($p < 0,001$) га, III ФС беморларда 23,8%, 34% ва 29,2% га камайганлиги кузатилди. 1 гуруҳда 6 дақиқалик юриш синамаси масофаси I, II ва III ФС беморларида 15,1%, 16,5% ва 16,6% ($p < 0,001$) га ортди.

6 ойдан сўнг даволанишдан сўнг 2 гуруҳда жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ортиб, 6 дақиқалик юриш синамаси масофасининг ишонarli даражада I, II ва III ФС беморларида 17,0%, 16,9% ва 15,5% ($p < 0,001$) га тегишлича кўпайди. Жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ортиши ўз навбатида СЮЕ бор беморларда ҲС кўрсаткичларининг яхшиланишига олиб келиб, ҲС йиғинди индекси, QI ва КХБШ кўрсаткичлари бошланғич натижаларга нисбатан камайишида намоён бўлди: I ФС беморларида 30,4%, 23% ва 41,9% ($p < 0,001$) га, II ФС беморларида 23,0%, 11,3% ва 30,3% ($p < 0,05$) га, III ФС беморларида 9,5%, 11% ва 18,2% ($p < 0,05$) га тегишлича.

Жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ортиши I–III ФС СЮЕ бор беморларнинг асосий гуруҳида дорилар билан даволашда жисмоний реабилитация курси ўтказилганда клиник ҳолатнинг яхшиланиши, ҳаёт сифатининг ортиши кўпроқ кузатилди.

Хулоса. СЮЕ бор беморларда жисмоний реабилитация курсларининг қўлланилиши дорилар билан даволаш самарасини оширади, клиник ҳолатни, (КХБШ натижаларига кўра), умумий аҳволни, уйқуни, кайфиятни, жисмоний зўриқишларга чидамлилиқни кўтариб, иш қobiliятини ва ҳаёт сифатини яхшилади. Дорилар билан биргаликда жисмоний реабилитация курсларининг қўлланилиши СЮЕ бор беморларнинг реабилитацион дастурини муқобиллаштириш учун тавсия этилиши мумкин.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА НА ТКАНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

КАЮМОВ У.К., ХАМИДОВА Г.М., ХАТАМОВА Д.Т., ИБАДОВА М.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследований. Изучение уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТАГ) перикарда, эндокарда, миокарда, артерий и вен, как прогностического критерия степени и глубины поражения сердечно-сосудистой системы в зависимости от различных доз и экспозиции электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИРЧ) в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент проводили на 36 белых крысах-самцах массой 220–280 г., содержащихся на обычном общевиварном рационе питания и в микроклиматических условиях, согласно действующим нормам. Для опыта крысы были разбиты на 4 группы (по 10 животных в каждой опытной и 6 в контрольной группе): 1 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 50мкВт/см² и частотой 1800МГц; 2 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 500мкВт/см² и частотой 1800МГц; 3 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 1000мкВт/см² и частотой 1800МГц; 4 группа—контрольная без воздействия ЭМИРЧ.

Результаты исследований. Анализ полученных результатов динамики показателей АСЛ к ТА сердца и сосудов крыс-самцов в зависимости от различных доз электромагнитного излучения через 3 месяца после облучения показал, что по мере нарастания дозы облучения происходило нарастание степени деструкции со стороны вышеуказанных органов и тканей. Так, нами выявлено, что уровень АСЛ в 1 группе экспериментальных животных, которые подвергались электромагнитному облучению в 50мкВт/см² в течение 3-х месяцев, был достоверно выше относительно показателей интактных животных. Так, показатели АСЛ к ТА перикарда ($6,40 \pm 0,58\%$), эндокарда ($7,20 \pm 0,51\%$) и миокарда ($6,30 \pm 0,45\%$) крыс-самцов были в 3,15; 4,3 и 3,1 раза выше показателей контрольных крыс $1,50 \pm 0,43\%$; $2,33 \pm 0,21\%$ и

$2,00 \pm 0,45\%$, соответственно. Такие высокие значения АСЛ к ТА сердца и сосудов объясняются и подтверждаются результатами морфологических исследований тканей сердца и сосудов крыс при хроническом облучении ЭМИРЧ (3 месяца), при которых выявлено отсутствие чётких границ между волокнами кардиомиоцитов предсердий крыс. Анализ показателей АСЛ к ТА сердца 2 группы животных показал, что они также значительно отличаются от соответствующих значений интактных животных—в 11,6 раз ($11,10 \pm 0,78\%$ и $1,50 \pm 0,43\%$, соответственно, $P < 0,05$); эндокарда—в 5,5 раз ($12,90 \pm 1,21\%$ и $2,33 \pm 0,21\%$, соответственно, $P < 0,05$) и миокарда—в 9,4 раза ($18,80 \pm 0,55\%$ и $2,00 \pm 0,45\%$, соответственно, $P < 0,05$). Уровень показателей АСЛ к ТА перикарда, эндокарда и миокарда в 3 группе крыс с экспозицией ЭМИРЧ в 1000мкВт/см² значительно превосходит соответствующие показатели интактных животных. Так, АСЛ к ТА перикарда в 3 группе крыс был выше в 11,6 раз ($17,40 \pm 0,56\%$ при контроле $1,50 \pm 0,43\%$, соответственно, $P < 0,001$). Такая же динамика наблюдалась и со стороны АСЛ к ТА эндокарда—в 8,4 раза выше контрольных значений ($19,60 \pm 0,65\%$ при контроле $2,33 \pm 0,47\%$, соответственно, $P < 0,001$) и АСЛ к ТА миокарда—в 12,7 раз выше соответствующих значений у интактных животных ($25,40 \pm 0,85\%$ при контроле $2,00 \pm 0,45\%$, соответственно, $P < 0,001$).

Вывод. Таким образом, полученные результаты показывают, что развитие патологических процессов в органах и системах живого организма происходит уже при небольших дозах облучения, с увеличением дозы и длительности облучения в органах и тканях наблюдаются выраженные деструктивные изменения, диагностическим и прогностическим критерием глубины поражения которых могут служить АСЛ к ТА.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА

КАЮМОВ У.К., ХАМИДОВА Г.М., САИПОВА М.Л., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М., ИБАДОВА М.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследований. Изучить частоту и характер поражения сердечно-сосудистой системы у обследованных лиц с прямым и постоянным воздействием ЭМИРЧ и определить взаимосвязь этих поражений с их профессиональным стажем.

Материал и методы. В исследование были включены 119 работников радиотелевизионных станций (РТС) следующих основных профессий (электромеханики, электромонтеры, инженеры, начальники цехов, начальники смен), работающих

на РТС «Гулистан» и Ташкентском радиотелевизионном передающем центре (ТашРТПЦ) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст обследованных составил $42,33 \pm 1,04$ года).

Результаты исследований. Обнаружено, что у представителей основной группы наблюдается увеличение продолжительности зубца Р при нормальной продолжительности интервала PQ, с соответствующим увеличением индекса Макруза по сравнению с лицами, включенными в группу сравнения и контрольную группу, ($p < 0,001$ – достоверность различия продолжительности зубца Р и величины индекса Макруза между основной группой и группами сравнения и контроля).

В основной группе АВ блокада I степени встречалась у 15 работников (12,61%), при этом, хотя в группах сравнения и контроля АВ блокада не встречалась, частотное сравнение не выявило значимого различия между группами, и обнаруженная разница, вероятно, связана с недостаточным числом лиц, включенных в группы сравнения и контроля. Однако, необходимо отметить, что оценка частоты встречаемости АВ блокады I степени в различных категориях основной группы, выделенных в зависимости от профессионального стажа, выявила значимую разницу частоты встречаемости блокады в различных категориях работников, подтверждаемую описанным выше результатом корреляционного анализа связи продолжительности интервала PQ со стажем работников и возрастом: в категории 11–15 лет стажа наблюдалось 3 случая АВ блокады I степени (12%), в категории 21–25 лет – 9 случаев (50%) и в

категории 26 лет и выше – 3 случая (15%, $\chi^2 = 31,04$, $p < 0,001$). Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную связь средней силы между продолжительностью интервала PQ и ЧСС ($r = -0,37$, $p < 0,05$). Эта же связь наблюдается у здоровых лиц. Также установлено наличие достоверной положительной связи средней силы между продолжительностью интервала PQ и возрастом ($r = 0,44$, $p < 0,01$), продолжительностью PQ и стажем ($r = 0,45$, $p < 0,01$), и отрицательной связи средней силы между углом расположения электрической оси предсердий (ЭОС Р) и возрастом ($r = -0,59$, $p < 0,001$) и ЭОС Р и стажем ($r = -0,61$, $p < 0,001$). Эти связи могут быть объяснены как длительностью воздействия профессиональных факторов, так и возрастными изменениями. Частотный анализ встречаемости различных ЭКГ признаков увеличения электрических потенциалов ЛП выявил следующие закономерности: у 75 представителей основной группы (63,03%) индекс Макруза превышал 2, что оказалось достоверно чаще, чем к группе сравнения (1 человек, 5%) и контроля (3 человека, 15%, $\chi^2 = 34,07$, $p < 0,001$).

Вывод. Длительное профессиональное воздействие ЭМИРЧ в аспекте сердечно-сосудистой системы ассоциируется с нарушениями ритма и проводимости сердца, появлением ЭКГ-признаков гипертрофии левых отделов сердца, выраженность которых не коррелирует с уровнем АД, изменением нормального течения процессов реполяризации миокарда. Все указанные изменения прогрессивно увеличиваются с увеличением возраста и профессионального стажа работников РТС.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТА РЕПЕРFUЗИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАКТЕ МИОКАРДА П ST

КЕНЖАЕВ М.Л., АЛИМОВ Д.А., БОРИСОВА Е.М., КЕНЖАЕВ С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить показатели глобальной систолической функции ЛЖ в зависимости от результата реперфузии миокарда при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. В исследование было включено 302 пациента с ОИМ с элевацией сегмента ST. При изучении показателей глобальной и регионарной систолической функции ЛЖ больные были разделены на 3 группы: I группа – 196 (65%) больных с успешной реперфузией (с полной резолуцией сегмента ST); II группа – 76 (25%) больных с частичной реперфузией (снижение сегмента ST более чем на 30%, но менее чем на 70% от исходного уровня); III группа – 30 (10%) больных с отсутствием реперфузии (увеличение степени элевации, отсутствие к.п. динамики или уменьше-

ние элевации ST менее чем на 30% от исходного уровня).

Результаты исследования. После реперфузии конечно-диастолический объем ЛЖ в III группе составлял $154,3 \pm 2,9$ мл, во II группе $151 \pm 2,2$ и в I группе $150,3 \pm 1,3$ мл, который достоверно не различался в исследуемых группах, хотя в III группе отмечена недостоверная тенденция к увеличению этого показателя ($p > 0,01$), что было достоверно больше в III группе. В первой группе успешная реперфузия препятствовала развитию дилатации ЛЖ. Также показатель КСО ЛЖ у пациентов I, II, III групп составлял в среднем $78,05 \pm 1,4$, $86,5 \pm 1,2$

и $106,3 \pm 1,4$ мл, что свидетельствует о дилатации полости ЛЖ среди больных II и III группы. Среди больных III группы с неуспешной реперфузией (от-

сутствий динамики сегмента ST)–дилатация полости сердца развивалась достоверно чаще, чем у больных с частично успешной и успешной реперфузией миокарда. Фракция выброса ЛЖ–как показатель глобальной систолической функции ФВ ЛЖ был сниженным у всех групп. Значительное снижение наблюдалось в III группе, у которых реперфузия была unsuccessful, составляла в среднем $-40,5 \pm 0,5$. В I и II группе ФВ ЛЖ составляла $47,5 \pm 0,5$ и $46,3 \pm 0,3$, соответственно, что свидетельствует о положительном влиянии реперфузии на глобальную систолическую функцию ЛЖ. Процент систолического утолщения МЖП составил в среднем $31,2 \pm 0,8$, $28,7 \pm 0,88$, $22,5 \pm 0,8\%$, и процент утолщения ЗСЛЖ в среднем $32,2 \pm 0,7$,

$30,8 \pm 0,8$, $28,2 \pm 0,7\%$, соответственно в I, II, III группах, что свидетельствует о снижении кинетики стенок левого желудочка. Наиболее значительное снижение наблюдалось в III группе, у которых реперфузия была unsuccessful. Более достоверное снижение показателя $V_{\max \text{ ВТЛЖ}}$ –максимальная скорость кровотока в выходном тракте ЛЖ наблюдалось в III группе ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, при ОИМ пST процесс ишемии и реперфузии приводит к снижению показателей глобальной и нарушению сегментарной сократительной способности ЛЖ. Успешная реперфузия миокарда при ОИМ пST способствует сохранению показателей глобальной (ФВ ЛЖ, КСО ЛЖ) сократительной функции ЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р., АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ М.Л., ДАДАМЯНЦ Н.Г., РАХИМОВА Р.А., ГАНИЕВ У.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить корреляционные взаимосвязи между показателями продольной систолической функции и ремоделированием левого желудочка у больных острым инфарктом миокарда

Материал и методы. В исследование было включено 302 пациента с ОИМ с элевацией сегмента ST. Больные были разделены на 3 группы: I группа–196 (65%) больных с успешной реперфузией (с полной резольвацией сегмента ST); II группа–76 (25%) больных с частичной реперфузией (снижение сегмента ST более чем на 30%, но менее чем на 70% от исходного уровня); III группа–30 (10%) больных с отсутствием реперфузии (увеличение степени элевации, отсутствие к.л. динамики или уменьшение элевации ST менее чем на 30% от исходного уровня). Продольная систолическая функция миокарда ЛЖ оценивалась измерением амплитуды движения фиброзного кольца МК в 4-х точках. Продольная систолическая функция миокарда ЛЖ изучалась по амплитуде движения фиброзного кольца митрального клапана в М-режиме. Продольная систолическая функция миокарда ЛЖ изучалась исходно и при введении малых доз добутина.

Результаты исследования. В ходе исследования была выявлена прямая средняя корреляционная взаимосвязь с количеством добутином-реагированных сегментов и амплитуды движения ФК (АмпДФК) ($r=0,45$; $p<0,01$), с ФВ ЛЖ при МДД и АмпДФК ($r=0,46$; $p<0,01$). Такая взаимосвязь свидетельствует, что улучшение продольной систолической функции ЛЖ при остром ИМ в большей степени связано с наличием обратимой миокардиальной дисфункции (миокардиального станнинга) в зоне инфаркта. Так же, улучшение продольной систолической функции ЛЖ приводит к улучше-

нию глобальной систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ). Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями АмпДФК при МДД и ИНРС ($-r=0,45$; $p<0,01$), что означает прирост продольной систолической функции ЛЖ при введении малых доз добутина приводит к улучшению показателя сегментарной кинетики стенок ЛЖ за счет восстановления контрактильности в участках миокарда с миокардиальным станнингом. Была выявлена корреляционная взаимосвязь между показателями тяжести продольной систолической функции ЛЖ и показателями, характеризующими глобальное ремоделирование ЛЖ: АмпДФК с КДО ЛЖ ($-r=0,31$, $p=0,001$), АмпДФК с КСО ЛЖ ($-r=0,39$, $p=0,001$), АмпДФК с эффективной площадью просвета МР (ERO) ($-r=0,33$, $p=0,01$), что указывает на несомненную роль продольной систолической функции ЛЖ в патогенезе ремоделирования, дилатации ЛЖ и развития митральной регургитации. Отсутствию прироста АмпДФК при введении малых доз добутина сочеталось с низкими показателями ФВ ЛЖ, высокими цифрами ИНРС, КДО ЛЖ и КСО ЛЖ, что наблюдалось в основном среди больных группы 3–с unsuccessful реперфузией миокарда.

Таким образом, можно сделать вывод, что у больных с отсутствием реперфузии миокарда наблюдается значительное снижение продольной систолической функции миокарда ЛЖ, которое сопровождается ухудшением глобальной и регионарной систолической функции ЛЖ, неблагоприятными показателями ремоделирования и МР. Улучшение показателей продольной систолической функции ЛЖ при МДД после ОИМ связано с наличием обратимой дисфункции миокарда.

ВЛИЯНИЕ РЕПЕРFUЗИИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

КЕНЖАЕВ С.Р., АХМЕДОВ Л.А.

*Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить влияние реперфузионной терапии на систолическую дисфункцию левого желудочка у больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST.

Материал и методы. Нами было исследовано 132 больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST. Больным был проведен системный тромболизис (ТЛ). Среднее время от начала приступа до поступления в клинику составило $3,8 \pm 0,8$ ч. Эхокардиография проводилась исходно, в 1-е, 3-е, 7-е и на 14-е сутки для оценки показателей систолической функции ЛЖ.

Результаты исследования. При успешной реперфузии в течение 3-х часов от начала ишемии миокарда фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) достоверно улучшалась к 4–7-му дню наблюдения (отмечалось повышение на 15,2% от исходного) и совпадала с клиническим улучшением со-

стояния больных. При реперфузии в течение 3–6 ч ФВ ЛЖ достоверно увеличивается только к 14 дням болезни (с $45,2 \pm 0,9$ до $48,3 \pm 0,9\%$) ($p < 0,05$), но ее прирост был достоверно меньшим по сравнению с реперфузией в течение 3-х часов. После проведения реперфузии больным с ОКС установлено незначительное улучшение систолической функции ЛЖ в реперфузированном регионе в первые сутки и достоверное его увеличение отмечено к 7 и 14 дням болезни.

Выводы. Раннее адекватное восстановление коронарного кровотока больных ОКС приводит к постепенному восстановлению постишемической дисфункции миокарда ЛЖ за счет его оглушенных зон. Раннее проведение реперфузии приводит к быстрому восстановлению сократительной функции в зоне ишемии/реперфузии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ

КЕНЖАЕВ С.Р., АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ М.Л., ДАДАМЯНЦ Н.Г., РАХИМОВА Р.А., ГАНИЕВ У.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику продольной систолической функции левого желудочка при стресс-эхокардиографии с малыми дозами добутамина у больных острым ИМ.

Материал и методы. В исследование было включено 302 пациента с ОИМ с элевацией сегмента ST. Больные были разделены на 3 группы: I группа – 196 (65%) больных с успешной реперфузией (с полной резолуцией сегмента ST); II группа – 76 (25%) больных с частичной реперфузией (снижение сегмента ST более чем на 30%, но менее чем на 70% от исходного уровня); III группа – 30 (10%) больных с отсутствием реперфузии (увеличение степени элевации, отсутствие к.л. динамики или уменьшение элевации ST менее чем на 30% от исходного уровня). Продольная систолическая функция миокарда ЛЖ оценивалась измерением амплитуды движения фиброзного кольца МК в 4-х точках. Продольная систолическая функция миокарда ЛЖ изучалась по амплитуде движения фиброзного кольца митрального клапана в М-режиме. Продольная систолическая функ-

ция миокарда ЛЖ изучалась исходно и при введении малых доз добутамина.

Результаты исследования. При введении малых доз добутамина в первой группе больных с успешной реперфузией отмечалось достоверное увеличение амплитуды движения фиброзного кольца по МЖП от $1,12 \pm 0,6$ до $1,3 \pm 0,6$ см, по боковой стенке с $1,3 \pm 0,15$ см до $1,5 \pm 0,15$ см, по передней стенке от $1,02 \pm 0,14$ до $1,47 \pm 0,1$ и по нижней стенке от $1,3 \pm 0,15$ до $1,56 \pm 0,1$ см ($p < 0,01$). Такая же тенденция наблюдалась у больных второй группы. Хотя достоверное улучшение амплитуды движения фиброзного кольца наблюдалось только по МЖП, боковой стенке и нижней стенке ($p < 0,05$). По передней стенке при введении малых доз добутамина достоверно не привело к увеличению амплитуды движения фиброзного кольца МК ($p > 0,05$). У пациентов 2 и 3 групп отмечается снижение амплитуды движения фиброзного кольца по всем стенкам, при этом в 3 группе с отсутствием реперфузии отмечается существенное снижение данного показателя по МЖП. В 3 группе амплитуда дви-

жения фиброзного клапана колебалась от 0,79 до 0,96 см по разным точкам измерения и была достоверно ниже по сравнению с первой группой.

В 3 группе больных с неуспешной реперфузией введение малых доз добутамина не привело к улучшению амплитуды движения фиброзного кольца. Исходные показатели не различались с показателями при МДД ($p>0,05$) по всем точкам измерения.

Таким образом, при остром инфаркте миокарда в развитии дисфункции ЛЖ имеет несомненную роль и нарушение продольного укорочения стенок ЛЖ. Увеличение амплитуды ФК митрального клапана при введении малых доз добутамина является маркером улучшения продольной систолической функции ЛЖ.

ҚАРИЯЛАРДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ҚОДИРОВА Ш.А., ТЎРАЕВ О.А., АРИПОВА Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Катта ёшли кишиларда юрак ишемик касаллиги (ЮИК) кечишининг ўзига хос хусусиятларини, хавф омилларини ўрганиш.

Материал ва услублар. ЮИК билан қайд этилган беморларнинг касаллик тарихи ва текширув усуллари натижалари ўрганилди. Беморларнинг сони 524 та, улардан—344 таси эркаклар, 180 таси аёллар. Ўртача ёш—62,6 ёш. Барча ўрганилган беморлар ёш бўйича 3 гуруҳга ажратилди: 1-назорат гуруҳи: 45–59 ёш- 180 та, 2-гуруҳ: 60–74 ёш—251 та, 3-гуруҳ: 75–89 ёш—103 та. Барча беморларда ЭхоКГ текшируви ўтказилган, бунда чап қоринчанинг локал гипокинезияси, акинезия белгилари, зарб ҳажми (ФВ) камайганлиги (55% дан кам) аниқланган.

Тадқиқод натижалари. Стабил стенокардия—45–59 ёш —34,3 %, 60–74 ёш—63,7%, 75–89—58,5%, авж олувчи стенокардия 45–59 ёш —7,2%, 60–74 ёш—9,8%, 75–89—9,2%, ўткир миокард инфаркти—45–59 ёш —2,8 %, 60–74 ёш—9,8%, 75–89—1,2%, инфарктдан кейинги кардиосклероз: 45–59 ёш —31,7 %, 60–74 ёш- 35,8%, 75–89- 25,8%, ритм бузилиши: 45–59 ёш—2,8 %, 60–74 ёш- 4,5%, 75–89- 10,7%, миокард инфаркти атипик кечиши —1 ва 3-гуруҳларда учрамади, 2 —гуруҳда—1,2% ни ташкил қилди. ЮИК кечишида салбий рол ўйнайдиган хавфли омиллар: аёллар 1-гуруҳда—33%, 2-гуруҳда—37,5%, 3-гуруҳда—29%, эркаклар: 1-гуруҳда—67%, 2-гуруҳда—62,5%, 3-гуруҳда—71%, семириш: 1-гуруҳда—44%, 2-гуруҳда—39%, 3-гуруҳда—26%, дислипидемия: 1-гуруҳда—1,1%, 2-гуруҳда—1,6%, 3-гуруҳда—1,9%, чекиш: 1-гуруҳда—7%, 2-гуруҳда—20%, 3-гуруҳда—21%,

артериал гипертензия: 1-гуруҳда—37,2%, 2-гуруҳда—75%, 3-гуруҳда—82%, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари: 1-гуруҳда—1,2%, 2-гуруҳда—6%, 3-гуруҳда—7,2% ҳолда аниқланди. Шунингдек 2 ва 3-гуруҳ беморларида юрак ва мия артерияларининг атеросклеротик шикастланиши, овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги неопластик жараёнлар, сурункали гастрит шира ажратиш етишмовчилиги билан, ўт тош касаллиги, сурункали пиелонефрит, простата бези аденомаси, умуртқа поғонаси остеохондрози, артрозлар, психик депрессия, кўз касалликлари (катаракта, глаукома) ва карликлар консультантлар кўригида аниқланган. 60 ёшдан катталарда сурункали юрак етишмовчилиги асоратланиш (айниқса ФС III-IV) даражаси юқори (65 %). Ўрта ёшли кишиларда эса бу кўрсаткич 18 % ни ташкил этди.

Хулоса. Қари ва кекса ёшдагиларда ЮИК нинг кўпроқ учрашига атеросклероз, артериал гипертензия, қандли диабет, семириш ва дислипидемиянинг мавжудлиги хос ҳисобланса, ўрта ёшли кишиларда эса чекиш, семириш ва артериал гипертензия касаллигининг келиб чиқиши ва ривожланишида аҳамиятли эканлиги аниқланди. Қари ва кекса ёшдагиларда ЮИК стенокардия хуружлари билан бошланган бўлса, ўрта ёшлиларда эса ЮИК миокард инфаркти кўринишида бошланган. Буларнинг барчаси эса ёш улғайган сари миокард ва қон томирларининг тузилиши ўзгариши, тўқима ва хужайраларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши, улар эса уз навбатида қон айланиш етишмовчилигининг функционал чекланишига олиб келади.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

КОЧУЕВА М.Н., ПСАРЕВА В.Г., КОЧУЕВ Г.И., ЗАБИЯКА И.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина, Сумский государственный университет, Сумы, Украина

Цель исследования. Изучение структурно-функционального состояния сосудов у больных гипертонической болезнью (ГБ) с нормальной массой тела и ожирением (ОЖ).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 93 больных с ГБ II стадии 2 и 3 степени и ОЖ 1, 2 и 3 степени—25 больных с индексом массы тела от 30,0 до 34,9 кг/м² при 1 степени ОЖ (группа 1), 23 больных с индексом массы тела от 35,0 до 39,9 кг/м² при 2 степени ОЖ (группа 2) и 25 больных с индексом массы тела более 40,0 кг/м² при 3 степени ОЖ (группа 3). 20 больных ГБ имели нормальную массу тела, то есть индекс массы тела от 18,5 кг/м² до 25 кг/м² (группа 4). Возраст больных составлял от 49 до 64 лет (медиана возраста—58,3 года). Критерии включения в исследование: наличие ГБ II стадии 2 и 3 степени, сохранённая фракция выброса левого желудочка сердца и признаки диастолической дисфункции 1 и 2 степени, дистанция теста с 6-минутной ходьбой, соответствующей II функциональному классу сердечной недостаточности, нормальные уровни билирубина, печёночных ферментов, креатинина и глюкозы в крови, отсутствие в анамнезе инфарктов, инсультов и других кардиоваскулярных событий, протениурии, гемодинамически значимых нарушений ритма и проводимости, удовлетворительная ультразвуковая визуализация сердца. При исследовании анализировались жалобы, данные анамнеза, ЭКГ, УЗИ сосудов, проводились проба с реактивной гиперемией для определения степени эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевых артерий. Статистическая обра-

ботка полученных цифровых данных проводилась с использованием пакета программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 8.0.

Результаты исследования. Результаты исследования структурно-функционального состояния сосудов свидетельствовали о том, что у больных ГБ с увеличением массы тела прогрессивно увеличивались толщина комплекса интима-медиа сонных артерий (ТИМ), скорость распространения пульсовой волны в брюшной аорте (СПВ) и снижалась степень ЭЗВД плечевых артерий. Медианы ТИМ, СПВ и ЭЗВД у больных с нормальной массой тела соответственно составили 0,79 мм, 7,4 м/с и 9,4%, статистически значимо отличаясь от контрольных значений ($p < 0,05$). Медианы ТИМ, СПВ и ЭЗВД у больных с ОЖ 2 степени, соответственно, составили 0,86 мм, 8,8 м/с и 6, 1%, статистически значимо отличаясь от контрольных значений ($p < 0,05$). Медианы ТИМ, СПВ и ЭЗВД у больных с ОЖ 3 степени составили 0,91 мм, 8,9 м/с и 4,3%, соответственно, и статистически значимо отличались от контрольных значений и величин показателей больных с нормальной массой тела ($p < 0,05$).

Выводы. Нарастание массы тела у больных ГБ ассоциируется с увеличением комплекса интима-медиа сонных артерий, скорости пульсовой волны в брюшной аорте и снижением величины ЭЗВД плечевых артерий, что свидетельствует о негативном влиянии увеличения массы тела на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки.

МЕХАНИЗМЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

КОЧУЕВА М.Н., КИРИЧЕНКО Н.Н., ШАЛИМОВА А.С., КОЧУЕВ Г.И., СОКОЛ Т.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина, Сумской государственный университет, кафедра внутренней медицины последипломного образования, Сумы, Украина

Цель исследования. Изучение механизмов ремоделирования сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии 2 и 3 степени с ожирением (ОЖ).

Материал и методы. В исследовании участвовали 82 больных женского пола с ГБ II стадии 2

и 3 степени и ОЖ 1, 2 и 3 степени, то есть с индексом массы тела, соответственно, от 30,0 до 34,9 кг/м² (группа 1), от 35,0 до 39,9 кг/м² (группа 2) и более 40,0 кг/м² (группа 3). Возраст больных варьировал от 46 до 59 лет (медиана возраста—54,1 года). Критерии включения в исследование: на-

личие ГБ II стадии 2 и 3 степени при сохранённой систолической функции сердца и признаках диастолической дисфункции 1 и 2 степени, дистанция теста с 6-минутной ходьбой, соответствующей II функциональному классу сердечной недостаточности, нормальные уровни креатинина, билирубина, печёночных ферментов и глюкозы в крови, отсутствие в анамнезе инфарктов, инсультов и прочих кардиоваскулярных событий, протеинурии, гемодинамически значимых нарушений ритма и проводимости, удовлетворительная ультразвуковая визуализация сердца. Проводились общеклинические и ультразвуковые методы обследования, определялись уровни в крови иммунореактивного инсулина (ИРИ), С-реактивного протеина (СРП), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фибриногена (ФГ), ренина, ангиотензина II (АТII), альдостерона. Статистическая обработка полученных цифровых данных проводилась с использованием пакета программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 8.0.

Результаты исследования. У больных ГБ с увеличением массы тела прогрессивно нарастали уровни в крови ИРИ, ИЛ-6, СРП и альдостерона, при этом статистической значимости достигли различия медиан указанных параметров при

сравнении их в группах 1 и 3 ($p < 0,05$). Величины содержания в крови АТ II, ренина и ФГ в группах статистически значимых отличий не имели ($p > 0,05$), но в группе 3 имели тенденцию к нарастанию. Статистически значимые корреляционные связи были выявлены между уровнями систолического и диастолического артериального давления и индексом относительной толщины стенок левого желудочка ($r = 0,59$; $p = 0,00$ и $r = 0,45$; $p = 0,01$, соответственно), между уровнями в крови ИРИ, СРП и альдостерона с интегральным параметром диастолического наполнения Е/е (соотношением максимальных скоростей раннего диастолического наполнения при спектральном и тканевом доплеровских режимах) ($r = 0,48$; $p = 0,01$, $r = 0,57$; $p = 0,00$, $r = 0,58$; $p = 0,02$, соответственно) только в группах 2 и 3.

Выводы. Нарастание массы тела у больных ГБ ассоциируется с увеличением инсулинемии, активацией системного воспалительного ответа и альдостеронемией. В ремоделировании миокарда и развитии диастолической дисфункции левого желудочка сердца у больных ГБ с ОЖ принимают участие гемодинамические факторы, факторы системного воспалительного ответа, метаболические и нейрогуморальные факторы.

ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ

КУРБАНОВА З.П., ИБАДОВА О.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БАР) при лечении ИСАГ у пожилых больных.

Материал и методы. Общее число пациентов составило 30 человек (53% мужчин, 44% женщин, средний возраст $62,5 \pm 11,2$ года). Из них 4 пациента (13,3%) ранее не получали антигипертензивной терапии, а 26 больных (83,47 %) уже получали эналаприл (19,4%), рамиприл (25,5%), индапамид (21,9%) и бисопролол (16,6%). 14 больных дополнительно принимали различные лекарственные средства по поводу сопутствующих заболеваний, что могло повлиять на эффективность препарата и вызывать дополнительные осложнения терапии. Пациентам было назначено 80, 160 мг препарата вальсартан один раз в сутки. Все больные прошли обследование 3 раза на протяжении 3 месяцев, в динамике измеряли АД, собирали информацию о переносимости и оценивали эффективность терапии. Исходный уровень АД составлял в среднем 159,2 мм.рт.ст. для САД и 90,2 мм.рт.ст. для ДАД. Через месяц САД достигло 140,6 мм

рт.ст. и ДАД также снизилось до 84,8 мм.рт.ст. На третьем месяце отмечено дальнейшее снижение АД, в среднем САД составило 137,4 мм.рт.ст., а ДАД — 80,8 мм.рт.ст. В целом, снижение САД составило $-21,8$ мм.рт.ст. ДАД $-9,4$ мм.рт.ст.. За время наблюдения у 12 пациентов (40 %) отмечались нежелательные реакции, такие как головная боль (5 пациентов, 41,6 %), головокружение (4 пациента, 33,3 %) , усталость (3 пациента, 25 %), кашель (1 пациент 8,33 %). К концу исследования 60 % пациентов достигли АД менее 140/90 мм.рт.ст. при отсутствии нежелательных реакций. Остальные 40% пациентов достигли целевого уровня АД при минимальных побочных проявлениях.

Результаты исследования. БАР (в частности Вальсартан) является эффективным и безопасным антигипертензивным средством для лечения пожилых пациентов с ИСАГ, а именно продлевает и улучшает качество жизни пациентов, которое достигается главным образом предупреждением сердечно-сосудистых осложнений ИСАГ и минимальными побочными эффектами терапии. Рекомендуются первоначально титровать дозировку,

при этом максимальный антигипертензивный эффект развивается не раньше чем через две недели непрерывного приема, после чего суточную

дозу при необходимости можно повысить до 160 мг.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА МИОКАРДДА РИВОЖЛАНГАН ИНТЕРСТИЦИАЛ ФИБРОЗ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

ҚУРБАНОВ А.К., ГАДАЕВ А.Г., ТУРАКУЛОВ Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Систолик ва диастолик СЮЕ нинг оғирлик даражасини миокардда ривожланган интерстициал фиброз жараёнлари билан боғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга Тошкент тиббиёт академияси 3–клиникаси кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида даволанган 42 нафар СЮЕ ташхиси қўйилган беморлар олинди. Улар 2 гуруҳга бўлинган бўлиб, 1 гуруҳни (22 нафар)–систолик, 2 гуруҳни (20 нафар)–диастолик СЮЕ мавжуд беморлар ташкил этди. Хар иккала гуруҳда ҳам СЮЕ нинг NYHA бўйича II ва III функционал синфлари аниқланган беморлар танланди. Биринчи гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $68,3 \pm 1,8$ ни, иккинчи гуруҳдагиларни эса $66,7 \pm 1,6$ ни ташкил этди. СЮЕ нинг функционал синфлари беморлар шикоят, объектив кўрик ва 6 дақиқали юриш синамаси натижалари асосида аниқланди. Барча беморларда умумклиник, биокимёвий тахлиллар ва лаборатор асбобий текширувлар ўтказилди. Миокардда ривожланган интерстициал фиброз даражасини баҳолашда J. Shirani ва ҳаммуаллифлар (1992) томонидан таклиф этилган усул бўйича интерстициал коллаген фракцияси хажми (ИКФХ) аниқланди. Унда юқорида қайд этилган муаллифлар томонидан тавсия этилган ва электрокардиограмма ҳамда эхокардиография кўрсаткичларига асосланган холда қуйидаги формуладан фойдаланилади: $ИКФХ (\%) = (1-1,3 \times 12 \text{ тармоқдаги умумий QRS комплекси волта-}$

$жи (мм) \times бемор бўйи (м) / чап қоринча миокарди вазни (гр.) \times 100$. Ушбу формулани тавсия этишда J. Shirani ва ҳам муаллифлар беморларнинг ҳаёт даврида ўтказилган эндомиокард биопсияси натижалари ҳамда тавсия этилган формула ёрдамида аниқланган фиброз кўрсаткичларини солиштириб, уларни ишончли даражада мос келишини аниқлашган. Тадқиқотда олинган маълумотлар MS Excel (2007) пакетли статистик дастур ёрдамида тахлил қилинди. Таққосланаётган гуруҳлардаги фарқ ишончилиги Стьюдент мезони бўйича баҳоланди, бунда $p < 0,05$.

Тадқиқот натижалари. Текширув натижаларига кўра, 1 гуруҳ беморларда: СЮЕ нинг II ФС да ИКФХ 10%–20% ни, III ФС да 10%–30% ни ташкил этди. 2 гуруҳдаги беморларда: СЮЕ нинг II ФС да ИКФХ 10%–30% ни, III ФС да эса 10%–40% ни ташкил этди. СЮЕ нинг систолик фенотипи ва ИКФХ орасида кучсиз кореляцион боғлиқлик ($r = 0,17$), СЮЕ нинг диастолик фенотипи ва ИКФХ орасида эса ўртача кучдаги кореляцион боғлиқлик ($r = 0,35$) аниқланди. ИКФХ систолик ва диастолик СЮЕ да турли даражада ривожланганлиги ишончилиги аниқланди ($p < 0,05$).

Хулоса. Миокардда ривожланган интерстициал фиброз даражаси СЮЕ нинг систолик фенотипига қараганда диастолик фенотипида яққолроқ ривожланган. Ушбу кўрсаткични аниқланиши СЮЕ кечиши динамикасини баҳолашда алоҳида аҳамият касб этади.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК ФЕНОТИПЛАРИДА ЮРАК РИТМ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ

ҚУРБАНОВ А.К., ГАДАЕВ А.Г., ТУРАКУЛОВ Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) систолик ва диастолик фенотипларида юрак ритми бузилишларини бир кеча кундуз холтер мониторинг ёрдамида солиштирма тахлилини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси 3–кли-

никасининг кардиология, кардиореабилитация бўлимларида даволанган 22 нафар систолик ва 20 нафар диастолик СЮЕ мавжуд беморлар олинди. Биринчи гуруҳдагиларнинг ўртача ёши $68,3 \pm 1,8$, иккинчиларники эса $66,7 \pm 1,6$ ташкил этди. Барча беморларда умум клиник ва биокимёвий лаборатор текширувлар ўтказилди. Хар

иккала гуруҳда 6-дақиқалик юриш синамаси ўтказилиб, унинг натижасига кўра СЮЕ ни функционал синфлари аниқланди. Эхокардиография текшируви ёрдамида қоринчалараро тусиқ, чап қоринча орқа девори қалинлиги, унинг охириги систолик ва диастолик ўлчамлари баҳоланди. Ушбу кўрсаткичларга асосланиб чап қоринча охириги диастолик ва охириги систолик ҳажмлари, қон отиш фракцияси, чап қоринча миокарди вазни (Devereux R.B., 1977) усули бўйича аниқланди. Доплер текшируви ёрдамида чап қоринчани диастолик дисфункцияси трансмитрал диастолик оқим (ТМДП): чап қоринчанинг эрта (VE) ва кечки диастолик (VA) тўлиши, шунингдек уларнинг нисбати (VE/VA) аниқланди. Беморларда мавжуд ритм бузилишларни аниқлаш мақсадида Холтер мониторинг ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Биринчи гуруҳ беморларда 14 (63,6%) нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 16 нафар (72%) беморларда қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 4 нафарида (25%) да бигеминия типда, 3 нафарида (18,7%) тригеминия, 2 нафар (12,5%) беморларда жуфтлашган ва қолган 7 нафарида (43,7%) ягона

экстрасистолиялар қайд этилди. Иккинчи гуруҳ беморларнинг 16 нафарида (88,8%) суправентрикуляр экстрасистолиялар, 14 нафар (77 %) беморларда қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 5 нафарида (35,7 %) бигеминия типда, 4 нафарида (28,6%) тригеминия, 3 нафар (21,4%) беморларда жуфтлашган ва қолган 2 нафарида (14,3%) ягона экстрасистолиялар қайд этилди. Олинган маълумотларга кўра, иккинчи гуруҳ беморларда ҳам суправентрикуляр ҳам қоринчалар, жумладан ҳаёт учун хавф туғдурувчи жуфтлашган, бигеминия ва тригеминия типдаги экстрасистолиялар эпизоди кўп учраган. СЮЕ нинг систолик фенотипи билан юрак ритми бузилишлари ўртасида кучсиз тўғри кореляцион боғланиш ($r=0,16$), диастолик фенотипи билан юрак ритми бузилишлари ўртасида эса ўртача кучдаги тўғри кореляцион боғланиш аниқланди ($r=0,42$).

Хулоса. СЮЕ нинг систолик ва диастолик фенотипларида юрак ритми бузилиши даражаси турлича бўлиб, уларни даволашда миокарддаги бошқа ўзгаришлар билан бир қаторда фиброз жараёнлари даражасига ҳам эътибор қаратилиши мақсадга мувофиқдир.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕНОСИМОСТИ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНА CYP3A5

МАХМУДОВА У.Р., ХОШИМОВ Ш.У., ШЕК А.Б., ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т.

АО «Республиканский специализированный центр кардиологии», Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить переносимость симвастатина у больных нестабильной стенокардией в зависимости от полиморфизма гена CYP3A5.

Материал и методы. Обследовано 100 больных узбекской национальности, с нестабильной стенокардией напряжения IIB класс (E. Braunwald et al., 1989), с гиперхолестеринемией (ХС ЛПНП >100 мг/дл). Группу сравнения составили 41 здоровых лиц узбекской национальности. Средний возраст больных, включённых в исследование, составил $60,6 \pm 9,8$ лет, в контрольной группе $57,2 \pm 10,5$. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200», для проведения ПЦР амплификации использовали набор «SibEnzyme РФ».

Результаты исследования. В результате генотипирования 100 больных узбекской национальности выявлено следующее распределение CYP3A5 гена: *1/*1 генотип определен у 12 больных (12%), *1/*3 генотип—у 53 больных (53%), *3/*3 генотип—у 35 больных (35%), $\chi^2=0,032$ ($P>0,05$). Аллельное распределение показало преобладание носительства *3-аллеля по сравнению с *1-аллелем у больных нестабильной стенокардией узбекской национальности: *1-аллель—77 (38,5%), *3-аллель—123 (61,5%), $\chi^2=1,615$ ($P>0,05$). У здоровых лиц ($n=41$) соотношение *1/*1: *1/*3: *3/*3-генотипов было 11

(26,8%): 17 (41,5%): 13 (31,7%), а частоты *1 и *3-аллелей 39 (47,6%) и 43 (52,4%). Вышеописанные данные соответствовали теоретическому расчету частот генотипов и аллелей по Харди-Вайнбергу. В исследовании изучена переносимость гиплипидемической терапии симвастатина. По переносимости симвастатина больные были разделены на две группы; I группа (больные не переносят симвастатин, $n=50$) и II группа (больные переносят симвастатин, $n=50$), в которую включили больных, переносивших терапию статинами без побочных эффектов. Генотип *3/*3 являлся преобладающим в I группе больных и обнаружен у 29 (58%) обследованных, у 6 (12%) в II группе, то есть почти в 5 раз чаще. Генотип *1/*1 встречался почти одиноко в обеих группах: у больных I группы 5 (10%) и у II группы 7 (14%) случаев. В исследовании было выявлено, что генотип *1/*3 во II группе больных нестабильной стенокардией встречался чаще 37 (74%), чем в I группе больных 16 (32%).

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что для больных с непереносимостью симвастатина в виде гепатотоксических эффектов характерным является распространённость «дикого» типа *3/*3 полиморфизма CYP3A5, при котором, как известно, этот фермент полностью неактивен (χ^2 21,275; $P=0,000$).

ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

МАЦКЕВИЧ С.А., АТРОЩЕНКО Е.С., БАРБУК О.А., БЕЛЬСКАЯ М.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определение гендерных различий течения возвратной (постоперационной) стенокардии.

Материал и методы. Обследовано 35 женщин (средний возраст $56,74 \pm 4,15$ лет) и 35 мужчин (средний возраст $57,13 \pm 4,46$ лет) с возвратной (постоперационной) стенокардией функционального класса (ФК) II с сердечной недостаточностью ФК II (по NYHA). Время, прошедшее после операции коронарного шунтирования, в среднем составило в группе женщин $17,42 \pm 4,06$, в группе мужчин – $17,29 \pm 4,15$ месяцев. Симптомы стенокардии возникли у женщин и мужчин спустя $10,17 \pm 3,12$ и $10,18 \pm 3,14$ месяцев от операции соответственно. Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией. Верификация стенокардии напряжения, определение толерантности к физической нагрузке осуществлялись с помощью велоэргометрического тестирования. У всех пациентов оценивалось число ангинозных приступов в неделю и потребляемых таблеток нитроглицерина. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) – при помощи теста Спилбергера-Ханина. Качество жизни (КЖ) определяли с помощью «Сиэтлского опросника по стенокардии».

Результаты исследования. Частота ангинозных приступов и доза потребляемых антиангинальных препаратов в группе женщин была выше, чем в группе мужчин ($p < 0,05$). В результате психологического тестирования установлено, что тревожно-депрессивные расстройства определялись у 94,3% женщин и 82,9% мужчин. Депрессивные расстройства были выявлены у 71,4% женщин и 48,6% мужчин, тревожные расстройства – у 97,1% женщин и 85,7% мужчин. Несмотря на неболь-

шие различия по частоте определения тревожно-депрессивных расстройств, их выраженность различалась в зависимости от пола. Так, по данным шкалы HADS, депрессивные и тревожные расстройства были более выражены в группе женщин, чем мужчин ($p < 0,01$). Результаты теста Спилбергера-Ханина показали, что уровень СТ у пациентов значительно ниже, чем уровень ЛТ. Так, среднее значение СТ у женщин и мужчин соответствует умеренному уровню тревожности. Однако при рассмотрении индивидуальных опросников оказалось, что низкий уровень СТ отмечался у 2,9% пациентов обеих групп, умеренный уровень – у 54,3% женщин и 71,4% мужчин, высокий уровень – у 42,8% женщин и у 25,7% мужчин. Низкий уровень ЛТ отмечался у 2,9% пациентов обеих групп, умеренный уровень – у 40% женщин и 62,9% мужчин, высокий уровень – у 57,1% женщин и у 34,2% мужчин. Очевидно, что психовегетативные нарушения выявлены со значимым преобладанием в группе женщин. У мужчин был более активный темп выполнения физической нагрузки по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Показатель КЖ в группе мужчин был выше, чем в группе женщин ($p < 0,05$). В группе женщин выявлены обратные корреляционные связи между степенью выраженности тревожно-депрессивных расстройств с показателем КЖ ($r = 0,646$, $p < 0,01$) и с физической активностью ($r = 0,624$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, возвратная стенокардия у женщин протекает более агрессивно, с меньшей толерантностью к физическим нагрузкам, более выраженной психологической нестабильностью и низким качеством жизни. Выявленные особенности послеоперационной стенокардии у мужчин и женщин предполагают дифференцированный подход к проведению физической и психологической реабилитации.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

МАЦКЕВИЧ С.А., БАРБУК О.А., БЕЛЬСКАЯ М.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить кардиоренальные взаимоотношения при хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемической этиологии.

Материал и методы. Обследовано 130 пациентов с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза, средний возраст

$60,58 \pm 7,28$ лет. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались.

Медикаментозное лечение включало β -адреноблокаторы, иАПФ или АРА, дезагреганты, статины, мочегонные. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7

(GE, США-Бельгия) по стандартной методике. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила в среднем $50,9 \pm 7,68\%$. Признаки ХСН ФК II (с ФВ ЛЖ в среднем $52,2 \pm 5,09\%$) определялись у 73 (56,2%) пациентов, ХСН ФК III (с ФВ ЛЖ $47,2 \pm 6,61\%$) – у 57 (43,8%) пациентов. Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма $0,57-1,05$ мг/л), концентрацию креатинина – с использованием наборов Bskmap (норма $44,0-110,0$ мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73 м²) по уровню креатинина определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С – по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Для определения микроальбуминурии (МАУ в утренней порции мочи свыше 30 мг/л) использовался анализатор Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л).

Результаты исследования. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормы у всех обследованных пациентов. Средние значения креатинина ($99,80 \pm 11,67$ мкмоль/л) и цистатина С ($0,93 \pm 0,09$ мг/л) не превышали нормальных значений. Однако, повышенный уровень креатинина выявлен у 21,5% пациентов, повышенный уровень цистатина С – у 30% пациентов. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормы и состави-

ли соответственно $83,12 \pm 12,78$ и $84,25 \pm 11,87$ мл/мин/1,73 м². Снижение СКФ (легкое и умеренное), определяемое по уровню цистатина С, отмечалось у 63,8% пациентов. Умеренное снижение СКФ (по уровню цистатина С) имели 8,5% пациентов – эти пациенты имеют поражения органов-мишеней при отсутствии клинических проявлений. Отмечались повышенные уровни А1М (15,4% пациентов) и МАУ (13,8% пациентов). Выявлены статистически значимые взаимосвязи между структурно-объемными показателями сердца и маркерами дисфункции почек: положительная корреляция между уровнем А1М и давлением в легочной артерии (ДЛА ср.) ($r=0,48$, $p<0,01$), между размером правого желудочка (ПЖ) и уровнем цистатина С ($r=0,47$, $p<0,01$), отрицательные связи между размером ПЖ и показателем СКФ, определяемой по уровню цистатина С ($r=-0,47$, $p<0,01$), между ФВ ЛЖ и цистатином С ($r=-0,56$, $p<0,001$), между цистатином С и А1М ($r=0,52$, $p<0,001$).

Выводы. Таким образом, у большинства пациентов с ХСН ишемического генеза имеются признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений. Очевидно, цистатин С, микроальбуминурию и альфа-1-микроглобулин можно рассматривать как ранние маркеры дисфункции почек при ХСН, которые связаны с риском развития систолической сердечной недостаточности. Следовательно, дисфункцию почек можно рассматривать как возможный маркер прогрессирования ХСН, и тактику предотвращения прогрессирования ХСН следует направлять на поддержание оптимальной функции почек.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

МУХАМЕДОВА Б.Ф., АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ М.Л., АЛИМОВ Д.А., ТУРСУНОВ Х.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент Узбекистан

Цель исследования. Оценить гемодинамическую эффективность коронарной реваскуляризации методом ангиопластики со стентированием у больных нестабильной стенокардией с сахарным диабетом.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 46 больных (средний возраст $58,25 \pm 8,36$ лет) нестабильной стенокардией и фоновой патологией в виде сахарного диабета II типа (СД), у 40 больных (87%) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у которых по результатам первичного обследования была выявлена необходимость коронарной ангиопластики и было проведено стентирование коронарных артерий (выявлено в среднем $3,65 \pm 0,86$ стенозов на больного и имплантировано $1,89 \pm 0,32$ стента). Эффективность ангиопластики оценивалась по результатам эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования

(сравнение исходной ЭхоКГ – до ангиопластики и через 12–24 месяца). В качестве контрольной группы (КГ) были зарегистрированы ЭхоКГ показатели 20 здоровых добровольцев сопоставимого возраста. Статистическая обработка включала расчет средних арифметических величин и стандартного отклонения. Все показатели подчинялись закономерностям нормального распределения.

Результаты исследования. ЭхоКГ обследование выявило дилатацию левых отделов сердца (диастолический передне-задний диаметр левого предсердия – ЛП – $3,25 \pm 0,25$ см против $3,08 \pm 0,38$ см, различие – нд, конечный диастолический объем левого желудочка – КДО ЛЖ – $147,48 \pm 13,29$ мл против $108,96 \pm 12,95$ мл, $p<0,05$), снижение систолической функции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка – ФВ ЛЖ – $48,69 \pm 9,77\%$ против $68,16 \pm 13,27\%$, $p<0,001$) и нарушение реги-

онарной сократимости (индекс нарушения регионарной сократимости–ИНРС– $1,86 \pm 0,06$ против $0,99 \pm 0,04$, $p < 0,001$). После проведения коронарной реваскуляризации всем больным назначалась стандартная терапия ишемической болезни сердца, включающая бетаблокаторы, статины и двойную антиагрегантную терапию, а также по показаниям нитраты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/блокаторы рецепторов ангиотензина, диуретики, блокаторы медленных кальциевых каналов. Контрольное обследование проводилось через 12–24 месяца, при этом контрольная коронароангиография выявила рестеноз в 29 имплантированных стентах (33,33%). Контрольная ЭхоКГ выявила достоверное увеличение диаметра ЛП (до $3,75 \pm 0,14$ см, достоверность с исходными данными $p < 0,001$) и незначи-

тельное уменьшение КДО ЛЖ (до $131,63 \pm 15,63$ мл, нд). При этом ФВ ЛЖ значительно увеличилась (до $53,00 \pm 9,21\%$, $p < 0,01$), а ИНРС снизилась (до $1,61 \pm 0,04$, $p < 0,05$).

Выводы. Настоящее исследование показало, что у больных СД в случае нестабильной стенокардии стентирование коронарных артерий в третьих случаях осложняется ре-стенозом имплантированных стентов в течение первых 1–2-х лет наблюдения. Тактика ведения больных, включающая помимо стандартной антиишемической терапии, реваскуляризацию миокарда путем стентирования, способствует достоверному улучшению глобальной и региональной систолической функции миокарда, хотя размер ЛП увеличивается, что может свидетельствовать о прогрессивном нарушении диастолической функции ЛЖ.

БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН КЕЧГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОЛЛАРИНИНГ ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛ БИЛАН ДАВОЛАШ ФОНИДА ҲАЁТ СИФАТИ ВА КЛИНИК ҲОЛАТИ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., ТАГАЕВА Д.Р., ИРГАШЕВА С.С.

«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Даволаш жараёнида буйраклар дисфункцияси (БД) билан кечган I–III функционал синф (ФС) сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор беморларда ҳаёт сифати (ҲС) ва клиник ҳолат кўрсаткичлари динамикасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. I–III ФС СЮЕ бўлган 120 та бемор текширилди. Биринчи гуруҳда (I) 60 та бемор бўлиб, улардан I ФС (18та), II ФС (22та) ва III ФС (20 та), 6 ой давомида стандарт терапия фонида (спиролактон, бета-блокаторлар, антиагрегантлар)–лозартан (препаратнинг ўртача дозаси $66,3 \pm 25,6$); иккинчи гуруҳда (II)–60 та бемор I ФС (19 та), II ФС (21 та) и III ФС (20 та) стандарт терапия фонида–лизиноприл (препаратнинг ўртача дозаси $6,8 \pm 2,6$ мг/сут) қабул қилдилар. Ҳамма беморларга 6 дақиқалик юриш тести, ҲС ва клиник ҳолатни баҳолаш тестлари ўтказилди, буйраклар дисфункциясини баҳолаш учун MDRD формуласи бўйича (Modification of Diet in Renal Disease Study) мл/мин/1,73м²да КФТ аниқланди. ҲС юрак етишмовчилигида қўлланиладиган Миннесот сўровномаси ёрдамида ҲС жамланма индекси (ЖИ) асосида баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. ҲС (ҲС ЖИ) ва клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи кўрсаткичлари баллар йиғиндисининг таҳлилида СЮЕ нинг ФС ортишида иккала гуруҳда ҳам бу кўрсаткичларнинг ишонарли даражада ортганини кўрсатди. ЮЕ симптомлари намоён бўлиш даражаси билан 6 дақиқалик юриш тести натижалари орасида ишонарли тескари корреляцион боғлиқлик $r = -0,912$ ва $r = -0,809$ тегишлича кузатилди. Биринчи гуруҳ

I, II и III ФС СЮЕли беморларда MDRD формуласи бўйича коптокчалар филтрация (КФТ) тезлиги $76,4 \pm 13,7$, $69,4 \pm 11,3$ ва $58,1 \pm 9,3$ мл/мин/1,73 м², иккинчи гуруҳда– $74,4 \pm 12,6$, $71,4 \pm 14,5$ ва $62,1 \pm 11,13$ мл/мин/1,73 м² ни ташкил этди. ҲС индекси, 6 дақиқалик юриш тести ва КФТ орасида ишонарли тескари корреляцион боғланиш аниқланди. 6 ой давомида лозартан ёки лизиноприл кўшилиши билан даволаш натижасида СЮЕ бор беморларда ишонарли даражада ҲС яхшиланиши кузатилди. Биринчи гуруҳ СЮЕ I ФСдаги беморларда даволаш давомида ҲС жамланма индекси ва клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи баллари бошланғич натижаларга нисбатан 32,4% и 50,7% ($p < 0,001$) га, иккинчи гуруҳда 25% ва 42,6% ($p < 0,001$)га; II ФС биринчи гуруҳ беморларида 23,8% ва 29,2% ($p < 0,001$)га, 2 гуруҳда 12,8% ва 41,8% ($p < 0,001$)га; III ФС лозартан гуруҳида 13,9% ва 22,5% ($p < 0,001$) га, лизиноприл гуруҳида 8,5% ($p < 0,005$) ва 18,2% ($p < 0,001$)га, тегишлича кўтарилди. Беморларда ҲС кўрсаткичларининг яхшиланиши жисмоний зўриқишга толерантликни ортишига олиб келиб, 6 дақиқалик юриш тести масофасининг узайишига олиб келиб, I, II ва III ФС биринчи гуруҳда 13,1%, 14,5% ва 16,6% ($p < 0,001$)ни, иккинчи гуруҳда 16,3% ($p < 0,005$), 9,4% и 13% ($p < 0,001$)ни ташкил этди.

Хулоса. СЮЕ бор беморларда ҲС яхшиланиши ва жисмоний зўриқишга толерантликни ортиши кузатилиб, даволаш динамикасида ҲС кўрсаткичларининг ва СЮЕ клиник белгиларининг яхшиланишида иккала гуруҳда таққослама мослик кузатилди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., ИБАБЕКОВА Ш.Р., ДЖУРАЕВА В.Х.

*«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт
маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) I-III функционал синф (ФС) бор бўлган беморларда буйраклар тубулоэпителиал тизимининг кўрсаткичларига лозартан ва лизиноприлнинг таъсирини таққослаш.

Материал ва усуллар. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) I-III ФС СЮЕ бор 120 та бемор дастлабки ва 6 ой давомида даволангандан сўнг текширилди. Биринчи гуруҳда (I) 60 та—I ФС СЮЕ (18та), II ФС (22та) ва III ФС (20та) бемор бўлиб, 6 ой давомида стандарт терапия асосида (спиранолактон, бета-блокаторлар, антиагрегантлар)—лозартан, титрланиш дозаси 50–100 мг суткада (препаратнинг ўртача дозаси $66,3 \pm 25,6$); иккинчи гуруҳда (II)—60 та—СЮЕ I ФС (19та), II ФС (21та) ва III ФС (20та) бемор бўлиб,—лизиноприл 5–10 мг суткада қабул қилдилар (ўртача доза— $6,8 \pm 2,6$). Беморларнинг ўртача ёши $62,3 \pm 5,6$ ёшни ташкил қилди. Назорат гуруҳини 20 та соғлом киши ташкил қилди. Ҳамма беморларга клиник текширув ўтказилиб, қон зардобидидаги креатинин ва пешобда ферментлар—аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), ишқорий фосфатаза (ИФ) даражаси биохимик усулда «Спектрофотометр СФ–46» аппаратида аниқланди.

Тадқиқот натижалари. СЮЕ биринчи гуруҳ беморларда пешобдаги ферментларнинг бошланғич кўрсаткичлари таҳлил қилинганда назорат гуруҳи натижаларига нисбатан АЛТ, АСТ, ИФ ишонарли даражада I ФС да 14,2%, 15,2%, 41,9% ($p < 0,05$) га, II ФС да—29,6%, 20,4%, 88,8% ($p < 0,05$) га, IIIда ФС беморларда—81,4%, 52,5%, 98,7% ($p < 0,05$) га те-

гишлича ортгани кузатилди. Иккинчи гуруҳдаги беморларда ҳам назорат гуруҳи натижаларига нисбатан АЛТ, АСТ, ИФ даражаси ишонарли даражада ($p < 0,05$): I ФСда—12,2%, 14,8%, 43,5% ($p < 0,05$) га, II ФС да—28,4%, 13,7%, 48,1% ($p < 0,05$) га, III ФСда—83,3%, 57,9%, 120,9% га ортиши кузатилди. Лозартан билан 6 ой давомида даволашдан сўнг назорат гуруҳига нисбатан пешобдаги АЛТ, АСТ, ИФ ферментларининг даражаси бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишонарли даражада тегишлича пасайиши кузатилди: I ФС да—15,9%, 10,0%, 16% ($p < 0,001$) га; II Ф Сда—39%, 38%, 34% ($p < 0,001$) га; III ФС да—29%, 22%, 21% га ($p < 0,001$).

Лизиноприл билан 6 ой давомида даволашдан сўнг назорат гуруҳига нисбатан пешобдаги АЛТ, АСТ, ИФ ферментларининг даражаси бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишонарли даражада пасайиши кузатилди: тегишлича I ФС—11%, 9,7%, 13% ($p < 0,001$, $p < 0,005$) га; II ФС—35%, 33% и 20% ($p < 0,001$) га; III ФС—26%, 22%, 38% ($p < 0,001$) га.

Хулоса. СЮЕ бор беморларда касаллик зўрайиши давомида буйраклар функциясининг субклиник бузилишлари кузатилиб, гломеруляр филтър ва буйрак каналчалари тубуляр эпителий-си цитоплазматик мембранаси бутунлиги бузилишдан далолат берувчи ферментурия даражаси ортиши билан характерланади ва бу жараёни СЮЕ бор беморларда буйраклар дисфункциясининг ишонарли предиктори деб ҳисобласа бўлади. 6 ой даволаш давомида иккала гуруҳда пешобдаги ферментлар даражаси ишонарли пасайиши кузатилди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЛОЗАРТАН ВА ЛИЗИНОПРИЛНИНГ НЕЙРОГУМОРАЛ КЎРСАТКИЧЛАРГА ТАЪСИРИ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., ИРГАШЕВА С.С., МАШАРИПОВА Д.Р.

*«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт
маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. II-III функционал синф (ФС) сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлган беморларнинг қон зардобидида мия натрийуретик пептиди Nt-proBNP (МНУП), альдостерон (Аль) и норадреналина (НА) миқдорларига лозартан ва лизиноприлни қўшилган 6 ойлик давонинг қиёсий самарасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) II ФС (24 та) ва III ФС (22 та) СЮЕли 45 ёшдан70 ёшгача (ўртача $55,6 \pm 6,8$ ёш) бўлган беморлар текширилди. Шу ёшга мос ҳолда 14 та кўнгилли соғлом эркак киши назорат гуруҳида бўлди. Биринчи гуруҳ беморлар (23 бемор) 6 ой давомида стандарт терапия асосида (спиранолак-

тон, бета-блокаторлар, антиагрегантлар)–лозар-тан, титрланиш дозаси 50–100 мг суткагача (препаратнинг ўртача дозаси $66,3 \pm 25,6$); иккинчи гуруҳ беморлар (23 бемор)–лизиноприл, 5–10 мг суткада (препаратнинг ўртача дозаси $6,8 \pm 2,6$) қабул қилдилар. Ҳамма беморларга комплекс клиник-лаборатор текширувлар ўтказилиб, қон зардобидagi нейрогуморал факторларнинг (МНУП, Ал, НА) плазмадагми концентрацияси аниқланди.

Тадқиқод натижалари. СЮЕ бор беморларда МНУП, Ал, НА миқдори назорат гуруҳига нисбатан биринчи гуруҳ II ФС беморларда 216%, 56% ва 86,5% ($p < 0,001$)га, III ФС 329,4%, 93,1% ва 125,2% ($p < 0,001$) га; иккинчи гуруҳ II ФС беморларда –201%, 53,5% ва 86,5% ($p < 0,001$) га, III ФС–319%, 91,5% и 122,6% ($p < 0,001$) га кўтарилганлиги аниқланди. II ФС беморларда МНУП ва Ал орасида тўғри корреляцион боғланиш бўлиб, $r = +0,9$, а III ФС $r = +0,9$ ($p < 0,001$) ни ташкил этган. Бу кўрсаткичларнинг ўзгариб туришини ҳисобга олган ҳолда, МНУП ва Ал миқдорига асосан текширилган беморларнинг медиананинг кичик кўрсаткичлари (ўрта юқори даража) оралғидаги тақсимланишини ва медиананинг катта курсаткичлари (юқори даража)да тақсимланиши ўрганилиб, СЮЕ II ФС беморларида МНУП ва Ални кўтарилиши ўрта юқори даража–51% ва 62%, юқори даража–44% ва 37%, тегишлича, кузатилди. СЮЕ III ФС беморларида МНУП ва Ални юқори даража кўтарилиши 59% и 64%, тегишлича, беморларда кузатилди.

МНУП миқдорининг ўзгаришлари СЮЕ II ФС беморларида 405,2 дан 1035,8 фмоль/млгача, III

ФС беморларида 787,0 дан 1036,6 фмоль/млгача кўрсаткичларни намоён қилди. Ал миқдорининг ўзгаришлари СЮЕ II ФС беморларида 189,9 дан 375,4 пг/млгача, III ФС беморларида 242,8 дан 435,6 пг/млгача кўрсаткичларни намоён қилди. НА миқдорининг ўзгаришлари СЮЕ II ФС беморларида 540,2 дан 1070,1 пг/млгача, III ФС беморларида 935,4 дан 1082,1 пг/млгача кўрсаткичларни намоён қилди.

6 ой даволанишдан сўнг биринчи гуруҳ беморларда нейрогормонлар (МНУП, Ал и НА) даражаси бошланғич кўрсаткичларга нисбатан пасайиши кузатилди: II ФС беморларда–43,7%, 21,2%, 22,5% га, тегишлича; III ФС–31,7%, 42,6%, 9,9%га тегишлича. Иккинчи гуруҳ беморларда МНУП, Ал ва НА даражаси бошланғич кўрсаткичларга нисбатан II ФС беморларида –36,5%, 21,2%, 22,5% га тегишлича; III ФС беморларида–35,2%, 31,2%, 8,3% га тегишлича, пасайиши кузатилди.

Хулоса. СЮЕ бор беморларда қон зардобидagi МНУП, Ал ва НА даражаларининг ишонарли кўтарилиши кузатилди ва касаллик авж олган сари, II ФС беморларида нейрогормонларнинг кўрсаткичлари ўртача юқори даражада, III ФС беморларда эса бу кўрсаткичлар юқори даражада эканлиги аниқланди. β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари ёки АРА билан комбинирланган даво ўрганилган нейрогормонлар фаоллигини ортисини инкор қилишга имкон берди ва 6 ой даволанишдан сўнг иккала гуруҳда деярли бир хил ишонарли даражада НА, МНУП ва Аль миқдори пасайишига олиб келди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА АТОРВАСТАТИН ВА СИМВАСТАТИННИНГ ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., МАШАРИПОВА Д.Р., ИБАБЕКОВА Ш.Р.

«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бор беморларда аторвастатин ва симвастатиннинг қиёсий самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. I-II функционал синф (ФС) стабил стенокардияли 45–60 ёшдаги тож томир касаллиги 40 та бемор (ўртача $55,7 \pm 5,3$ ёш) текширилди. Тож томирлар касаллиги ташхиси ва ФС Канада врач кардиологлар ассоциацияси классификациясига, инструментал текширув натижаларига, клиникага ва касаллик тарихига асосланиб, қўйилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ 20 та бемордан ташкил топган (I ФС–9та ва II ФС–11та) бўлиб, асосий даво билан бирга 40 мг суткада симвастатин қабул қилдилар. 2 гуруҳ–20 та бемор (I ФС–8 та ва II

ФС–12 та) бўлиб, асосий даво билан бирга 20 мг суткада аторвастатин қабул қилдилар. Ҳамма беморларда умумий холестерин (УХ), паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП), юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП), ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари бошланғич даврда ва 8 ҳафта даволанишдан сўнг ўрганилди. 8 бўлимдаги 36 та саволдан ташкил топган SF–36 анкета сўровномаси ёрдамида ҳаёт сифати ўрганилиб, 8 баллик шкала орқали баҳоланди ва юқори кўрсаткичлар ҳаёт сифатининг юқори даражасини белгилайди. Натижаларда ҳар бир бемор 0–100% гача баллар йиғиши мумкин.

Тадқиқод натижалари. Бошланғич даврда I гуруҳ беморларда УХ– $6,072 \pm 0,23$ ммоль/л,

ПХЛП— $4,08 \pm 0,16$ ммоль/л ва ЮЗЛП— $1,05 \pm 0,14$ ммоль/л, II гуруҳ беморларида УХ— $6,335 \pm 0,17$ ммоль/л, ПЗЛП— $4,063 \pm 0,23$ ммоль / л ва ЮЗЛП— $0,95 \pm 0,13$ ммоль/л ни ташкил қилди. Лаборатор кўрсаткичлар 2 ой даволанишдан кейин динамикада УХ ва ПЗЛП камайишини, ЮЗЛП иккала гуруҳда ортишини кўрсатди. 8 ҳафталик даволашдан сўнг I гуруҳ беморларда УХ 13,9% га камайиб, $5,225 \pm 0,142$ ммоль/л ($P < 0,05$) ни, ПЗЛП 4,3% га камайиб, $3,899 \pm 0,095$ ммол/л ни ташкил қилди. 8 ҳафталик даволашдан сўнг II гуруҳ беморларда УХ 20,5% га камайиб, $5,032 \pm 0,168$ ммоль/л ни, ПЗЛП 35,1% ($P < 0,05$) га камайиб, $-2,638 \pm 0,245$ ммол/л ни ташкил қилди. ЮЗЛП лар иккала гуруҳда 11,2% и 6,7% га тегишлича кўтарилди.

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари таҳлилида жисмоний имконият (ЖИ), жисмоний оғриқ (ЖО), саломатликнинг умумий ҳолати (СУХ) ва ҳаётийлик (Х) бўлимларига оид шкалаларда энг паст да-

ражалар кузатилди. Иккала гуруҳ беморларида SF-36 анкета сўровномасида руҳий саломатлик кўрсаткичларидан ташқари бошқа барча бўлимларда паст кўрсаткичлар (56,3% гача) кузатилиб, касаллик симптомлари беморлар ҳаётининг турли томонларига салбий таъсиридан келиб чиқди. 8 ҳафталик даволашдан сўнг ХС ни баҳолашда аторвастатин гуруҳида жисмоний кўрсаткичлар ($62,11 \pm 10,13$ дан $79,17 \pm 3,14$; $P < 0,05$ гача), СУХ ($44,17 \pm 8,26$ дан $67,14 \pm 6,24$; $P < 0,05$ гача), эмоционал таркиб ва функционаллик ($58,19 \pm 11,12$ дан $68,19 \pm 4,12$; $P < 0,05$ гача) яхшиланди. 8 ҳафталик симвастатин билан даволанишдан сўнг жисмоний кўрсаткичлар ($63,2 \pm 11,15$ дан $75,2 \pm 4,14$; $P < 0,05$ гача), ва СУХ, эмоционал таркиб ва функционаллик яхшилانганлиги кузатилди.

Хулоса. Натижаларга кўра симвастатинга нисбатан аторвастатиннинг клиник самарадорлиги юқори эканлиги аниқланди.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

РУСТАМОВА М.Т., САЛИМОВА Н.Д., ТАГАЕВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности динамического наблюдения различной кратности за больными артериальной гипертензией с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 70 больных с артериальной гипертензией с метаболическим синдромом в возрасте от 45 до 65 лет, среди них 45 женщин и 25 мужчины. Всем больным было проведено: клинико-физикальное (антропометрические показатели), лабораторное (параметры липидного спектра, уровень глюкозы в сыворотке крови) и инструментальное (ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД) исследование. Исследуемых больных разделили на 4 группы: первая группа (12 человек) наблюдалась у кардиолога в поликлинике по месту жительства 1 раз в месяц, вторая группа (24 человека) наблюдалась у кардиолога 1 раз в 3 месяца, третья группа (19 больных)—1 раз в 6 месяцев, четвертая группа, состоявшая из 15 больных, наблюдалась спонтанно, в связи с ухудшением состояния. Продолжительность исследования составила 12 месяцев. Все выделенные группы в начале исследования были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, показателям артериального давления, концентрации глюкозы в сыворотке кро-

ви, а также длительности заболевания, наличию сопутствующих патологий и социально-экономическому положению.

Результаты исследования. Госпитализация в течение года вследствие прогрессирования артериальной гипертензии отмечена у 1 (8,3%) больного первой группы, у 1 (4,2%) больного второй группы, у 5 (26,3%)—больных третьей группы и у 8 (53,3%) больных четвертой группы. Острый инфаркт миокарда в течение года был зафиксирован в 5,3% случаев (1 пациент) в третьей группе и в 13,3% (2 человека)—в четвертой группе. Причиной смерти одного больного третьей группы послужило острое нарушение мозгового кровообращения, а больного четвертой группы—инфаркт миокарда. В первой и во второй группах острых нарушений мозгового кровообращения, острых инфарктов миокарда, а также летальных случаев не было зафиксировано.

Вывод. Диспансерное наблюдение за больными артериальной гипертензией с метаболическим синдромом, проводимое не реже 1 раза в 3 месяца, позволяет снижать число госпитализаций, а также летальность.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОБРАТИМОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИШЕМИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДОБУТАМИНОВОЙ ПРОБОЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИЗИСА

САЙФИЕВ Н.Я., АЛЯВИ Б.А., КЕНЖАЕВ С.Р., ТУЛАГАНОВА Д.К., РАДЖАБОВА Д.И.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить изменения сегмента ST и зубца Т и локальную сократимость левого желудочка для выявления обратимой дисфункции и ишемии левого желудочка во время пробы с добутамином у больных острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST после тромболизиса.

Материал и методы. У 62 больных неосложненным острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST проба с добутамином была выполнена в среднем $5,5 \pm 3,3$ дней после тромболизиса. У всех больных был проведен тест с применением как малых, так и больших доз добутамина (средняя доза составила $32,9 \pm 7,7$ мкг/кг/мин).

Результаты исследования. Всего было проанализировано 992 сегмента у 62 больных. У каждого пациента перед началом пробы регистрировались сегменты с нарушениями локальной сократимости (в среднем по $4,9 \pm 2,6$ сегментов, всего 304 сегментов). Малые дозы добутамина: из 304 сегментов с первоначальными нарушениями локальной сократимости в 147 (48,7%) улучшилась сократимость на малых дозах добутамина. Сократительный резерв в инфаркт-связанной области не менее чем в двух сегментах был отмечен у 47 (75%) из 62 больных. Высокие дозы добутамина: из 147 сегментов с исходно нарушенной сократимостью и улучшивших сократимость на малых дозах добутамина, сократимость 109 сегментов вернулась к первоначальному состоянию (двухфазный ответ). Новые нарушения сократимости появились еще в 64 первоначально нормально сокращающихся сегментах. В 76 сегментах с исходно нарушенной сократимостью при введении высоких доз добутамина наблюдалось ухудшение

локальной сократимости. В 39 сегментах с первоначальными нарушениями локальной сократимости на высоких дозах введения появилась дискинезия. Ухудшение сократимости, указывающее на ишемию миокарда появилось у 50 (80%) больных, в том числе у 15 (30%) больных в регионах, отдаленных от инфаркт-связанной области. У 50 (80%) больных отмечено ухудшение сократимости в инфаркт-связанной области. У 36 (72%) из них имел место двухфазный ответ сократимости. Исходная элевация сегмента ST отмечалась у 25 (40%) больных, отрицательные зубцы Т у 54 больных (87%). Одновременно элевация сегмента ST и отрицательный зубец Т наблюдались у 21 больного (33%) и отсутствие изменений ST-T было отмечено у 4 (6%) больных. Среди 50 больных с ишемией миокарда на высоких дозах добутамина у 28 появилась элевация сегмента ST (новая или дальнейшая, что касается малых доз добутамина) и у 46—псевдонормализация отрицательного зубца Т ЭКГ. Среди 12 больных без ишемии миокарда подобные изменения ЭКГ появились, соответственно, у 5 и у 7 обследованных ($p > 0,05$).

Выводы. Следовательно, новая или дальнейшая элевация сегмента ST и псевдонормализация отрицательного зубца Т показывают чувствительность, соответственно, 56% и 92% и специфичность—58% и 41% при диагностике ишемии в инфаркт-связанной артерии. При определении обратимой дисфункции (сократительного резерва) новая или дальнейшая элевация сегмента ST и псевдонормализация отрицательного зубца Т показывают чувствительность 53% и 85% и специфичность 46% и 13%.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

САЛИХОВА М.Ф., ГАДАЕВ А.Г., РАХИМОВА М.Э.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить и проанализировать основные факторы риска у больных с ХСН и приверженность их к лечению.

Материал и методы. В исследование были включены 64 больных с ХСН ишемической эти-

ологии, средний возраст которых составил $65,7 \pm 3,2$ лет, из них 40 мужчин и 24 женщины. Продолжительность ХСН в среднем составила 3 года. Диагнозы всех больных верифицированы на основании МКБ-10. Больным было проведено

стандартное обследование, включая шкалу оценки клинического состояния при ХСН в модификации В. Ю. Мареева (ШОКС), тест ходьбы в течение 6 мин (ТШХ). В условиях стационара все больные получали необходимое медикаментозное лечение в зависимости от общего состояния, степени выраженности признаков ХСН, фоновых и сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. У 52 (87%) включенных в обследование пациентов наряду с ИБС была диагностирована ГБ, у 17 выявлена избыточная масса тела и 34 пациента страдали ожирением I-II степени. Из этих больных 51 (82%) один раз, 13 (18%) два и более раз перенесли инфаркт миокарда. У 7 (12%) больных был установлен ХСН ФК I, у остальных ФК II-III. Обнаружено, что повышение общего холестерина было отмечено у 52 (87%) больных, в основном за счет ХС ЛПНП и ЛПОНП. У 4 больных, по данным ЭКГ, выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий, у 12 больных – предсердные и желудочковые экстрасистолы II и III классов по Лауну. Следует отметить, что при обследовании 64 больных у каждого из них выявлены от 1 до 7 ФР, причем с 2–3 ФР – 13 больных, с 4–5 – 28 и более 5 – 23 больных. Те пациенты, которые страдали более высокими функциональными классами ХСН, получали периодическое стационарное (2–3 и более раз в году) лечение. В амбулаторных условиях в 67% случаев пациенты принимали фуросемид, 26,3% – ИАПФ, 28% – антагонисты рецепторов ангиотензина II, 18,4% – верапирон по 25–100 мг в день, 17,4% – дигоксин. Но эти препараты при-

нимались нерегулярно и в неадекватной дозе. 47 больных после выписки из стационара через 1–1,5 месяца самостоятельно уменьшали дозу и количество рекомендованных препаратов или вообще прекращали их прием. При опросе было выяснено, что причинами нерегулярного приема лекарственных средств являются следующее: 14 (23,3%) больных – из-за низких финансовых возможностей не могли приобрести необходимые препараты, 27 (45%) пациентов считали, что регулярный прием лекарств вредно для организма, 9 (5,4%) больных часто забывали принимать препараты, 7 (11,7%) – думали, что достаточно 2–3 раза в году получать стационарное лечение. Лишь 13 больных из 64 выполняли все рекомендации врача. С пациентами были проведены занятия в виде беседы о необходимости регулярного приема медикаментов и о способах устранения управляемых факторов риска. По результатам опроса после проведенного обучения наблюдался рост показателей приверженности пациента к лечению.

Выводы. В результате проведенного исследования была установлена зависимость исхода лечения и прогноза болезни у больных с ХСН от приверженности к лечению самих пациентов. При соблюдении рекомендаций лечащего врача, касающиеся диеты, образа жизни и при проведении адекватной медикаментозной терапии можем наблюдать улучшение качества жизни, клинического состояния пациентов, уменьшение частоты случаев прогрессирования ХСН и числа госпитализаций.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

СУДЖАЕВА О.А., КОШЛАТАЯ О.В., ИЛЬИНА Т.В.

Республиканский научно-практический центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить возможности контрастной компьютерной томографической ангиографии (КТА) в оценке эффективности кровотока нативных коронарных артерий (КА) и проходимости стентов после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включено 14 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет (в среднем $63,1 \pm 5,1$ года), из них 4 (29%) – женщины, 10 (71%) – мужчины. Крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ) за 12–48 месяцев до включения в исследование перенесли 12 (86%) из 14 пациентов. У всех включенных в исследование выполнена инвазивная коронарная ангиография (КАГ), ангиопластика и стентирование КА. У 9 (64%) из 14 пациентов ЧКВ проведена в остром периоде ИМ,

у 5 (36%) через 12–48 мес после развития ИМ. У каждого пациента в зависимости от характера поражения коронарного русла было имплантировано от 1 до 3 стентов (в среднем $1,3 \pm 0,6$). Всего у 14 пациентов имплантировано 18 стентов. У 4 (28%) имплантированы стенты с медикаментозным покрытием, у 10 (72%) – голометаллические стенты. У 3 пациентов использованы стенты размером $2,75 \times 14$ мм и $2,75 \times 15$ мм, у 6 – $3,0 \times 18$ –25 мм, у 1 – $3,5 \times 18$ мм, еще у 1 – $4,0 \times 16$ мм. Данные о размерах стентов у 2 пациентов не найдены. КТА выполнялась с помощью 384-срезового двух энергетического компьютерного томографа премиум-класса Siemens Somatom Force. Непосредственно перед исследованием через кубитальную вену вводился рентген контрастный препарат ом-

никак. Перед проведением КТА у всех пациентов проводилась комплексная оценка клинического статуса, по общепринятым методикам выполнены велоэргометрическая проба (ВЭП) или тредмил-тест, 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМЭКГ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6,0» для Windows. Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты исследования. Стенокардия напряжения, согласно Канадской классификации, имела место у 12 (86%) из 14 пациентов, причем у 11 (92%) из 12 диагностирован II функциональный класс (ФК), у 1 - III ФК. У 1 пациента при проведении ХМЭКГ регистрировалась безболевого ишемия миокарда. У 14 пациентов при КТА и КАГ проанализирован кровоток в 154 сегментах КА. По данным КАГ, 4 (31%) из 14 пациентов имели 1-сосудистое, 4 (31%) – 2-х сосудистое, 2 (15%) – 3-х сосудистое поражение КА, еще у 3 (23%) из 14 обследованных выявлены изменения более, чем в

3 КА. У каждого пациента имелось от 1 до 5 стенозов КА $>50\%$ (в среднем $2,2 \pm 1,2$ стеноза). При сопоставлении данных КАГ и КТА ложноположительные результаты в виде стеноза, по данным КТА, при его отсутствии при КАГ не выявлены ни в одном случае, т.е. специфичность метода КТА в выявлении стенозов нативных КА по сосудам составила 100%. Имевшие место по данным КАГ гемодинамически значимые стенозы КА не были визуализированы при КТА в 7 (5%) из 154 проанализированных сегментов КА, т.е. чувствительность метода КТА в выявлении стенозов КА по сосудам составила 95%. Все установленные 18 стенозов при КТА хорошо визуализировались, в 2 стентах выявлен рестеноз до 50% просвета. При сопоставлении результатов КТА по пациентам установлено, что данные КТА и КАГ совпадали у 10 (71%) из 14 пациентов. У 4 пациентов (29%) при КТА не были выявлены описанные при КАГ стенозы КА, т.е. при КТА получен ложноотрицательный результат.

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТАИРОВА З.К.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль факторов риска в прогрессировании хронической сердечной недостаточности у больных с ревматическими пороками сердца.

Материал и методы. Было обследовано 50 пациентов (39 женщин, 78%; 11 мужчин, 22%) в возрасте от 20 до 55 лет (в среднем 37,5 лет), с длительностью заболевания от 2 до 16 лет (в среднем 9 лет). Согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA), у 19 (38%) пациентов была диагностирована ХСН II ФК, у 23 (46%) — III ФК, у 8 (16%) — IV ФК. У 34 (68%) больных был выявлен сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза, у 6 (12%) – сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, у 5 (10%) – комбинированные митро-аортальные пороки и у 5 (10%) – корриктированные пороки.

Результаты исследования. Факторами риска развития сердечной недостаточности явились: анемия (II-III степени тяжести) (82%), поздняя обращаемость пациентов (70%), нарушения ритма сердца (мерцательная аритмия, экстрасистолия, полная блокада ЛНПГ) (86%), несвоевременное применение лекарственных средств (сердечных гликозидов, диуретиков, АПФ-ингибиторов) (44%), частые респираторные заболевания (обострения 4–6 раз в год) (40%), чрезмерная физическая активность (32%), отягощенная наследственность (26%), ги-

пергликемия (уровень глюкозы в крови 6,8–8,1 ммоль/л) (12%), ожирение (22%), несвоевременное кардиохирургическое лечение (6%). I степень анемии (уровень гемоглобина 110–90 г/л) была диагностирована у 9 (18%) пациентов, II степень (уровень гемоглобина 90–70 г/л) – у 33 (66%) пациентов, III степень (уровень гемоглобина ниже 70 г/л) – у 8 (16%) пациентов. Причиной развития анемии были: у 12 (24%) больных дефицит железа (железа сыворотки крови 7–10 мкмоль/л), у 15 (30%) – нарушение функции почек (СКФ 50–65 мл/мин/1.73 м²), у 6 (12%) – гемодилюция и нарушение функции почек. У 17 (34%) больных анемия была оценена как анемия хронических заболеваний. Частота госпитализаций пациентов с ХСН имела прямую корреляционную связь с количеством факторов риска.

Выводы. Поздняя обращаемость пациентов, анемия (II-III степени тяжести), мерцательная аритмия, экстрасистолия, полная блокада ЛНПГ, погрешности в лечении и частые респираторные заболевания являются распространенными факторами риска развития ХСН у больных с ревматическими пороками сердца. Повышение функционального класса сердечной недостаточности, тяжелое течение ХСН и ухудшение прогноза зависят от коморбидности факторов риска. Пациенты с наличием трех и более факторов риска, имеют частую госпитализацию с более длительным пребыванием в стационаре.

ВЛИЯНИЕ ТИВОРТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ТУЛЯГАНОВА Д.К., АЛЯВИ А.Л., ШОДИЕВ Ж.Д., РАДЖАБОВА Д.И., ТОШЕВ Б.Б.

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

Цель исследования. Изучение влияния Тивортин на изменение систолической и диастолической функции сердца у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. В исследование включены больные ИБС, подвергшиеся реваскуляризации миокарда в отделении интервенционной кардиологии центра. На этапе подготовки всем пациентам проводилась селективная коронарография по Джадкинсу [Judkins M., 1967] и по Соунсу [Sones F. M., 1959] при помощи ангиографической установки «GeneralElectric» (США). Исследования проводили на ультразвуковом аппарате Samsungmedison «Accuvix.V20» (Корея) с использованием секторного датчика с цветным режимом и импульсно-волновым, непрерывно-волновым режимом с частотой 2–4 МГц в стандартных эхокардиографических позициях в М- и В-режимах, согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества (ASE) (SchillerN.B. et al., 1989). Обследовано 42 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, средний возраст $53,5 \pm 1,5$ года. Все пациенты получали общепринятую антиангинальную терапию (β -адреноблокаторы, антиагреганты, статины, и по показаниям ингибиторы ИФ каналов, нитраты). Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа больных ($n = 22$) наряду с общепринятой терапией дополнительно получала Тивортин (аргинин-гидрохлорид, «Юрияфарма», Украина) в виде 4,2% раствора внутривенно, по 100 мл 1 раз в сутки (5 дней), с переходом на раствор для перорального приема по 10 мл, 2 раза в сутки, в течение 12 недель. Больные 2-й группы ($n = 20$) получали только общепринятую стандартную терапию.

Результаты исследования. После лечения наиболее информативными оказались следующие показатели ЭхоКГ: КДО уменьшился на 10,8% ($p < 0,05$) и 5,1% ($p > 0,05$) в 1-й и во 2-й группах, соответственно. КСО уменьшился на 8,4% ($p < 0,05$) и 2,5% ($p < 0,05$), соответственно. Фракция выброса возросла на 18,2% ($p < 0,01$) и 7,0% ($p > 0,01$) в 1-й и во 2-й группах. Скорость раннего трансмитрального потока (Е) возросла на 15,6% ($p < 0,01$) и 5,5% ($p > 0,01$), а отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) на 19,6% ($p < 0,01$) и 7,1% ($p < 0,05$), соответственно.

Выводы. По результатам исследования было отмечено, что Тивортин, как донатор оксида азота, обладает высокой терапевтической активностью, что проявляется достоверным увеличением систолической и диастолической функции миокарда ЛЖ у больных стабильной стенокардией напряжения. Выявлено, что включение Тивортин в базисную терапию больных стабильной стенокардией напряжения, подвергшихся реваскуляризации коронарных сосудов, приводит к улучшению гемодинамических параметров уже через 3 месяца.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ NPPA, NPPB, NPR3 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЁМА L- АРГИНИНА

ТУЛЯГАНОВА Д.К., РАДЖАБОВА Д.И., САЙФИЕВ Н.Я., ТОШЕВ Б.Б., ШОДИЕВ Ж.Д.

ОА «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить показатели концентрации мозгового NPPA, NPPB, NPR3 генов натрийуретического пептида и ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий, на фоне приёма Тивортин.

Материал и методы. Обследовано 75 больных ИБС II и III ФК, средний возраст составил $62,3 \pm 6,9$ года. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Проводилось изучение морфоме-

трических параметров ЛЖ методом эхокардиографии на аппарате «Samsung Medison Accuvix V20» (Корея) и определение содержания МНУП методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови больных. Больные основной группы получали Тивортин по 10 мл 2 раз в сутки в течение 3 месяцев.

Результаты исследования. При анализе данных морфометрических параметров, основных показателей систолической функции и объемных показателей ЛЖ у обследованных групп

больных выявлено, что наибольшие изменения гемодинамики выявлены у больных ИБС ФК III. Отмечалось увеличение степени дилатации ЛЖ и увеличение конечно-диастолического (КДО) и конечно-систолического объемов ЛЖ (КСО ЛЖ) на 24,8% ($p < 0,05$) и 48,3% ($p < 0,05$), соответственно, по сравнению с показателями больных с II ФК. Отмечалось снижение фракции выброса ЛЖ (ФВ) на 24,3% ($p < 0,05$), что свидетельствует о понижении сократительной способности миокарда. Выявлено, что у больных ИБС отмечается активация нейрорегуляторных факторов, что отражается увеличением содержания МНУП у всех обследованных больных и эти изменения коррелируют с прогрессированием заболевания. У больных ИБС II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП в 2,9 раза ($p < 0,05$) и в 4,7 раза ($p < 0,05$) выше при III ФК ИБС по сравнению с показателями здоровых лиц. Исследовано и сравнено внутри каждого гена 5 НУП NPPA, NPPB (rs632793 rs198388, rs198389, rs6676300, rs1009592). Эти гены отражают низкий риск послеоперационной желудочковой дисфункции, а NPR3 (rs700923, rs765199, rs700926) были связаны с повышенным риском послеоперационной желудочковой дисфункции. Через 3 месяца на фоне приема Тивортин отмечалось улучшение

гемодинамических показателей. Так, включение в лечение L-аргинина способствовало росту фракции выброса (ФВ) на 8,2%, 7,3 % ($p < 0,05$) у больных ИБС II ФК и III ФК, тогда как у больных контрольной группы ФВ возросла на 1,3% ($p > 0,05$). Выявлено, что конечно-диастолический индекс (КДИ), который у пациентов был ниже, чем у здоровых ($p < 0,05$), без достоверной разницы между группами, под влиянием лечения несколько увеличился. Такую же закономерность наблюдали и в показателе ударного индекса (УИ).

Выводы. Таким образом, изменение морфометрических показателей ЛЖ у больных ИБС наряду с тяжестью течения коррелирует с уровнем МНУП. У больных с разными ФК ИБС повышенные цифры этих показателей отмечались при высоком уровне МНУП. Следовательно, необходимо своевременное определение концентрации мозгового натрийуретического пептида, с целью раннего выявления ремоделирования миокарда и предикторов развития сердечно-сосудистых событий. Добавление L-аргинина в комплексной терапии больных ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК II-III, перенесших стентирование коронарных артерий, приводит к статистически значимому улучшению клинико-лабораторных показателей.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ЮРАК РИТМ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАХЛИЛИ

ТУРАКУЛОВ Р.И., ГАДАЕВ А.Г., КУРБАНОВ А.К., РАЗИКОВ А.А.

Ташкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) камқонлик ва камқонликсиз кечганида юрак ритми бузилишларини бир кеча кундуз холтер мониторинг билан ёрдамида солиштирма тахлилини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси 3–клиникасининг кардиология ва кардиореабилитация бўлимида даволанган 25 нафар СЮЕ камқонлик ва 15 нафар СЮЕ камқонликсиз кечган беморлар танланди. Барча беморларга умум қабул қилинган клиник ва лаборатор текширувлар ўтказилди. Хар иккала гуруҳда 6-дақиқалик юриш синамаси ўтказилиб, унинг натижасига кўра СЮЕ-Ени функционал синфлари аниқланди. Эхокардиография текшируви ёрдамида қоринчаларо тусиқ, чап қоринча орқа девори қалиниги, унинг охириги систолик ва диастолик ўлчамлари аниқланди. Ушбу кўрсаткичларга асосланиб чап қоринча охириги диастолик ва охириги систолик ҳажмлари, қон отиб бериш фракцияси, чап қоринча миокард массаси Devereux R.B., (1977) усули бўйича аниқланди. Доплер текшируви ёрдамида чап қоринчани диастолик дисфункцияси

трансмитрал диастолик оқим: чап қоринчанинг эрта ва кечки диастолик тўлиши шунингдек уларнинг нисбати ёрдамида аниқланди. Беморларда мавжуд ритм бузилишларни аниқлаш мақсадида Холтер мониторинг ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. Биринчи гуруҳ беморларда 16 (66,6%) нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 18 нафар (75%) беморларда қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 3 нафарида (16,6%) бигеминия типда, 5 нафарида (27,7%) тригеминия, 2 нафар (11,1%) беморларда жуфтлашган ва қолган 8 нафарида (44,4%) ягона экстрасистолиялар, 2 (8,3%) нафар беморда бўлмачалар фибриляцияси қоринчалар тахисистолияси билан қайд этилди. Иккинчи гуруҳ беморларнинг 8 нафарида (50,0%) суправентрикуляр экстрасистолиялар, 9 нафарида (56,2%) қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 3 нафарида (33,3 %) бигеминия типда, 2 нафарида (22,2%) тригеминия, 1 нафар (11,1%) беморларда жуфтлашган ва қолган 3 нафарида (33,3%) ягона экстрасистолиялар қайд этилди. Олинган маълумотларга кўра, СЮЕ камқонлик билан кечган гуруҳ беморларда суправентрикуляр ҳамда қоринчалар,

жумладан ҳаёт учун хавф туғдурувчи жуфтлашган, бигеминия ва тригеминия типдаги экстра-систолиялар кўп учраган. Камқонлик билан кечган СЮЕ ва юрак ритми бузилишлари ўртасида ўртача кучдаги тўғри кореляцион боғланиш ($r=0,38$), камқонликсиз кечганларда эса кучсиз тўғри кореляцион ($r=0,18$) боғланиш аниқланди.

Хулоса. СЮЕ камқонлик ва камқонликсиз кечганда юрак ритми бузилиши даражаси турлича бўлиб, камқонлик нафақат ушбу оғир асорат кечишини оғирлаштирувчи омил, балки турли ритм бузилишлари кўпайишига ҳам сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланди.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ХАФИЗОВА Л.Ш., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить антигипертензивную эффективность и возможность органопroteкции и влияние на параметры внутрисердечной гемодинамики длительной комбинированной терапии (24-х недельной терапии) индапамида с амлодипином и блокатором РАС—периндоприлом или валсартаном у больных ЭГ с высоким и очень высоким риском ССО.

Материал и методы. В исследование включены 57 больных АГ II-III степени АГ (ESH/ESC, 2013) высокого и очень высокого риска, мужского (44%) и женского (56%) пола, у которых ранняя моно- и двухкомпонентная антигипертензивная терапия была не эффективной. Средний возраст больных составил $57,65 \pm 7,61$ лет, средняя длительность заболевания— $10,20 \pm 7,22$ лет. Больным назначалась терапия индапамидом (2,5 мг/сут), амлодипином (5–10 мг/сут) с периндоприлом (либо с валсартаном 40–160 мг/сут). Проводилось офисное измерение АД по методу Короткова, ЭхоКГ.

Результаты исследования. Применение комбинированной терапии индапамида с амлодипином и блокатором РАС у больных ЭГ с высоким и очень высоким риском ССО способствует быстрому достижению целевых САД и ДАД.

К концу 24-недельной терапии целевые значения САД, ДАД, АДср достигнуты у 54 (94,7%) больных. Степень снижения САД, ДАД и АД среднего составила— $20,22 \pm 7,01\%$, $20,06 \pm 7,28\%$, $20,18 \pm 6,60\%$, соответственно, во всех случаях $p=0,000$. Комбинированная терапия обеспечивает достоверную регрессию ГЛЖ: ММЛЖ снизилась от $267,89 \pm 76,57$ г на исходе до $229,38 \pm 69,00$ г ($p=0,024$) к концу исследования, при этом ИММЛЖ снизилась от $137,51 \pm 33,80$ г/м² на исходе до $117,30 \pm 30,24$ г/м² к концу наблюдения ($p=0,005$), а степень ее снижения составила— $14,22 \pm 10,60\%$. Уменьшилось число больных с концентрической ГЛЖ (8,8%) и эксцентрическим типом ГЛЖ (9%). Улучшилась ДФ ЛЖ (8%). Оба режима терапии характеризовались хорошей переносимостью.

Вывод. Трехкомпонентная терапия амлодипином, индапамидом и блокаторами РАС отличается высокой антигипертензивной эффективностью, выраженностью органопroteктивных воздействий, хорошей переносимостью, что в целом характеризует данную комбинацию как наиболее оптимальную и эффективную в снижении риска ССО у большинства больных АГ.

ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

ХОЛМУХАМЕДОВ Б.Т., ДАДАБАЕВА Н.А., РАМАЗАНОВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить течение ИБС после проведенного коронарного стентирования.

Материал и методы. Мы проанализировали клиническое течение ИБС у 45 больных после стентирования в сроки от одного до четырех лет и более. Больные были в возрасте 43–76 лет, из них мужчин 36, женщин 9. Всем больным до черескостного вмешательства было проведено клинико-ла-

бараторное и инструментальное исследование (ЭКГ и ЭХОКГ).

Результаты исследования. У 35 из них в анамнезе перенесенные инфаркты миокарда (ИМ), у 28 с зубцом Q. Год назад ИМ был у 8 (17%) больных, 2 года у 9 (20%), 3 года у 5 (11%) и 4 года и более у 15 (33%). На ЭКГ рубцовые изменения в виде QS на передней стенке у 7 больных, зад-

ней у 10, боковой у 4 и обширные у 7, хроническая коронарная недостаточность у 5, мерцательная аритмия у 2, полная блокада левой ножки пучка Гисса у 3, гипертрофия левого желудочка у 24.

До поступления коронарное стентирование до года было проведено у 21 (47%) больного, до 2 лет у 7 (16%), до 3 у 4 (9%) и 4 и более лет у 13 (29%). 40 больным поставлен один стент, двоим—два, одному—четыре и двум—пять. У 3 больных стентирование проводилось дважды. Как мы видим, у половины больных после стентирования ангинозные эпизоды повторились в течение первого года и у 29% через 4 и более лет.

В кардиологическое отделение больные поступали с диагнозом повторный ИМ—12 больных, нестабильная прогрессирующая стенокардия 32 и 1 со стабильной стенокардией III ФК. Наши результаты согласуются с данными Л.А. Бокерия с соавт. (2011 г.). ХСН по NYHA ФК II была у 28 (56%) больных, ФК III у 17 (38%). Трое больных с ИМ по-

ступили с сердечной астмой, двое с отеком легких и один с кардиогенным шоком.

Выводы. Почти все больные, которым проведено коронарное стентирование, в анамнезе перенесли ИМ, чаще с зубцом Q, подтвержденным на ЭКГ. Стентирование в основном проводилось одного сосуда и у половины из них через год наступило ухудшение клинического состояния в виде ИМ и нестабильной стенокардии. Потому можно сделать вывод, что первый год особенно опасен в связи с рестенозом и требует активного наблюдения и лечения антиагрегантами и антикоагулянтами. В более поздние сроки, особенно через 4 и более лет уже возможно прогрессирование атеросклероза и включение в процесс других коронарных артерий. В связи с этим, в лечение должны быть включены статины. Коронарное стентирование не является единственным методом терапии больных ИБС, так как не может предотвратить прогрессирование ИБС.

ИЗУЧЕНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ФАКТОРА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ШАОЛИМОВА З.М., КАМИЛОВА У.К., НУРИТДИНОВА Н.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь фактора Виллебранда (фВ) с сосудодвигательной функцией эндотелия у больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 45 мужчин с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно NYHA: 1 группу составили 25 больных с II ФК и 2 группу 20 больных с III ФК ХСН. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводилось с использованием проб с реактивной гиперемией с использованием системы ACUSON 128 XP/10 США, оснащенной линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7 МГц путем лоцирования изображения правой плечевой артерии, измерением диаметра артерии и скорости кровотока. Реактивную гиперемию вызывали применением манжеточной пробы. Измерение диаметра плечевой артерии производили на 60 секунде после компрессии. Изменение диаметра вычисляли как процентное соотношение диаметра, полученного после компрессии, и исходного. Уровень фактора Виллебранда определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе «VIDAS». Для определения уровня фВ при выполнении «манжеточной» пробы забор крови производили в

горизонтальном положении, непосредственно перед компрессией плечевой артерии и после пяти-минутного пережатия, не снимая манжеты.

Результаты исследования. У больных первой группы в покое диаметр плечевой артерии составил $4,47 \pm 0,06$ мм. В фазу реактивной гиперемии отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии на 8,7%, составляя $5,17 \pm 0,89$ мм ($P > 0,05$). У больных второй группы исходный диаметр плечевой артерии составил $3,30 \pm 0,48$ мм, в фазу реактивной гиперемии диаметр плечевой артерии увеличился на 7,4%, составляя $3,97 \pm 0,54$ мм ($P > 0,05$), что свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия у больных III ФК ХСН. У больных первой группы уровень фВ в крови исходно составлял $58,02 \pm 4,6\%$. После компрессии данный показатель возрос до $90,9 \pm 14,5\%$. У больных второй группы уровень фВ в крови исходно составлял $60,2 \pm 12,2\%$, после компрессии $112 \pm 8,6\%$. Увеличение уровня фВ в крови после компрессии плечевой артерии у больных с II ФК ХСН 38,2%, с III ФК ХСН 53,7%, соответственно.

Выводы. Таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным II-III ФК ХСН, отмечается нарушение функции эндотелия и повышение уровня фактора Виллебранда в крови, который более выражен у больных с III ФК ХСН.

СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

ШЕРАНОВ А.М., ЖУРАЕВ С.О.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Было изучено состояние гормональной системы у больных гипертонической болезнью среднего возраста.

Материал и методы. Обследовано 70 больных с гипертонической болезнью I, II, III ст. 45–59 лет, из них мужчины составили 31 и женщины 39 пациентов. Использованы радиоиммунные методы определения концентрации альдостерона и активности ренина в плазме крови. Применялись стандартные коммерческие наборы реактивов, согласно прилагаемым к наборам инструкциям.

Результаты исследования. В первой стадии ГБ у больных было выявлено незначительное повышение активности альдостерона 82 ± 13 пг/мл/ч и значительное повышение концентрации активности ренина в плазме крови 6,8 пг/мл/ч. По мере прогрессирования стадии болезни у больных данной группы сопровождалось снижением активности ренина и значительным повышением концентрации альдостерона 4,6 пг/мл/ч и 123 ± 22 пг/мл/ч, соответственно, которая превышала таковую

у здоровых лиц. Были значительные различия активности ренина плазмы в зависимости от пола и стадии болезни. Так, у больных мужского пола в начальных стадиях гипертонической болезни отмечена более выраженная активация ренина в плазме, чем у женщин. У женщин отмечалось повышение концентрации альдостерона более выраженное, чем у мужчин. По мере прогрессирования болезни активность ренина плазмы снижалась более достоверно у мужчин и повышение альдостерона было более значительным у женщин.

Выводы. Таким образом, анализ исходного уровня активности ренина и концентрации альдостерона в зависимости от стадии болезни выявил, что с прогрессированием болезни увеличивается количество больных с низкими показателями активности ренина, т.е. с «гипорениновой» формой. Также, вместе с этим увеличился число больных с высоким уровнем альдостерона в плазме. Секреторная активность ренина находится в зависимости от состояния симпатoadренальной системы.

ВЫРАЖЕННОСТЬ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ЭЛМУРАДОВ Ф.Х., ИБРАГИМОВ У.Д., ГАДАЕВ А.Г., РАХИМОВА М.Э.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить состояние интерстициального фиброза в миокарде у больных дисфункцией почек, развившейся на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН), и без нее.

Материал и методы. Обследовано 30 больных, из них 11 женщин и 19 мужчин, средний возраст их составлял $61,3 \pm 3,7$. В свою очередь, все больные были разделены на две группы. 1 группа (13 больных) – ХСН, осложненная дисфункцией почек, 2 группа (17 больных) – ХСН без почечной патологии. Всем пациентам были проведены необходимые общепринятые лабораторные и инструментальные методы обследования. Диагностику и оценку ХСН проводили, согласно с национальными рекомендациями Всероссийского Национального Общества Кардиологов и Общества Сердечно-Сосудистой Недостаточности по диагностике и лечению ХСН (2012). Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали, согласно K/DOQI (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5–3,5 МГц, измерения

проводили, согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Для оценки функционального состояния почек больным проводилось биохимическое обследование с определением концентрации креатинина в крови. СКФ рассчитывали по формуле Кокрофта-Голта. Оценка выраженности фиброзного процесса в миокарде проведена путем расчета объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) по методике J. Shirani et al. [1992]. Статистический анализ результатов проведен методами описательной статистики в программе MS Excel (2007). Достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам обследования было выявлено, что показатель ОФИК у пациентов 1 группы варьировал от 15% до 50% (в норме показатель ОФИК колеблется в диапазоне 2–6%). Также были изучены показатели ОФИК при различных стадиях ХБП. По мере роста стадии ХБП было отмечено увеличение выра-

женности ОФИК: 15–30% при ХСН с ХБП I стадии, 30–40% ХБП II стадии, 40–50% III стадии. У пациентов без наличия почечной дисфункции показатель ОФИК составил 10–30%. Различия между пациентами ХСН с ХБП и без нее оказались достоверными, $p < 0,05$. Нами была определена прямая корреляционная связь между ОФИК и у больных с дисфункцией почек при ХСН, которая соответ-

ствовала средней силе ($r = 0,31$), а между ОФИК и без наличия ХБП – слабой силе ($r = 0,12$).

Выводы. Течение ХСН, ассоциированной с ХБП, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и течением заболевания. А также увеличивает выраженность фиброзного процесса в миокарде, который требует особого внимания при коррекции лечения.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ НЕГИЗИДА РИВОЖЛАНГАНДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ КУЗАТИЛИШИ

ЭЛМУРАДОВ Ф.Х., ГАДАЕВ А.Г., РАХИМОВА М.Э., ИБРАГИМОВ У.Д.

Ташкент тиббиёт академияси, Тошкент, Узбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) ва усиз кечаётган сурункали юрак етишмовчилигида (СЮЕ) юрак ритми бузилишларини бир кеча кундузлик холтер мониторинги ёрдамида солиштирма тахлилини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси 3–клини-касининг кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида даволанган 30 нафар, улардан: 17 нафар СЮЕ СБК мавжуд ва 13 нафар СЮЕ СБКсиз кечган беморлар танланди. Барча беморларда умум қабул қилинган клиник ва лаборатор текширувлар, шу жумладан 6-дақиқалик юриш синамаси ўтказилиб, унинг натижасига кўра СЮЕни функционал синфлари аниқланди. Эхокардиография текшируви В- и М-режимларда, 2,5–3,5 МГц импульсли датчик ёрдамида, Америка эхокардиографлар уюшмаси тавсиясига биноан амалга оширилди. Буйракларнинг ажратиш фаолияти креатинин ёрдамида аниқланиб, коптокчалар фильтрацияси тезлиги (КФТ) ни баҳолаш Кокрофта-Голта формуласи орқали амалга оширилди. Беморларда мавжуд ритм Тадқиқод бузилишларни аниқлаш мақсадида Холтер мониторлаш ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Биринчи гуруҳ беморларининг 12 нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 14 нафар беморларда қоринчалар экс-

трасистолияси, жумладан 3 нафарида бигеминия типдаги, 4 нафарида тригеминия, 3 тасида жуфтлашган ва қолган 4 нафарида ягона экстрасистолиялар, 2 нафар беморда бўлмачалар фибриляцияси қоринчалар тахисистолияси билан бирга қайд этилган. Иккинчи гуруҳ беморларининг 5 нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 7 нафарида қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 2 тасида бигеминия типда, 2 тасида эса тригеминия, 1 тасида жуфтлашган ва қолган 2 нафар беморларда ягона экстрасистолиялар кўпрок учради. Олинган маълумотларга кўра, СЮЕ СБК билан кечган гуруҳ беморларда суправентрикуляр ва қоринчалар, жумладан ҳаёт учун хавф туғдирувчи жуфтлашган, бигеминия ҳамда тригеминия типдаги экстрасистолиялар кўпроқ қайд этилди. СБК билан кечган СЮЕ билан юрак ритми бузилишлари ўртасида ўртача кучдаги тўғри корреляцион боғланиш ($r = 0,36$), СБКсиз кечган СЮЕ билан юрак ритми бузилишлари ўртасида эса кучсиз тескари корреляцион ($r = -0,16$) боғланиш аниқланди.

Хулоса. СБК ва СБКсиз кечаётган СЮЕ да юрак ритми бузилиши даражалари турлича бўлиб, СБК нафақат юрак етишмовчилигини оғирлаштирувчи омил, балки турли ритм бузилишларига ҳам сабаб бўлиши аниқланди.

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЯРМУХАМЕДОВА Д.З., КАМИЛОВА У.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние регулярной антигипертензивной терапии на качество жизни больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Представленная работа основана на результатах обследования 136 боль-

ных АГ, которая была диагностирована на основе классификации ВОЗ-МОАГ 1999г. Средний возраст больных составил $57 \pm 4,2$ лет. Длительность заболевания составила от 6 до 10 лет. Качество жизни (КЖ) больных изучалось анкетированием

с помощью специального опросника по изучению КЖ, предложенного ГосНИЦ профилактической медицины Минздрава Российской Федерации (2002). Опросник состоял из 17 вопросов, позволяющих оценить такие параметры КЖ, как физическая активность (ФА), эмоциональное состояние (ЭС), энергичность (Э), социальная адаптация (СА). Показатели КЖ оценивались исходно и через 6 месяцев в динамике наблюдения.

Результаты исследования. Изучение КЖ больных АГ в процессе антигипертензивной терапии позволило выявить ряд закономерностей. Такой показатель, составляющий КЖ, как физическая активность (ФА), уменьшался при АГ III стадии по сравнению с I стадией ($p < 0,02$), что свидетельствовало о росте ограничений при выполнении физических нагрузок в связи с состоянием здоровья. При оценке показателей, характеризующих психический компонент здоровья, установлено снижение от стадии к стадии АГ социальной адаптации (СА) и эмоционального состояния (ЭС), причем этот показатель выше у пациентов с АГ I стадии по сравнению с больными АГ III стадии ($p < 0,04$). В целом, физическая активность у больных АГ III стадии была ниже, чем у пациентов с I и II стадиями заболевания, что свидетельствует о снижении работоспособности у пациентов с АГ III стадии. Повторное исследование КЖ у пациентов

с АГ было проведено через 6 месяцев от начала регулярной антигипертензивной терапии. У пациентов с АГ II стадии показатели КЖ, характеризующие физический и психологический компоненты здоровья, имели тенденцию к повышению в процессе антигипертензивной терапии. ФА увеличился на 39%, ЭС на 34,9%, Э на 35,2%, СА на 34,7% по сравнению с исходными показателями, соответственно. Показатели Э, СА статистически значимо стали выше в динамике, как и физического компонента ($p < 0,01$). При АГ III стадии в динамике улучшились все показатели по сравнению с результатами в начале исследования, причем ФА и ЭС статистически значимо ($p < 0,05$). Остальные показатели КЖ после лечения стали выше, хотя и не достигали стандартизированных показателей, полученных в популяционных исследованиях.

Выводы. Важным для оценки состояния больных АГ является исследование КЖ, которое позволяет оценить психологическую составляющую здоровья у пациентов, их субъективное восприятие состояния здоровья. Все это необходимо учитывать в комплексном обследовании и ведении больного. Причем у таких пациентов в процессе регулярной антигипертензивной терапии КЖ улучшается, что позволяет предположить положительное влияние современных антигипертензивных препаратов на КЖ пациентов с АГ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ЯРМУХАМЕДОВА Д.З., ЮСУПОВ О.Ф., ГИМАДУТДИНОВА А.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику показателей качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, в условиях семейной поликлиники.

Материал и методы. В исследование были включены 21 больной острым инфарктом миокарда (ИМ), из них 15 мужчин в возрасте 35–70 лет (средний возраст $54,6 \pm 0,7$) и 6 женщин в возрасте 40–70 лет (средний возраст $58,1 \pm 1,3$). В зависимости от особенностей течения острого периода ИМ больные были разделены на две группы: в 1 группу вошли пациенты с неосложненным течением заболевания—15 больных (71,6%); во 2 группу—с осложненным течением—6 больных (28,5%). Обследование проводилось через 3 и 12 месяцев от начала заболевания. Для оценки психологических особенностей больных применялась методика «Качество жизни». Тест «Качество жизни», предложенный В.П.Зайцевым с соавторами, позволяет проводить количественную оценку качества жизни (КЖ) больных, которое определяется как удовлетворенность человека уровнем своего физического, психического и социального благополучия. При

этом оценивается отношение больных к изменениям в жизни в связи с заболеванием, включая необходимость ограничивать физическую и умственную активность, трудовую деятельность, изменения взаимоотношений с близкими и друзьями, ограничения в проведении досуга, в питании, понижение в должности или заработной плате и др.

Результаты исследования. Суммарный показатель КЖ через 3 месяца от начала заболевания был снижен ($-5,6 \pm 0,5$ балла) в основном за счет переживаний, связанных с необходимостью лечиться, увеличением ограничений на работе, в повседневной активности и с возможным понижением доходов. К концу наблюдения произошло некоторое увеличение суммарного показателя КЖ ($-4,9 \pm 0,5$ балла), что отражает тенденцию к его улучшению. Вместе с тем, у этих больных произошло достоверное усиление переживаний, связанных с увеличением ограничений в межличностных контактах. То есть, наблюдается противоположно направленная динамика показателей по различным подшкалам КЖ, что и обусловило отсутствие

достоверной динамики суммарного показателя КЖ. По полученным данным выявлены различия между группами. Суммарный показатель КЖ через 3 месяца от начала заболевания был снижен в обеих группах (при удовлетворительном течении -4.7 ± 0.3 балла, а при неблагоприятном течении -6.9 ± 0.8 балла), но достоверно значительно при неблагоприятном течении ИМ. Наиболее частыми причинами неприятных переживаний у больных были ограничения, связанные с необходимостью лечиться, ограничения на работе, в повседневной активности и возможное понижение доходов. Через 12 месяцев динамика показателей КЖ была противоположно направлена в зависимости от тяжести течения заболевания. У больных с удовлетворительным течением отмечалось достоверное улучшение КЖ (-2.7 ± 0.3 балла) за счет уменьшения переживаний, связанных с необходимостью

ограничений на работе и необходимостью лечиться. У больных с неблагоприятным течением отмечалось дальнейшее снижение суммарного показателя КЖ (-7.5 ± 0.8 балла) и достоверное ухудшение (по сравнению с 1-й группой) за счет переживаний в связи с увеличением ограничений на работе, в социальном статусе, в проведении досуга, физической и повседневной активности.

Выводы. При удовлетворительном течении ИМ отмечается постепенное улучшение КЖ больных. При неблагоприятном течении КЖ больных в течение года имело тенденцию к ухудшению. Анализ взаимосвязи КЖ и тяжести течения заболевания свидетельствует об отсутствии линейной зависимости между соматическим состоянием, клиническим течением болезни и степенью удовлетворенности жизнью.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЯРМУХАМЕДОВА Д.З., КАМИЛОВА У.К., ЮСУПОВ О.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику суммарного сердечно-сосудистого риска на фоне проводимой терапии у больных АГ I-II степени.

Материал и методы. Представленная работа основана на результатах обследования 136 больных АГ I-III степени, которая была диагностирована на основе классификации ВОЗ-МОАГ 1999г. Средний возраст больных составил $55 \pm 4,2$ лет. Длительность заболевания составила от 6 до 10 лет. При обследовании у всех больных собирали полный анамнез, проводили физикальное исследование, измеряли АД методом Короткова. Изучали распространенность основных факторов риска и их сочетания (АГ, дислипидемии, нарушение углеводного обмена, абдоминальное ожирение, курение) и оценивали индивидуальный риск развития смертельных сердечно-сосудистых осложнений по системе SCORE и коронарный риск по Фрамингемской шкале. Для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания применялась шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Результаты исследования. Проведено исследование по оценке динамики суммарного сердечно-сосудистого риска на фоне монотерапии ингибитором АПФ эналаприлом (Энап, KRKA, Словения) у пациентов с АГ I-II степени. В исследовании также оценивалась эффективность Энапа – одного из первых дженериков эналаприла, который успешно применяется в клинической практике на протяжении более 20 лет. Исходно у больных были диагностированы АГ I-I степени, ожирение

I степени, гиперлипидемия, 17% из них курили. Расчет исходного суммарного сердечно-сосудистого риска с учетом дополнительных ФР (гипертриглицеридемия, ожирение, нарушение углеводного обмена) показал, что среднее его значение составляет $13 \pm 2\%$. Всем больным был назначен Энап в суточной дозе 20 мг. На фоне 12-недельной терапии было отмечено достоверное снижение систолического АД на 13% и диастолического АД на 9%. Целевые уровни АД достигнуты у 65% пациентов с высоким риском. Кроме этого, отмечены позитивные метаболические сдвиги: уровни глюкозы натощак и постпрандиальный снизились на 8% и 15%, соответственно, что сочеталось с уменьшением уровня триглицеридов на 25% и увеличением уровня ХС ЛВП на 12%. С учетом гипотензивного эффекта Энапа выявлено, что суммарный сердечно-сосудистый риск снижается на 3% (понижение риска относительно исходных показателей – на 24%), при учете положительных метаболических эффектов этот показатель изменяется на 4,8% (понижение риска относительно исходных показателей – на 38%). Таким образом, дополнительные метаболические эффекты способствуют снижению суммарного сердечно-сосудистого риска на 1,8%. Установлено, что у пациентов с высоким риском монотерапия препаратом Энап в суточной дозе 20 мг способствует снижению АД и позитивным метаболическим сдвигам, что приводит к достоверному уменьшению прогнозируемого риска сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска в практической медицине может играть важную роль для выявления пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, а также для первичной профилактики последних. Преимущество определения суммар-

ного сердечно-сосудистого риска—унифицированный подход к оценке состояния больного с учетом всех основных ФР, удобство разработки тактики проводимой терапии, а также улучшение контроля ее эффективности.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И МЕТОДЫ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЯРМУХАМЕДОВА Д.З., ЮСУПОВ О.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить приверженность к терапии у больных артериальной гипертензией и разработать методы её повышения в условиях амбулаторной практики.

Материал и методы. Обследованы 214 больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией в возрасте 45–56 лет (средний возраст $53 \pm 3,2$ лет). Длительность артериальной гипертензии составила 9 ± 7 лет. I степень АГ была выявлена у 47% и II степень у 53% больных. С увеличением возраста в исследуемой группе наблюдался рост сопутствующей патологии, при этом доминировала ИБС, которая встречалась в возрасте 20–39 лет в 2,2% случаев, 30–39 лет в 11,2%; 40–49 лет в 23,4% случаев; возрасте 50–59 лет у 42,3% обследованных пациентов и в 60–69 лет в 56,7% случаев. Всем больным кроме общего клинического обследования, включавшего офисное измерение АД, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), проводилась оценка факторов риска, сопутствующей терапии. Приверженность пациента к антигипертензивной терапии оценивалась с помощью теста Мориски-Грина, по результатам которого все пациенты были разделены на 2 группы: первая группа—больные с низкой приверженностью к лечению (НПЛ; хотя бы один ответ «да»); вторая группа—больные с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ; все 4 ответа «нет»).

Результаты исследования. Анализ показал, что пациентов с низкой приверженностью к терапии оказалось значительно больше, чем пациентов с высокой приверженностью к терапии (61,1% против 38,9%, соответственно, $p=0,0001$). Пациенты с НПЛ были немного старше, среди них преобладали мужчины ($p=0,001$). Уровень АД (как систолического, $p=0,0001$, так и диастолического

$p=0,0001$) у пациентов данной группы был выше, чем в группе ВПЛ. Диагноз впервые выявленной АГ был у значительно меньшего количества пациентов по сравнению с пациентами группы ВПЛ. Отмечено, что больные из группы НПЛ реже лечились. Они меньше принимали антигипертензивные препараты (ИАПФ ($p=0,08$), АРА ($p=0,001$), АК ($p=0,003$)) и антиангинальные препараты (нитраты ($p=0,002$), аспирин ($p=0,001$)) в сравнении с пациентами ВПЛ. Исключение составили бета-блокаторы и диуретики, которые в обеих группах принимались с одинаковой частотой. В группе больных с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ), наоборот, преобладали женщины ($p=0,001$). Больных с впервые выявленной АГ в данной группе было больше ($p=0,001$), также, как и больных с ИБС ($p=0,01$) и СД ($p=0,001$). Уровень АД был ниже, чем у пациентов в группе НПЛ. Больные группы ВПЛ лучше себя чувствовали, возможно потому, что лечились несколько активнее больных с НПЛ: чаще принимали ИАПФ, АРА, АК. Пациенты этой группы имели возможность проводить самоконтроль АД в домашних условиях, так как у них чаще регистрировалось наличие домашних тонометров.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что низкая приверженность к терапии крайне распространена среди амбулаторных пациентов и ее встречаемость может достигать уже до начала лечения 70–80%. Низкая приверженность к терапии может быть ассоциирована с разными факторами, в том числе с такими факторами как: мужской пол, пожилой возраст, длительный анамнез АГ, а также рядом психологических особенностей пациентов.

Гастроэнтерология

ОСОБЕННОСТИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ Д

АЛИЕВ Б.Р., ХИКМАТУЛЛАЕВА А.С.

Научно-исследовательский институт Вирусологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение морфологических особенностей фиброза печени при хроническом гепатите Д (ХГД).

Материал и методы. Работу проводили у 62 больных ХГД при помощи комплекса клинико-лабораторных, морфологических и вирусологических исследований. Давность заболевания составляла 6–19 лет. Диагноз ХГД ставился на основании биопсии печени и вирусологических исследований с определением маркеров вируса гепатита Д: HBsAg, ДНК ВГВ, анти-дельта, РНК вируса гепатита Д в сыворотке крови методом ПЦР. Для гистологических исследований биоптаты печени больных ХГД фиксировали в 10% формалине и заключали в парафин. Срезы печени окрашивали гематоксилин-эозином и по Маллори. Степень развития фиброза печени определяли по Metavir.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования прижизненной морфологии печени, у больных ХГД наблюдается развитие фиброза печени, степень выраженности которого зависит от срока начала заболевания. Так, фиброз печени характеризовался ростом соединительной ткани в начальных стадиях болезни в

виде узких тяжей (F1-F2), а в более поздних стадиях ХГД обнаруживается грубое разрастание соединительной ткани в печени. У 16 больных ХГД установлено образование септы с начинающимся формированием ложных долек (F3-F4). У 6 больных ХГД выявлен цирроз печени. При этом наблюдается массивное разрастание соединительной ткани с образованием ложных долек. Также отмечается склероз разраставшейся соединительной ткани. Одновременно в сыворотках крови больных выявляются основные маркеры вирусов гепатита В и Д: HBsAg, DNA HBV, анти-дельта, RNA HDV. В формировании фиброза печени и синтезе основных компонентов экстрацеллюлярного матрикса основную роль играют фибробласты и клетки Ито. Мы также не исключаем роль паренхиматозных клеток печени в синтезе отдельных составных частей внеклеточного матрикса.

Выводы. Таким образом, у больных ХГД наблюдается фиброз печени, степень выраженности которого зависит от продолжительности заболевания. Полученные результаты следует учесть при разработке этиопатогенетической терапии ХГД.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

АЛИЕВ Б.Р., САЙДАЛИЕВА М., ХИДИРОВА М.Б.

Институт Вирусологии, Центр разработки программных продуктов и аппаратно-программных комплексов при Ташкентском университете информационных технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Путем применения методов современной информационной технологии разработать средства ранней диагностики цирроза печени (ЦП) и прогнозирования исходов вирусных гепатитов.

Материал и методы. Для математического моделирования были использованы методы количественного анализа функционирования регуляторных механизмов (регуляторики) живых систем на молекулярно-генетическом уровне.

Результаты исследования. Математическое и компьютерное моделирование обладает прогностической способностью, позволяет имитировать основные режимы рассматриваемого процесса.

Нами разработаны уравнения регуляторных механизмов взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем гепатоцита (ГЦ) и вирусов гепатита с учетом временных взаимоотношений в регуляционной цепи внутриклеточных молекулярно-генетических систем, кооперативного характера биологических процессов, эффекта ингибирования конечным продуктом и особенностей комбинированной обратной связи жизненных явлений. Они имеют функционально-дифференциальный характер, их реализация на компьютере и серия вычислительных экспериментов показали, что эти уравнения обладают устойчивыми стационарными, а также автоколебательными решениями.

ями, свойственными для нормального функционирования печени; обладают хаотическими решениями и эффектом «черная дыра» («нокаут» гена), что дает возможность исследовать режимы «нокаута» гена под действием микроРНК, диагностировать наступление фазы непредсказуемых изменений регуляторики печени и начало перехода в ЦП и гепатоцеллюлярную карциному с помощью компьютера.

Выводы. Разработанные математические модели позволяют количественно исследовать и устанавливать молекулярно-генетические и клеточные основы патогенеза, осуществлять раннюю диагностику ЦП и предсказывать характерные этапы течения заболевания вирусными гепатитами. Вычислительные эксперименты, проводимые на основе программы математической модели регуляторики молекулярно-генетических систем ГЦ и ви-

русов гепатита позволяют определять качественную картину инфекционного процесса в широких диапазонах изменения значений параметров функционирования молекулярно-генетических систем ГЦ и типа вирусов гепатита. Показана возможность существования различных сценариев протекания инфекционного процесса на клеточном уровне при вирусных гепатитах (подавление активности ГЦ вирусом; симбиотическое сосуществование ГЦ и вируса; подавление активности вируса ГЦ; периодическое возбуждение вирусного поражения ГЦ; сложное, непредсказуемое взаимодействие молекулярно-генетических систем ГЦ и вируса) в зависимости от значений структурно-функциональных параметров ГЦ и типа вирусов гепатита. Это дает возможность диагностировать наступление фазы непредсказуемых изменений регуляторики печени и начало ЦП с помощью компьютера.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

БОБРО Л.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Оценка относительного риска переломов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне лечения ингибиторами протонной помпы.

Материал и методы. Подвергнуты анализу результаты обследования 65 женщин в постменопаузе с анамнезом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) до $3 \pm 2,5$ лет. В I группу вошли 32 (49,2%) пациентки с длительностью непрерывного применения ингибиторов протонной помпы (эзомепразола) до $3 \pm 1,8$ лет. Средний возраст женщин составлял $53,6 \pm 3,2$ года. Во II группу отнесены 33 (50,8%) пациентки, средний возраст – $51,4 \pm 1,3$ года, с прерывистым (по требованию) применением эзомепразола длительностью до $3 \pm 1,2$ лет.

Структурно-функциональное состояние костной ткани определяли методом двойной рентген абсорбциометрии (DEXA). Кроме исследования минеральной плотности костной ткани (МПКТ), применялось анкетирование пациентов с помощью минутного теста оценки риска остеопороза. Для расчета 10-летней вероятности перелома и развития остеопороза использовался метод для расчета FRAX® (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>), в основу которого положены модели оценки вероятности перелома у мужчин и женщин. Обработка результатов исследования осуществлялась методами вариационной статистики, реализованными стандартным пакетом прикладных программ SPSS 17.0 for Windows. Зависимость между переменными изучали с помощью построения таблиц сопряженности. Для этого при анализе таблиц опреде-

ляли абсолютные числа и процентное соотношение наблюдений в столбцах и строках; критерий χ -квадрат (χ^2) Пирсона, отношение шансов Odds Ratio (OR) для оценки риска наступления события (osteoporosis). Указанные выше параметры оценивались с принятым уровнем статистической значимости не ниже, чем 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования. По данным результатов минутного теста и антропометрического обследования установлено, что высокий риск остеопороза имел место у 35 обследованных (53,8% $p < 0,05$): у 24 (36,9%) пациенток I группы и 11 (33,3%) пациенток II группы (OR 6,0 при 95% CI = 2,0–17,5). По данным DEXA, у 30 (46,1%, $p < 0,05$) пациенток из группы высокого риска выявлено наличие остеопении различной степени, при этом остеопороз у 17 (53,1%) больных I группы и у 7 пациенток (21,2%) II группы ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$). В группе риска при оценке 10-летнего риска остеопоретических переломов по методике FRAX отнесены 44 (66,1%) обследованных, что достоверно больше, чем при использовании стандартных методов оценки без МПК ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$).) и с учетом данных МПК ($p < 0,05$). Среднее значение риска остеопороза в I группе составляет $19,1 \pm 9,7\%$, во II группе – $10,1 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). Согласно методике FRAX, в медикаментозном лечении нуждаются 76,5% обследованных I группы против 46,7% II группы ($p < 0,05$).

Вывод. При клинко-инструментальном обследовании наличие остеопении установлено у каждого второго из всех больных ГЭРБ, принимающих ИПП, при этом у больных с непрерывным

приемом ИПП достоверно чаще. Высокий риск остеопороза не всегда связан с низкой МПК, при нормальных или пороговых значениях Т-критерия у пациента может быть достаточно высокий десятилетний риск остеопоротических переломов. Принимая решение о необходимости врачебных

назначений относительно профилактики и лечения остеопороза у больных с ГЭРБ, принимающих ИПП, мы должны опираться не только на проведенное денситометрическое исследование, но и на оценку риска остеопоротических переломов по методике FRAX.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ДУСАНОВА Н.М., ИСЛАМОВА Ш.З., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х., ИСМАИЛОВА Ж.А., ФАЙЗУЛЛАЕВА А.Н.

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

Цель исследования. Оценка влияния эрадикационной терапии на качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до лечения и через 6 мес. после проведенной терапии.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных ЯБДПК в возрасте от 20 до 52 лет (28 мужчин и 22 женщин, средний возраст $36,2 \pm 5,7$ лет). Эрадикация *H. pylori* проведена ингибитором протонной помпы (ИПП), амоксициллином, кларитромицином с добавлением висмута трикалия дицитрата (Де-нол) в течение 10 дней. Всем больным проводилась ЭГДС. Диагностику и оценку эрадикации *H. pylori* проводили быстрым уреазным «Хелпил» тестом и дыхательным тестом «Хелик» (С.-Петербург). Качество жизни оценивали по опроснику SF-36.

Результаты исследования. Изучение качества жизни по опроснику SF-36 выявило, что у больных показатели качества жизни практически по всем показателям были ниже, чем у здоровых лиц. Наиболее значимая динамика после проведенной

терапии наблюдалась как в показателях физического компонента здоровья, так и психического. Из показателей физического компонента здоровья наиболее значимые положительные изменения наблюдались по шкалам ролевого функционирования, боли и общего здоровья, что в динамике повысилось на 65% по сравнению с результатами до лечения. Изучение показателей психического компонента здоровья показало, что положительные сдвиги отмечались по всем четырем шкалам, но в большей мере это касалось шкалы жизнеспособности, социального функционирования и психологического здоровья, и составило 80% по сравнению с результатами до лечения.

Выводы. Таким образом, успешно проведенная терапия ЯБДПК положительно влияет на качество жизни больных, что проявилось улучшением показателей, как физического, так и психического компонентов здоровья. Изучение и анализ показателей качества жизни до и после лечения позволит объективно оценить результаты лечения и состояния здоровья пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДОВ И ГЛИКОГЕНА В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

ИРНАЗАРОВ А.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка функционального состояния содержания фосфатидов и гликогена в лейкоцитах у больных с хроническим гепатитом в стадии обострения.

Материал и методы. Обследовано 43 больных, которым было назначено комплексное лечение, включавшее печеночные протекторы, липотропные средства, витамины, рекомендовано рациональная диета. Наряду с проведением лабораторных исследований (определение альбуминов, глобулинов, сулемовой, тимоловой проб, аминотрансферазы, билирубина и др.) дважды исследовали цитохимически содержание фосфати-

дов и гликогена в лейкоцитах—во время рецидива и в период ремиссии.

Контрольная группа обследованных составила 20 человек, у которых отсутствие заболевания печени и желчевыводящих путей было подтверждено клиническими и биохимическими методами исследования. Результаты исследования в этой группе позволили установить нормальные цитохимические показатели содержания фосфатидов ($347,2 \pm 3,2$ ЕД) и гликогена ($224,0 \pm 3,1$ ЕД). Периферическую кровь брали утром натощак, в нейтрофилах определяли содержание фосфатидов по Я. Гольдману, гликоген по Hotchkiss. При ста-

статистической обработке использовали критерии Стьюдента.

Результаты исследования. Снижение содержания фосфатидов ($331,1 \pm 4,4$ ЕД), гликогена ($202,3 \pm 4,2$ ЕД) в лейкоцитах крови у больных с хроническим гепатитом с стадии обострения по сравнению с контрольной группой статистически достоверно ($p < 0,01$), что может свидетельствовать об ослаблении гликолиза, снижении гидролитического и бактерицидного потенциала нейтрофилов при вялотекущих воспалительных процессах. Снижение содержания фосфатидов у больных с

хроническим гепатитом в стадии обострения свидетельствует о значительных нарушениях внутриклеточных процессов фосфорилирования. После лечения и в период ремиссии содержание фосфатидов ($338,6 \pm 4,7$ ЕД) достоверно повышалось.

Вывод. Несмотря на положительные клинические признаки, содержание гликогена в нейтрофильных лейкоцитах крови у больных с хроническим гепатитом свидетельствовало об отсутствии и полного «клинического выздоровления на уровне клетки» — во время рецидива и в период ремиссии

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА

ИСМАИЛОВА Ж.А., КАРИМОВ М.М.

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

Цель исследования. Выявление клинимо-морфологических проявлений Нр-ассоциированного хронического гастрита путём сравнительного изучения степени Нр-инфицированности.

Материал и методы. Проводили первичную диагностику Нр-инфицированности, используя: биохимический уреазный тест (БУТ) с тест-системой «Геликобактер-тест» (Россия); морфологический метод по шкале обсемененности Нр биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ). Нр-инфицированность впервые установлена у 84 обследованных. При этом положительный БУТ был у 72 (85,7%) больных. Морфологическое и цитологическое подтверждение Нр-инфекции получено во всех 84 (100%) случаях.

Результаты исследования. При Нр-ассоциированном гастрите отмечено, что средняя, слабая и высокая степени инфицированности встречаются в 48,5, 27,5 и у 25% случаев. Результаты БУТ подтверждены морфологическим методом диагностики Нр. У 31 (36,9%) из 84 больных Нр-ассоциированный хронический гастрит про-

текал сочетанно с дерматитом, диагностированным согласно стандартным критериям. Структура впервые диагностированных Нр-ассоциированных заболеваний была представлена хроническим неатрофическим гастритом ($n=15$) и гастродуоденитом ($n=69$), установленным по клинимо-морфологическим параметрам. У больных с Нр-ассоциированным хроническим гастритом активность клинической картины характеризовалась преобладанием слабой симптоматики (52,4%) по сравнению со средней (27,6%) и выраженной (20,0%) манифестацией признаков заболевания, что в определенной мере соответствовало степени обсемененности Нр СОЖ.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показывает о целесообразности сочетания 2-х методов выявления Нр-инфицированности у больных с хроническим гастритом. При этом выраженность клинической симптоматики заболевания прямо пропорционально зависит от степени Нр-инфицированности СОЖ.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ИСМАИЛОВА Ж.А., КАРИМОВ М.М., СААТОВ З.З.

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

Цель исследования. Определить распространенность СИБР и пути его коррекции при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материал и методы. Диагностику СИБР проводили путем непрямого исследования — феноловым тестом. С целью оценки распространенности СИБР при гастроэзофагеальной рефлюксной бо-

лезни (ГЭРБ), выявления прогностических факторов возникновения СИБР при длительном приеме ингибиторов протонной помпы (ИПП) у больных ГЭРБ было проведено собственное исследование. В работе приняли участие 43 больных ГЭРБ в возрасте 34–57 лет. У 58% включенных в работу больных была диагностирована неэрозивная реф-

люксная болезнь (НЭРБ), у остальных – ГЭРБ, преимущественно степени А (по Лос-Анджелесской классификации). Длительность курса лечения ИПП у пациентов не превышала трех месяцев.

Результаты исследования. Анализ итогов исследования показал, что СИБР у больных ГЭРБ, получающих терапию ИПП, имеет важное клиническое значение, оказывает влияние на течение основного заболевания и формируется в присутствии предрасполагающих факторов. Хрониче-

ский атрофический гастрит с поражением тела желудка является важным прогностическим фактором развития СИБР у больных ГЭРБ при длительной терапии ИПП независимо от выбранного режима лечения.

Выводы. Проведенное исследование указывает на необходимость дальнейшего уточнения чувствительности и специфичности пороговых значений фенолового теста при определении СИБР.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КАДЫРОВА Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение уровня тревожности пациентов язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Обследовано 47 больных с язвенной болезнью. Диагноз «Язвенная болезнь» был подтвержден данными объективного осмотра, по результатам лабораторно-инструментального исследования. Результаты исследования оценивались по показателям ситуативной и личностной тревожности с вычислением среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) с использованием шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, и их сравнительный анализ проводился в зависимости от наличия факторов риска (ФР) заболевания исследуемых. При интерпретации показателей использовались следующие оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31–44 балла – умеренная; 45 и более высокая.

Результаты исследования. Всего в анкетировании приняло участие 47 больных, из них 30 (64%) мужчин и 17 (36%) женщин. Длительность заболевания составила: до 1 года – у 7 больных (14,8%), 1–4 года – у 17 (36,2%) и более 5 лет – у 23 (48,93%) пациентов. У 50% больных в течение последнего года несколько раз отмечалось обострение заболевания. Анализ данных показал, что среди всех больных ЯБ отягощенная наследственность отмечалась у 27 (57,44%) больных, при этом среди больных преобладали лица с первой группой крови – 17 (36,17%), фактор риска, как курение имел место у 41 (87,23%) больного, нару-

шение питания отмечали 22 больных (46,88%), злоупотребление алкоголем – 14 (29,78%) больных, наличие психоэмоционального стресса у 38 (80,85%). Немаловажное значение в развитии ЯБ имело место сочетание нескольких факторов риска заболевания.

В результате исследования реактивной и личностной тревожности было установлено, что у пациентов с язвенной болезнью в зависимости от длительности заболевания отмечается высокий уровень тревожности: при длительности до 1 года – умеренная тревожность (средний балл – $33,22 \pm 3,2$), при длительности более 5 лет – высокая тревожность (средний балл $55,22 \pm 3,2$) по отношению к группе больных с отягощенной наследственностью. Более высокие уровни тревожности отмечалось в группе больных с психоэмоциональным стрессом: до 1 года – умеренная тревожность (средний балл – $43,76 \pm 3,2$), при длительности более 5 лет – высокая тревожность (средний балл $59,12 \pm 3,3$).

Вывод. Лица с высокоразвитой тревожностью, которые испытывают повышенное, необоснованное беспокойство, должны находиться под повышенным контролем врачей. Следует избавляться от причин, вызывающих тревожность, проводя анализ его причин.

На основании полученных результатов необходимо отнести больных с язвенной болезнью к группе риска по развитию личностных и ситуативных расстройств, которым целесообразно проводить терапию с учетом шкал тревожных расстройств.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ НЕИНВАЗИВНОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИИ

КАРИМОВ М.М., СААТОВ З.З., ЯКУБОВ М.М., АХМАТХОДЖАЕВ А.М.

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

Согласно существующим Генвальским и Монреальским критериям, диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) основывается на оценке клинических симптомов болезни по шкале Лайкерта (изжога, отрыжка, регургитация) и результатов эндоскопического исследования. К недостаткам этих методов можно отнести то, что интерпретация клинических симптомов пациентом и врачом может быть неодинаковой, а недостатком эндоскопических методов быть то, что заболевание может проходить без картины эзофагита в эндоскопически негативной форме, что затрудняет диагностику ГЭРБ. Определенную информативность при объективной диагностике ГЭРБ может иметь трансабдоминальная транскутанная ультразвуковая диагностика недостаточности физиологической кардии (НФК).

Обследовано 40 больных ГЭРБ клиническими методами (шкала Лайкерта), ЭГДФС, трансабдо-

минальной транскутанной ультразвуковой диагностикой. Результаты исследования показали, что положительные симптомы ГЭРБ (клинические, эндоскопические, УЗИ) отмечены у 31 больного, клиническими и эндоскопическими методами ГЭРБ диагностирована у 27 больных, клиническими и УЗИ методами у 36 больных. Статистический анализ показал следующие положительные корреляционные связи между частотой изжоги и наличием НФК по УЗИ ($r=0.7$), отрыжкой и наличием НФК по УЗИ ($r=0.4$) и между срыгиванием и наличием НФК по УЗИ ($r=0.4$).

Таким образом, сочетанное выявление частоты изжоги и наличия НФК трансабдоминальным транскутанным ультразвуковым методом может быть одним из объективных критериев при верификации диагноза ГЭРБ.

ПРИМЕНЕНИЕ GSRS ОПРОСНИКА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КАРИМОВ М.М., СААТОВ З.З., ЯКУБОВ М.М., АХМАТХОДЖАЕВ А.М.

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

Цель исследования. Изучить качество жизни (КЖ) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с помощью специализированного опросника гастроэнтерологического больного GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Материал и методы. Обследовано 70 больных с верифицированным диагнозом ГЭРБ. Мужчин—34, женщин—36, средний возраст больных составил $37 \pm 6,3$ лет. Оценка КЖ проводилась с помощью адаптированного и рекомендованного к использованию Межнациональным центром по исследованию КЖ русскоязычного опросника GSRS. Контрольную группу составили 20 опрошенных здоровых человек, являющихся социально сопоставимыми с исследуемой группой больных ГЭРБ. Из них 11 мужчин и 9 женщин. Средний возраст в контрольной группе составил $35 \pm 8,5$ лет.

Результаты исследования. Проведенное исследование оценки КЖ по опроснику GSRS по-

казало, что в группе больных ГЭРБ были достоверно увеличены показатели трех из пяти исследуемых шкал, а именно: «абдоминальная боль» (AP)— $3,1 \pm 2,7$ ($P < 0,05$), «рефлюксный синдром» (RS)— $5,3 \pm 1,4$ ($P < 0,05$), «диспептический синдром» (IS)— $4,7 \pm 1,6$ ($P < 0,05$). Средние суммарные баллы по данным шкалам составили AP— $7,4 \pm 1,5$, RS— $13,8 \pm 2,1$, IS— $9,1 \pm 2,9$.

Выводы. Результаты исследования по изучению качества жизни больных ГЭРБ с применением опросника GSRS показали, что ухудшение показателя качества жизни скрадываются не только классическим рефлюксным синдромом, но и абдоминальным и диспепсическим симптомами. Это указывает, что комплексная терапия ГЭРБ помимо стандартной антирефлюксной терапии должна по показаниям включать терапию, направленную на купирование вышеуказанных симптомов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

КАРИМОВ М.М., СОБИРОВА Г.Н., ИСЛАМОВА Ш.З., СААТОВ З.З., ДУСАНОВА Н.М.

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

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности схемы последовательной антихеликобактерной терапии при хеликобактер пилори (НР) -ассоциированной язвенной болезни в Узбекистане.

Материал и методы. У 80 пациентов с НР ассоциированной ЯБДПК проводилась сравнительная оценка стандартной «тройной» и последовательной эрадикационной схем лечения. Пациенты первой группы (n=40) получали стандартную «тройную» терапию с использованием ингибитора протонной помпы (ИПП), амоксициллина (А) по 1,0 г дважды в день, кларитромицина (К) 500 мг дважды в день, в течение 10 дней. Второй, аналогичной группе пациентов (n=40) назначали: ИПП + А по 1,0 г дважды в день, в течение 5 дней, затем А сменялся на К 500 мг дважды в день + метронидазол 500 мг дважды в день, в течение 5 дней. Контроль эрадикации оценивали по результатам прямого уреазного теста и дыхательного теста с C^{13} .

Результаты исследования. В результате проведенной терапии, в первой группе больных была отмечена эрадикация НР по результатам двух тестов к концу шестой недели у 75% больных. Во второй группе больных стойкая эрадикация Н. pylori к концу шестой недели отмечалась у 90% больных.

В процессе эрадикационной терапии у 12 (30%) пациентов первой группы на 5–8 день лечения появились симптомы кишечной диспепсии в виде легкой диареи, тогда как во второй группе данный симптом отмечался у 4 (10%) пациентов. Переносимость последовательной терапии у пациентов была оценена как удовлетворительная.

Выводы. Таким образом, по сравнению с классической трехкомпонентной схемой лечения последовательная терапия показала более высокий процент эрадикации, наряду со снижением побочных эффектов антибактериальной терапии.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ МОРФОЛОГИК МАНЗАРАСИНИНГ РЕФЛЮКСАТ МУҲИТИГА БОҒЛИҚЛИГИ

ОРЗИЕВ З.М., ЮЛДАШЕВА Д.Ҳ., АСЛОНОВА И.Ж., МИРЗАЕВА Д.Б.

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. ГЭРК кузатиладиган морфологик ўзгаришлар манзарасининг РМТ га алоқадорлик даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текшириш жараёнига ГЭРК билан хасталанган 125 нафар 18–57 ёш оралиғида беморлар жалб этилди. Текширишга жалб этилган беморлар ёши, сони, жинси, касаллик тарихи давомийлиги муддати, Кетле индекси кўрсаткичи ва ҳ.о. аломатлар жиҳатидан репрезентатив бўлган икки мустақил гуруҳга ажратилди. Ушбу тақсимотга ягона мезон–РМТ кўрсаткичи асос қилиб олинди. I гуруҳдаги 64 нафар беморда рефлюксат муҳити кислотали (КМ = $2,6 \pm 0,3$) ва қолган 43 нафарида ишқорий (ИМ = $8,7 \pm 0,4$) эканлиги аниқланди. 18 нафар назорат гуруҳи беморлар. ГЭРК ташхиси беморларнинг клиник, лаборатор ва инструментал текшириш натижаларига асосланди. Морфологик таҳлилда яллиғланишнинг активлиги ва оғирлик даражаси, метаплазия типи ва миқдори баҳоланди. Олинган маълумотлар Стьюдентнинг t–мезони қўлланган

ҳолда статистик қайта ишланди ва $P < 0,05$ эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Тадқиқод натижалари. Рефлюксат ИМ га эга беморларда ўрта ва оғир даражадаги яллиғланиш белгилари юқори эканлиги (76,7%), КМ да эса (37,7%) кузатилди. КМга эга беморлар учун характерли хусусият–қизилўнғач шиллиқ қаватининг ошқозон типигади цилиндрик метаплазиясининг юқори даражада эканлиги (25%), ИМга эга беморлар учун характерли хусусият–қизилўнғач шиллиқ қаватининг ичак типигади цилиндрик метаплазияси нисбатан кўпроқ (30,2%) эканлиги аниқланди. Таъкидлаш жоиз, қарийб 15% беморларда бир вақтнинг ўзида ҳам ошқозон типигади, ҳам ичак типигади метаплазия қайд этилди.

Хулоса. ГЭРК билан хасталанган беморларда нафақат касаллик клиник ва эндоскопик аломатлари, балки кузатиладиган морфологик ўзгаришлар ҳам рефлюксат муҳити турига боғлиқдир.

ЖИГАР ИЧРА ХОЛЕСТАЗИ ИКТЕРИК ТУРИ ДАРАЖАЛАРИ ТАФОВУТИДА УНИНГ КЛИНИК–БИОКИМЁВИЙ АЛОМАТЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

ОРЗИЕВ З.М., НУРИЛЛОЕВА Ш.Н.

Бухоро Давлат Тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. ЖИХ синдромини даражаларга бўлиб ўрганишда унинг асосий клиник–биокимёвий аломатларининг нақадар қўл келишини аниқлаш..

Материал ва усуллар. Вазифаларни амалга ошириш учун 48 нафар (шулардан 7 нафари эркак, қолгани аёллар) кишидан иборат ЖИХ синдромининг клиник–биокимёвий белгилари мавжуд бўлган жигарнинг диффуз касаллиги билан хасталанган бир гуруҳ беморлар ўрганилди. Шундан 12 нафар беморда ҳомиладорлик ЖИХи, 22 тасида эса бирламчи билиар циррози, қолган 14 нафар беморда медикаментоз холестаза қайд этилди. Ликертнинг модификация қилинган миқдорий шкаласи ёрдамида ЖИХ синдромининг асосий клиник–биокимёвий белиларининг намоён бўлиши 1баллдан 3 балл оралиғида баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. ЖИХ иктерик турининг асосий клиник–биокимёвий аломатларининг намоён бўлишининг миқдорий баҳолари қуйидагилардан иборат бўлди. ЖИХ синдроми мавжуд бўлган жами 48 беморнинг 12 (25%) нафарида унинг асосий клиник–биокимёвий аломатларининг намоён бўлиш даражаси миқдоран 1 балл атрофида бўлгани туфайли у енгил (+) градация мавқесига лойиқ деб топилди. Умумий

беморларнинг 25 (52%) тасида ЖИХ аломатларининг намоён бўлиш даражаси нисбатан юқорироқ эди ва у миқдоран 2 балл билан баҳоланди. Ушбу миқдорий баҳо ЖИХ синдромининг ўрта (++) градациясига мувофиқ бўлганлиги туфайли айнан шу даража мавқесига дохил бўлди. Қолган 11 (23%) нафар беморда ЖИХ синдромининг иктерик турини асосий клиник–биокимёвий белгилари яққол намоён бўлганлиги туфайли миқдоран 3 балл ажратилди ва оғир градацияли (+++) холестаза деб баҳоланди. Таъкидлаш жоизки, аксарият ҳолатларда сариклик клиник аломати умумий билирубин ва холестерин миқдорлари кўрсаткичлари ҳамоҳанг, тери қичиши каби белги эса ишқорий фосфатаза ва гаммаглутаминтранспептидаза ферментларининг фаоллик даражаси билан уйғунлашиб намоён бўлди.

Шундай қилиб олинган дастлабки маълумотлар натижасида хулоса қилиб айтиш мумкинки, кенг клиник амалиёт жараёни давомида ЖИХ синдромининг турли даражаларга бўлиб ўрганиш мақсадга мувофиқдир. Бунда ЖИХ синдромининг асосий клиник–биокимёвий аломатларининг намоён бўлиш даражасининг миқдорий баҳолари муҳим аҳамият касб этади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

САЛИМОВА Н.Д., РУСТАМОВА М.Т., ТАГАЕВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние тройной терапии на динамику клинико-лабораторных показателей у подростков с эрозивным гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Обследованные пациенты распределены по группам: 1-группа состояла из 40 больных эрозивным гастритом (ЭГ) в возрасте 14–18 лет. Во 2-группу включены 36 подростков с ЯБДПК в возрасте 14–18 лет. 3- группа сравнения, включала 24 взрослых больных ЭГ в возрасте 18–25 лет. 4- группа, также группа сравнения, состояла из 24 взрослых с ЯБДПК в возрасте 18–25 лет.

Результаты исследования. При лечении эрозивного гастрита тройная терапия более эффективно влияет на динамику болевого синдрома у подростков, на 5–7-е сутки лечения исчезновение болевого синдрома наблюдалось у 24 (77,4%) из 31 больного. Среди взрослых исчезновение боли

на 7–9-е сутки отмечалось у 15 (68,2%) больных, у подростков средние сроки исчезновения болевого синдрома составляют $6,19 \pm 0,45$ дня, а у взрослых – $8,18 \pm 0,58$ дней, у подростков тройная терапия более эффективно влияет на динамику болевого синдрома. В этой группе на 1–3-и сутки лечения исчезновение болевого синдрома отмечали 26 (86,7%) из 30 больных, тогда как среди взрослых 17 из 23 отмечали исчезновение боли лишь на 3–5-е сутки лечения, у подростков содержание НСГ уменьшилось на 35,1%, тогда как у взрослых содержание НСГ уменьшилось почти в два раза. При проведении тройной терапии у подростков содержание фукозы увеличивается почти в два раза. У взрослых уровень сиаловых кислот и фукозы оставался достоверно ниже контроля. Положительная динамика отмечалась во фракциях НГП, у подростков с ЯБДПК в результате тройной терапии значительно увеличивается содер-

жание сиаловых кислот (на 41,5%) и фукозы (на 127,6%). У подростков показатели ПОЛ полностью нормализовались. У взрослых содержание МДА снизилось на 47,3%, но при этом оставалось достоверно выше контроля. У подростков содержание свободного оксипролина снизилось на 44,2% ($2,91 \pm 0,19$ мкг/мл при $5,21 \pm 0,24$). У взрослых отмечалось снижение уровня свободного оксипролина на 41,5% ($9,27 \pm 0,36$ мкг/мл при $15,84 \pm 0,87$), но при этом оставалось достоверно выше показателя контрольной группы ($6,16 \pm$ мкг/мл). На 14-е сутки лечения заживление эрозий наблюдалось у 28 (90,3%) из 31 подростка. У взрослых за этот срок полное заживление эрозий достигнуто у 17 (77,2%) из 22 больных. На 28-е сутки лечения пол-

ное рубцевание язвы наблюдалось у 29 (96,7%) из 30 подростков и у 18 из 23 (78,2%) взрослых. В результате проводимой терапии эрадикация НР достигнута, соответственно у 27 (90,0%) подростков и 20 (86,9%) взрослых.

Вывод. У подростков при тройной терапии эрозивного гастрита и ЯБДПК полностью восстанавливаются нарушенные показатели взаимоотношения агрессивно-протективных факторов в слизистой гастродуоденальной зоны. При этом заметно укорачиваются сроки исчезновения клинических симптомов, стимулируются процессы регенерации, увеличивается частота заживления эрозий и рубцевания язв.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ШТАММОВ *HELICOBACTER PYLORI*

СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВ М.М., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х., ДАЛИМОВА Д.А., ОРИПОВА М.М.

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

Цель исследования. Выявление генотипов, ассоциированных с различной степенью вирулентности бактерии *H.pylori*.

Материал и методы. Генотипирование изолятов *H.pylori* осуществлялось непосредственного на образцах биопсии слизистой желудка. Всего было собрано 46 образцов с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследований. Проведенных сотрудниками отдела гастроэнтерологии АО «РСНПМЦТ и МР» у 46 больных с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями желудочно-кишечного тракта показали, что при исследовании образцов биопсии слизистой оболочки 18 больных из 22 с хроническим гастритом были

SagA положительными, что составляло 81,2%. Из больных с язвой желудка 3 (50%) были *SagA* положительными и 3 (50%) больных были *SagA* отрицательными. Исследование биоптатов слизистой оболочки больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявило положительные штаммы у 77,8% больных. Из общего количества обследованных больных у 11 больных ген не был обнаружен. Таким образом, 71,4 % больных с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями были *SagA* положительными.

Выводы. Таким образом, *SagA* положительные штаммы встречаются у 71,4 % больных с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ФОСФОЛИПИДОВ В ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

СОБИРОВА Г.Н., ХАМДАМОВА Ш.Ж., ТУРСУНБАЕВ А.К., ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А.

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

Цель исследования. Оценка количественного и качественного состава фосфолипидов в желчи у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных (19 мужчин, 21 женщина) с НАЖБП, средний возраст которых составлял $38,8 \pm 10,42$ лет, с индексом массы тела $25,0 - 34,9$.

Из них у 26 пациентов отмечался стеатогепатоз (СГ), а у 14 неалкогольный статогепатит (НАСГ).

Проводили изучение количественного определения фосфолипидов по содержанию в желчи неорганического фосфора. Для изучения качественного состава фосфолипидов мы применяли методику тонкослойной хроматографии. В качестве контроля служили показатели 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. Изучение фосфолипидного состава желчи у больных НАЖБП показало, что у них отмечается снижение содержания общих фосфолипидов (ОФЛ). У больных со СГ снижение ОФЛ в желчи по сравнению со здоровыми лицами составило достоверно 30,0% ($P<0,05$). У больных с НАСГ эта разница между показателями здоровых и больных составляла 52,0% ($P<0,001$). Разница в показателях ОФЛ в желчи больных с СГ и НАСГ была равна 30,8% ($P<0,05$). Изучение спектра фракций ФЛ при НАЖБП показало, что у больных со СГ и НАСГ наблюдаются значимые сдвиги. Все это выражалось в досто-

верном увеличении доли высокотоксичной фракции ФЛ–лизофосфатидилхолина (ЛФХ) при СГ и НАСГ на 66,6% и 133%, при снижении доли основной лецитиновой фракции ФЛ–фосфатидилхолина (ФХ) на 26,5 % ($P<0,05$) и 36, 8%, достоверно ($P<0,01$). В содержании остальных майорных и минорных фракций ФЛ особо заметных сдвигов в абсолютном весовом значении не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, исследования показали, что при НАЖБП в составе желчи снижается количество фосфолипидов. Прежде всего, это происходит за счет нарушения синтеза фосфатидилхолиновой (лецитиновой) фракции.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВ М.М., ИСМАИЛОВА Ж.А., СААТОВ З.З.

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

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности препарата Экозитрин (кларитромицин + лактулоза) в комплексе антихеликобактерной терапии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы. Обследовано 40 больных от 21 до 54 лет (28 мужчин и 12 женщин, средний возраст $34,5\pm 4,3$ года) с ЯБДПК в стадии обострения. Больные были распределены на две сопоставимые по полу, возрасту и особенностям клинического течения заболевания репрезентативные группы. Первая группа пациентов принимала ИПП в удвоенной дозе, амоксициллин 2,0 г в сутки, кларитромицин 1,0 г в сутки, в течение 10 дней. Вторая группа больных в качестве кларитромицина принимала Экозитрин. После 10 дневного курса эрадикации пациенты продолжали принимать ИПП в течение 4-х недель. Диагностику и оценку эрадикации НР проводили быстрым уреазным «Хелпил» тестом (АМА, С.-Петербург) и неинвазивным дыхательным тестом «Хелик» (С.-Петербург). Кистолотообразующую функцию желудка изучали аппаратом АГМ 03 (Исток системы, Фрязино). Исследования проводили до начала лечения и через 2 нед. после окончания курса эрадикационной терапии. Из факторов цитопротекции определяли содержание в желудочном соке секреторного иммуноглобулина А (sIgA) методом радиальной иммунодиффузии.

Результаты исследования. Эрадикационная эффективность проводимой терапии в обеих сравниваемых группах показала, что в первой

группе результаты дыхательного теста составили 75%, уреазного теста–80%, что при суммировании результатов в среднем составило 80% эрадикации НР. Во второй группе результаты дыхательного теста составили 85%, уреазного теста–90%, суммирование результатов показало, что полная эрадикация отмечена у 87% больных, что можно оценивать как хороший результат. Изучение концентрации sIgA в желудочном соке показало, что в обеих сравниваемых группах в результате проведенной терапии содержание sIgA увеличилась по сравнению с результатами до лечения. При сравнении показателей sIgA в обеих группах было отмечено, что во второй группе содержание sIgA было выше на 26,6% чем в основной группе. Изучение диспепсических симптомов, которые часто встречаются при антибиотикотерапии, выявило, что в результате проводимой терапии на 3 сутки терапии у 5 (25%) пациентов и на 5 сутки у 8 (40%) пациентов первой группы отмечались диспепсические нарушения в виде послабления стула. Во второй группе в результате лечения у 1 (5%) пациента на 6 сутки отмечалось послабление стула.

Выводы. Таким образом, применение Экозитрина в схемах эрадикационной терапии является эффективным, поскольку при сравнении с трехкомпонентной схемой лечения она показала более высокий процент эрадикации, улучшение защитных свойств слизистой оболочки желудка, а наличие пребиотика в составе препарата обеспечило практическое отсутствие побочных эффектов антибактериальной терапии.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ТАГАЕВА М.Х., ДОНАЕВА Г.Х., САЛИМОВА Н.Д.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Взаимосвязь между поражением гастродуоденальной слизистой оболочки (СО) и инфекцией *H. Pylori* (НР) у больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

Материал и методы. Обследованы 36 больных НЯК в стадии обострения: 16 (44,4%) мужчин, 20 (55,6%) женщин возрасте от 18 до 65 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и бактериологических исследований и ректороманоскопии. Всем больным проводилась ЭГДФС с последующим взятием биоптата из слизистой желудка на определение НР морфологическим и бактериологическим методами.

Результаты исследования. Среди жалоб, указывающих на наличие патологии верхних отделов ЖКТ, имели место: боль в эпигастриальной области—у 21 (58,3%) больных, изжога—у 31 (86,1%), отрыжка—у 28 (77,8%), боли в загрудинной области, связанные с приёмом пищи—у 12 (33,3%), дисфагия—у 9 (25%) больных. Болезненность в эпигастриальной области при пальпации выявлена—у 20 (55,5%) больных из 36 обследованных. При эндоскопическом исследовании рефлюкс—эзофагит был выявлен у 31 (86,1%) больных. Наибо-

лее часто обнаруживался катаральный эзофагит, реже—атрофический и эрозивный. Катаральный был выявлен у 26 (72,2%) больных. Атрофический эзофагит—у 5 (13,9%) больных. Эрозивный эзофагит обнаружен у 3 (8,3%) больных. При исследовании поверхностный гастрит был обнаружен—у 28 (77,7%) больных, атрофический—у 10 (27,7%). Кроме того, явления катарального бульбита были обнаружены у 11 больного, атрофического—у 6 (16,6%), эрозивного—у 2 (5,5%). В одном случае наблюдалась деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. У всех больных НЯК с гастродуоденальной патологией был взят биоптат на НР. В процессе обследования выявлено наличие инфекции НР разной степени выраженности в гастродуоденальной СО у 30 (83,3%) больных и у этих больных были жалобы на изжогу и боль в эпигастриальной области.

Выводы. Клинико-эндоскопическая картина гастрита, эзофагита и дуоденита встречаются у больных НЯК с 1–5 летней давностью, с легким и средним течением, наиболее выраженные изменения гастродуоденальной зоны, т.е. эрозивно-язвенные поражения у больных с тяжелым течением НЯК более 5 лет.

ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ХАМДАМОВА Ш.Ж., СОБИРОВА Г.Н., ТУРСУНБАЕВ А.К., ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А.

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

Цель исследования. Оценка биохимического состава желчи больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных (19 мужчин, 21 женщина) с НАЖБП, средний возраст которых составлял $38,8 \pm 10,42$ лет, с индексом массы тела $25,0$ – $34,9$. Из них у 26 пациентов отмечался стеатогепатоз (СГ), а у 14 неалкогольный статогепатит (НАСГ). Проводили изучение биохимического состава желчи с определением ее компонентов—билирубина, холестерина, желчных кислот и холатохолестеринового коэффициента и фракций фосфолипидов. В качестве контроля служили показатели 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. Исследования биохимического состава желчи выявили, что при НАЖБП отмечается снижение содержания билирубина и желчных кислот, при увеличении доли холестерина. Эти сдвиги обуславливали снижение показателя холатохолестеринового коэффициента. Так, было отмечено, что при НАЖБП содержание билирубина было снижено по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц на 55,5%, желчных кислот на 34,8% и холатохолестеринового коэффициента на 59,8%, при увеличении доли холестерина на 62,0%. Изучение спектра фракций фосфолипидов показало, что при НАЖБП наблюдается увеличение доли высокотоксичной фракции—лизосомальной фракции в 2

раза ($P<0,01$), при снижении доли основной лецитиновой фракции фосфолипидов–фосфатидилхолина на 33,3 % ($P<0,05$). В содержании остальных фракций фосфолипидов (сфингомиелин и фосфо-

тидилэтаноамин) заметных сдвигов в абсолютно весовом значении не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, при НАЖБП наблюдаются глубокие изменения в биохимическом составе желчи.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ХАМДАМОВА Ш.Ж., СОБИРОВА Г.Н., ТУРСУНБАЕВ А.К., ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А.

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

Цель исследования. Оценка клинических и функциональных параметров больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных (19 мужчин, 21 женщина) с НАЖБП, средний возраст которых составлял $38,8\pm 10,42$ лет, с индексом массы тела $25,0\text{--}34,9$. Из них у 26 пациентов отмечался стеатогепатоз (СГ), а у 14 неалкогольный статогепатит (НАСГ). Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование печени с определением косого вертикального размера печени, плотности паренхимы, состояния печеночных желчных протоков и сосудистого рисунка и проба с «желчегонным завтраком».

Результаты исследований. При анализе предъявляемых жалоб пациентами с НАЖБП ($n=40$) было установлено, что наиболее часто их беспокоили дискомфорт и боли в области правого подреберья (60%), общая слабость (55%) и повышенная утомляемость (35%), треть пациентов не предъявляли жалоб. Анализ данных ультра-

звуковых исследований печени у 40 пациентов с НАЖБП выявил наличие признаков повышенной эхогенности (100%), снижение сосудистого рисунка (35% больных). Не было выявлено значимых различий в структуре предъявляемых жалоб и в ультразвуковой картине в группах СГ и НАСГ.

Как показали наши исследования, у большинства больных отмечались явления дискинезии желчного пузыря по гипомоторному типу. Это сопровождалось чувством тяжести в правом подреберье различной степени интенсивности. При оценке объема и периметра желчного пузыря пробой с «желчегонным завтраком», у больных с НАЖБП отмечается достоверное снижение сократительной способности желчного пузыря по сравнению со здоровыми лицами.

Выводы. Таким образом, у большинства больных с НАЖБП отмечались явления дискинезии желчного пузыря по гипомоторному типу, сопровождающиеся чувством тяжести в правом подреберье различной степени интенсивности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние социально-демографических факторов на возникновение осложнений язвенной болезни.

Материал и методы. Обследовано 439 больных, страдающих желудочной или дуоденальной язвой. 315 пациентов были с осложненным течением язвенной болезни и 124—с неосложненным. Опрос больных осуществлялся по стандартизированной анкете, оценивались разнообразные социальные характеристики пациента. При статистической обработке применялись критерий согласия χ^2 для таблиц сопряженности, коэффициент асимметрии, или отношение шансов ($OR\text{--}odds\ ratio$) $\pm$.

Результаты исследования. Язвенная болезнь в 67,6% случаев осложнилась кровотечением и в 32,4%—перфорацией. Впервые выявленную осложненную язву имели 48,6% больных. Осложненное течение язвенной болезни чаще наблюдалось в мужской популяции ($p<0,001$; $OR=2,05$; 95% доверительный интервал (ДИ): $1,08\text{--}3,91$) и у лиц в возрасте 20–40 лет ($p<0,001$; $OR=2,37$; 95% ДИ: $1,08\text{--}5,19$). Количество пациентов, не имеющих трудового устройства, оказалось достоверно выше в группе осложненных гастродуоденальных язв по сравнению с группой сравнения (19,4% и 3,2%, соответственно, $p<0,001$). Прогностическая значимость таких факторов, как отсутствие тру-

дового устройства и асоциальный образ жизни была высокой: OR=7,20 и 4,07; 95% ДИ: 1,96–26,47 и 2,95–5,61, соответственно. Одинокие или разведенные пациенты также имели более высокий риск развития осложнений язвенной болезни (ОК=1,67; 95% ДИ: 1,10–2,55).

Выводы. Осложненному течению язвенной болезни способствуют следующие факторы: возраст 20–40 лет, мужской пол, асоциальный образ жизни, отсутствие семьи и трудового устройства, причем последний показатель имеет доминирующее значение.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние экспансии *Helicobacter pylori* (HP) на течение заболевания у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 95 молодых мужчин в возрасте 18–25 лет с эндоскопически позитивными формами ГЭРБ (56 — с эрозивным и 39 — катаральным вариантами течения заболевания). Программа обследования включала эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой оболочки (СО) кардиального отдела пищевода и антрального отдела желудка, топографическую эндоскопическую pH-метрию. В мазках-отпечатках оценивали вид и степень клеточной инфильтрации, наличие признаков атрофии и метаплазии эпителия, обсемененность HP и сочетание с другой микрофлорой.

Результаты исследования. Данные морфологической картины кардиального отдела пищевода характеризовались однотипностью изменений и включали в себя явления десквамации и

дистрофии всех слоев эпителия, выраженность и глубина которых зависели от формы эзофагита. Атрофии эпителия не выявлено. Микроскопические очаги метаплазии выявлены у двух больных с длительностью заболевания более 10 лет. Хеликобактерный гастрит встречался в 73% при катаральной и в 70% — при эрозивной формах болезни. В группе с хеликобактерным гастритом вне зависимости от вида эзофагита в мазках-отпечатках из пищевода HP выявлен у половины больных в сочетании с граммвариабельной флорой. Степень обсемененности СО пищевода HP всегда была на порядок ниже, чем в желудке. HP в колониях и отдельно обнаружен как в слизи, так и фиксированным на пластах эпителия.

Выводы. Наличие более чем у 70% больных хеликобактерного гастрита, колонизация у половины из них HP на СО пищевода при отсутствии метаплазии эпителия позволяет выделить ГЭРБ в особую форму заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические особенности эрозивных поражений слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона.

Материал и методы. Обследовано 110 больных воспалительными заболеваниями кишечника, из них 92 с язвенным колитом и 18 с болезнью Крона. Число мужчин составило 58, женщин — 52; средний возраст обследованных $47,5 \pm 4,9$ лет. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуо-

деноскопия и биопсия слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки с морфологическим исследованием и определением *H. pylori*

Результаты исследования. На фоне стертой клинической симптоматики — лишь 9,1% больных предъявляли жалобы на боли в эпигастриальной области, 31% на изжогу и 25,4% на тошноту, у всех 110 больных (100%) отмечались поражения эзофагогастродуоденальной слизистой. В 29 случаях (26,3%) это был эзофагит, в 89% (80,9%) — гастрит, в 28 (25,4%) — дуоденит. Эрозии пищевода

встречались у 11 больных (10%), желудка у 16 человек (14,5%), 12-перстной кишки—у 13 пациентов (11,8%). Язвенное поражение луковицы 12-перстной кишки наблюдалось у 6 больных (5,4%). *H. pylori* был обнаружен в 60,9% случаев (67 обследованных), что значительно ниже, чем в общей популяции (75–90%). Почти у половины больных (47,3%) имели место нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка—гастроэзофагеальный (27,3%) и дуоденогастральный (20%) рефлюксы. У

большинства пациентов зарегистрирована высокая кислотообразующая функция желудка (52,7%).

Выводы. Отсутствие четкой клинической симптоматики, невысокий процент инфицированности слизистой *H. pylori*, частое развитие нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и склонность к гиперактивности требует учета при лечении эрозий эзофагогастродуоденальной зоны у больных воспалительными заболеваниями кишечника.

ПРЕИМУЩЕСТВО ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ЭРГАШЕВА М.Я.

Научно-исследовательский институт вирусологии, Ташкент, Узбекистан

Проблема энтеровирусной инфекции (ЭВИ) остается одной из важных в инфектологии, несмотря на многочисленные исследования в этой области. Это связано с тенденцией к активизации ЭВИ в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъемы заболеваемости и вспышки (Лукашов А.Н., 2005. Мартынова Г.П., 2014). Трудность постановки диагноза ЭВИ связана с разнообразием клинических форм болезни, которые зачастую «маскируются» под традиционные респираторные инфекции, в связи с чем затруднена ранняя диагностика энтеровирусных инфекций и своевременное оказание медицинской помощи. Возможность развития тяжелых форм заболевания с развитием менингитов и энцефалитов привлекает наше внимание именно к ранней постановке диагноза и своевременной госпитализации в стационар. Разнообразие клинических форм ЭВИ не позволяет нам установить точный диагноз данной инфекции, и требует обязательного лабораторного подтверждения. Несомненно, наиболее точным методом в диагностике ЭВИ является выделение вирусов на культурах чувствительных клеток. Однако данная процедура весьма трудоемкая и длительная (около 28 дней) и не всегда заканчивается успешно. При наличии же в организме пациента персистентной энтеровирусной инфекции выделить вирус не представляется возможным вообще, так как данное течение ЭВИ не сопровождается образованием полноценного вирусного потомства. В таких случаях для диагностики ЭВИ необходимо использование полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Важнейшим преимуществом ПЦР перед другими методами, является ее высокая чувствительность, позволяющая определять единичные молекулы инфекционных патогенов. Так, анализ нуклеотидной последовательности части генома энтеровирусов (прямое секвенирование) позволяет идентифицировать возбудителя инфекции, вы-

являть типовое и субтипное разнообразие различных штаммов ЭВИ, проводить мониторинг географического распространения вариантов ЭВИ, а филогенетический анализ—определять степень генетического родства и возможной эпидемиологической связи штаммов ЭВИ при эпидемических вспышках, обусловленных, в том числе, чрезвычайными ситуациями, или при сезонных подъемах заболеваемости ЭВИ, наблюдаемых ежегодно в отдельно взятом регионе (Сапега Е.Ю., 2013)

В качестве исследуемого материала для ПЦР-диагностики могут использоваться любые биологические жидкости, ткани и клетки. Выбор биологического материала для исследований зависит от вида диагностируемой ЭВИ, ее локализации, течения и т.д. Исследование ПЦР основано на непосредственном выявлении РНК вируса и может быть применено для выявления ЭВИ на раннем этапе болезни, что отличает его от серологических (непрямых) методов, требующих около 2–4 недель для оценки динамики уровня выявляемых специфических антител. Благодаря тому, что в исследовании ПЦР выявляется общий для всех ЭВИ фрагмент РНК, она позволяет определить наличие любого представителя этого рода. Иногда же количество вирусного материала в исследуемых образцах может быть ниже детектируемого ПЦР (например, вследствие несоблюдения условий хранения или транспортировки клинического материала). Для определения низких количеств вирусной РНК в пробах может применяться гнездовая модификация ПЦР, позволяющая повысить чувствительность в 10 000 раз (Поклонская Н.В., 2004)

Таким образом, необходимо акцентировать внимание на незаменимости ПЦР в диагностике ЭВИ как наиболее чувствительного и репрезентативного метода, не только для ранней диагностики, но и при хронической и латентной инфекции, а также в оценке эффективности проведенного лечения.

Пульмонология

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВА В.А., АХАТОВ И.М., ЛИВЕРКО И.В., ГАФНЕР Н.В., АХМЕДОВ Ш.М., БАХТИНА Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, 1—Районное медицинское объединение, Центральная районная многопрофильная поликлиника Якка-Сарайского района, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить приверженность лечения антимикробными препаратами (АМП) пациентов респираторной патологией.

Материал и методы. Анкетирование 300 пациентов с хронической респираторной патологией на приверженность к антимикробной терапии.

Результаты исследования. Оценка приверженности пациентов к лечению АМП показала, что в 11,4% случаев отмечено не соблюдение рекомендованной дозировки, в 26,0%—нарушение кратности приема антибиотиков и в 34,1% случаях—изменение курса терапии. Нарушения курсового режима АМТ отмечены в 66,7% среди пациентов БЭБ, в 42,1%—при ХПБ, в 37,7%—при БА и в 34,5%—при ХОБЛ. До 21,1% пациентов с респираторной патологией досрочно прекращали прием АМТ, в том числе 28,4% больных БА, 21,0% больных ХПБ и 20,7% больных ХОБЛ. Анализ причин досрочного прекращения АМТ показал, что в 15,4% случаев возникали аллергические проявления, в 15,4% —индивидуальная непереносимость и в 80,8% случаев досрочное прекращение АМТ было обусловлено отсутствием эффекта. Резуль-

таты анкетирования показали, что до 14,6% пациентов с респираторной патологией изменяли самостоятельно режимы терапии антибиотиками, из которых 5,6% увеличивали и 55,6% уменьшали число таблеток/дозу; 55,6% уменьшали кратность приема препаратов; 5,6% увеличивали и 88,9% уменьшали длительность курса. Оценка уровня знаний пациентов о последствиях в нарушении схем лечения антибиотиками показала, что лишь 45,5% пациентов респираторной патологией информированы о последствиях в нарушениях режимов лечения. Оценка источника информации показала, что 32,5 % получали информацию от врача при лечении заболевания, 3,2%—от медицинской сестры, 11,4%—из средств массовой информации, 2,4%—от соседей и родственников, что указывает на низкий образовательный уровень пациентов при респираторной патологии.

Выводы. Низкая приверженность к лечению и образовательный уровень пациентов и отсутствие комплаенс контроля являются определяющими факторами формирования антибиотикорезистентности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИРБЕСАНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АКБАРОВА Д.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности и переносимости блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) — ирбесартана (Ирбесан) в дозе 75–150 мг в сутки у больных артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) II-IV стадии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 больных с ХОБЛ II-IV стадии в период ремиссии, страдающие АГ I и II степени в возрасте 50–63 лет. Критериями исключения из исследования являлось наличие у пациентов осложнений АГ, ишемической болезни сердца, декомпенсированного хронического легочного сердца, хронической сердечной недостаточности, пероральной

стероидной терапии более 10 дней за последние 6 месяцев до включения в исследование и любых других состояний, которые могли бы помешать интерпретации и оценке результатов исследования. В качестве антигипертензивной терапии на протяжении 24 недель пациенты получали препарат Ирбесан. Эффективность терапии контролировалась с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Начальная дозировка составила 75 мг/сут. При недостаточном гипотензивном эффекте на 4-й неделе лечения доза препарата удваивалась (150 мг/сут). Базисная терапия ХОБЛ не менялась на протяжении всего времени исследования и включала антихо-

линергические препараты (ипратропия бромид), бета2-адреномиметик (сальметерол), ингаляционные глюкокортикостероиды (флютиказон) или их комбинацию Серетид (флютиказон, сальметерол). Исходно и через 24 недели лечения проводилось полное лабораторное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ. Критерием безопасности проводимой терапии послужила оценка показателей функции внешнего дыхания методом спирометрии с компьютерным расчетом показателей до назначения препарата и в процессе терапии.

Результаты исследования. По данным СМАД у всех больных на фоне лечения были достигнуты целевые цифры АД. Увеличение дозы препарата до 150 мг/сут потребовалось 47% пациентов. Побочных эффектов в процессе терапии зарегистрировано не было. Под влиянием терапии произошло статистически значимое снижение среднесуточных показателей систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) на 13,2% и 18,4%, соответственно. В наше исследование вошли пациенты со значительными обструктивными нарушениями в целом по группе (ОФВ₁ <60%). Динамика данных спироме-

трии в процессе лечения соответствовала данным других исследований, что доказывает безопасность и хорошую переносимость изучаемого препарата у пациентов с ХОБЛ и АГ.

Выводы. Применение препарата Ирбесан показало высокую эффективность и безопасность у больных АГ I–II степени в сочетании с ХОБЛ II–IV стадии. Выявлена статистически и клинически значимая нормализация показателей СМАД. Безопасность использования препарата у больных с синдромом бронхообструкции подтверждена динамикой вентиляционных показателей по данным спирометрии, которые показали отсутствие усугубления бронхиальной обструкции на фоне терапии. В литературе имеется небольшое количество исследований по изучению влияния БРА на функцию легких, и также данных, которых недостаточно для однозначного заявления о тактике применения препаратов этой фармакологической группы у пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ. Таким образом, теоретические предпосылки благоприятного действия блокады негативных влияний АТ-II дают основание для дальнейших исследований влияния БРА не только при АГ, но и ее сочетании с другими патологиями, в том числе с ХОБЛ.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

АХАТОВ И.М., ГАФНЕР Н.В., ЛИВЕРКО И.В., АХМЕДОВ Ш.М., АБДУЛЛАЕВА В.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить рациональность практики антибактериальной терапии (АБТ) обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с позиций клинической фармакологии и доказательной медицины.

Материал и методы. Проведено ретроспективное фармако-эпидемиологическое исследование по выборке из 300 историй болезни пациентов ХОБЛ средней тяжести/тяжелого течения в фазе обострения в отделениях терапевтического профиля за период 2013–2014 гг.

Результаты исследования. Назначение АБТ при обострениях ХОБЛ I и II типа (наличие всех трех основных критериев обострения-одышка, увеличение объема отделяемой мокроты, усиление ее гнойности/ либо двух критериев один из которых – усиление гнойности мокроты) в зависимости от факторов риска *P. aeruginosa*-инфекции показал, что у пациентов ХОБЛ без факторов риска *P. aeruginosa*-инфекции соответствие АБТ национальным рекомендациям составляло менее 15%, а среди пациентов ХОБЛ с факторами риска *P. aeruginosa*-инфекции – менее 10%. В структуре назначаемых антимикробных препаратов (АМП) пре-

обладали группы цефалоспоринов (ЦС) III –39%, фторхинолонов: респираторных 2% и с антисинегнойной активностью 25%, ЦС I (цефазолин) –17%, нитроимидазолов (метронидазол) –11% и аминопенициллинов –3%. У 65% больных для стартовой АБТ применялась комбинация двух АМП: сочетание цефтриаксона и ципрофлоксацина –25% случаев, цефтриаксона и метронидазола 23%, цефтриаксон и азитромицин –8%, ципрофлоксацин и метронидазол 8%, цефтриаксон и амикацин –9%, ЦС I и метронидазол –7%, ЦС I и ципрофлоксацин –8%. У 5% пациентов отмечена частота встречаемости сочетаний трех АМП: ЦС I и аминогликозидов с метронидазолом, цефтриаксона с ципрофлоксацином и метронидазолом, цефтриаксона с рифампицином и метронидазолом. Макролиды назначались в 15% случаях (азитромицин, рокситромицин) и аминопенициллины – в 10% случаях и, в основном, – в виде монотерапии.

Выводы. Структура АБТ, применяемая больным ХОБЛ в фазе обострения в отделениях терапевтического профиля, не всегда соответствует рекомендованным стандартам терапии и современным клиническим рекомендациям.

ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АХМЕДОВ Ш.М., ГАФНЕР Н.В., ЛИВЕРКО И.В., АХАТОВ И.М., АБДУЛЛАЕВА В.А., БАХТИНА Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, 1–Районное медицинское объединение, Центральная районная многопрофильная поликлиника Якка-Сарайского района, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить обоснованность лечения антимикробными препаратами (АМП) среди пациентов респираторной патологией.

Материал и методы. Анкетирование 300 пациентов хронической респираторной патологией на обоснованность применения антимикробной терапии.

Результаты исследования. При интервью пациентов с хронической респираторной патологией было отмечено, что в 72,4% случаев прием антибиотиков был по назначению врача, в 15,4% – личный выбор пациента, в 3,3% – по советам соседей, 0,8% – по рекомендации фармацевта аптеки и советам родственников. Высокий удельный вес использования антибиотиков без назначения врача отмечен среди пациентов хроническим простым бронхитом (31,6%), хроническим обструктивным бронхитом (22,2%), бронхиальной астмой (20,8%) и хронической обструктивной болезнью легких (20,6%). При соотношении факта приема антибиотика с основными диагнозами, при которых они использовались, обнаруживается некоторое несоответствие и высокая вероятность их необоснованного использования. Определенные классы

АМП – макролиды и цефалоспорины I–III поколения используются пациентами самостоятельно в 1,5–2 раза чаще, преимущественно макролиды (52,6%) и цефалоспорины III (52,6%). Наиболее часто в режиме «самолечения» пациенты хроническим простым бронхитом (ХПБ) использовали цефтриаксон (66,7%) и азитромицин (66,7%), пациенты бронхиальной астмой (БА) – цефтриаксон (57,1%), пациенты бронхоэктатической болезнью (БЭБ) – цефтриаксон (100%), пациенты хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) – азитромицин (50%) и цефазолин (50%). Связь назначения АМП врачом либо в режиме «самолечения» от факта его досрочного прекращения показала, что удельный вес их досрочного прекращения составил 15,7% среди пациентов, которым антибиотики назначил врач, в том числе в результате аллергии – 15,4% и отсутствия эффекта 84,6%, а при режиме «самолечения» – 36,8%, в том числе в результате аллергии – 14,3% и отсутствия эффекта 100%.

Выводы. Свободный доступ к АМП в аптечной сети является определяющим фактором формирования антибиотикорезистентности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

БАЗАРОВА С.А., ДЖАМБЕКОВА Г.С.

АО “Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации”, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние донатора оксида азота – L-аргинина на показатели системы монооксида азота при бронхиальной астме (БА).

Материал и методы. Обследовано 38 пациентов в возрасте от 27 до 55 лет ($41 \pm 4,1$ год) с персистирующей БА средне тяжелого течения. Соотношение женщин и мужчин 10/28. Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы сопоставимые по возрасту и полу. В основной группе (20 больных), к стандартной базисной терапии (GINA 2007) дополнительно назначался донатор оксида азота – L-аргинин. Препарат (100 мл 4,2 % раствора) вводили в/в капельно, 1 раз в сутки, в течение 10 дней. Контрольная группа (18 больных) получали базисную терапию.

Оценку эффективности проводили с помощью общепринятых методов исследования (клинико-лабораторные, инструментальные: спирография, пикфлоумониторинг, бронхомоторные тесты). Концентрацию стабильных метаболитов NO изучали в крови. Оценивали их соотношение.

Результаты исследования. Исходные данные у пациентов обеих групп продемонстрировали повышение уровня стабильных метаболитов NO в крови ($0,78 \pm 0,02$ ммоль/л). После лечения положительная клиническая эффективность включения L-аргинина значительно превосходила показатели контрольной группы ($p < 0,05$). В основной группе снижение потребности в B-2 агонистах, частоты ночных симптомов, утренних провалов

ПСВ и улучшение показателей функции внешнего дыхания отмечено в среднем на 3–4е сутки по сравнению с контрольной группой, где улучшение наступило к 7–8 дню. В основной группе концентрация стабильных метаболитов NO достоверно улучшилась в крови ($0,59 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,05$). В контрольной группе концентрации стабильных метаболитов NO изменились в крови ($0,69 \pm 0,06$

ммоль/л), но продемонстрировали не достоверный характер.

Выводы. Включение в комплекс терапии больных БА препарата, являющегося субстратом для NO, позволяет улучшить в более ранние сроки клиничко-функциональные, лабораторные показатели и потенцирует эффективность базисной терапии.

СВЯЗЬ GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

БОНДАРКОВА А.Н., ПРИСТУПА Л.Н.

Сумской Государственный университет, медицинский институт, Сумы, Украина

Цель исследования. Исследовать связь Gln27Glu полиморфизма гена ADRB_2 с уровнем артериального давления у больных БА.

Материал и методы. Было обследовано 195 больных с легкой, средней и тяжелой персистирующей БА, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении КУ «Сумская городская клиническая больница № 1» и КУ «Сумская областная клиническая больница». Диагноз был установлен согласно рекомендаций GINA (2011), Приказа МЗ Украины №128 от 19.03.2007г. и №868 от 08.10.2013г. Степень АГ оценивали согласно Приказа МЗ Украины №384 от 24.05.2012г. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы SPSS–21. В зависимости от показателей артериального давления (АД) пациенты с БА были разделены на 2 группы. К I группе отнесли 106 пациентов с нормальными показателями АД, к II группе – 89 пациентов с АГ.

Результаты исследования. После проведенных исследований в I группе пациентов получили

такую частоту генотипов ADRB_2 : Gln27Gln – 58%; Gln27Glu – 39%; Glu27Glu – 3%. Во II группе больных частота генотипов ADRB_2 распределилась следующим образом: 47%, 31%, 22%, соответственно. Полученные результаты показывают, что высокие показатели АД чаще встречаются у носителей Glu27Glu генотипа ($p = 0,001$ по χ^2 -критерию Пирсона). Среднее значение систолического и диастолического АД у больных БА в зависимости от генотипов ADRB_2 составило: Gln27Gln – 133 (121 – 150) мм рт. ст. и 82 (70 – 98) мм рт. ст.; Gln27Glu – 125 (120 – 152) мм рт. ст. и 75 (71 – 102) мм рт. ст.; Glu27Glu – 152 (142 – 172) мм рт. ст. и 98 (90 – 101) мм рт. ст. Результаты анализа показали разницу между показателями САД и ДАД в зависимости от Gln27Glu полиморфизма гена ADRB_2 ($p = 0,001$ и $p = 0,001$, по Краскала-Уоллису).

Выводы. Носители Glu27Glu генотипа гена ADRB_2 имеют более высокий уровень АД по сравнению с носителями Gln27Gln и Gln27Glu генотипов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛЬСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

БОЧКОВА Л.П., КУРБАНОВА Ф.Р., ВАХИДОВА С.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности и переносимости антагониста рецепторов ангиотензина II Вальсартана (Нортивана) у больных АГ I-IIст и ХОБЛ II-III стадии.

Материал и методы. Нами обследованы 20 пациентов с ХОБЛ II-III стадии в период ремиссии, страдающих АГ I-II степени. Средний возраст пациентов $53,5 \pm 4,6$ года, длительность ХОБЛ $7,5 \pm 3,5$ лет, длительность АГ $4,5 \pm 2,1$ год. В качестве антигипертензивной терапии на протяжении 3 мес. больные получали препарат Нортиван в дозе 80–160мг в сутки. Эффективность терапии контролировалась с помощью суточного монито-

рирования АД (СМАД). Базисная терапия ХОБЛ включала антихолинэргические препараты (ипратропия бромид), бета2-адреномиметики (фенотерол) или их комбинацию. Исходно и через 12 недель проводили полное лабораторное обследование: клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ. Критерием безопасности проводимой терапии служила оценка показателей функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия до назначения препарата и в процессе терапии.

Результаты исследования. Все больные, по данным СМАД на фоне лечения достигли целевых цифр АД. Увеличение дозы препарата до

160 мг/сут потребовалось 6 (33%) больным. Побочных явлений в процессе терапии не было. Под влиянием терапии отмечалось снижение как среднесуточных показателей систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), так и показателей АД в дневной и ночной периоды. При анализе суточного профиля АД до терапии обращало на себя внимание преобладание пациентов с повышением или отсутствием снижения АД в ночном периоде (night-peaker 31%, non-dipper—35%, dipper—18%), что связано с усугублением бронхиальной обструкции в ночные часы, с активацией нейрогуморальных систем и повышением АД. В процессе лечения отмечалось увеличение пациентов с ночным снижением АД (dipper) до 52%. Отмечено снижение САД и ДАД на 13,2% и 16,4%, соответ-

ственно. При оценке показателей пульсоксиметрии и спирографии существенной динамики не выявлено, что доказывает безопасность и хорошую переносимость данного препарата. Не было отмечено существенного влияния Нортивана на концентрацию общего холестерина, триглицеридов, глюкозы натощак.

Выводы. Применение препарата Нортивана показало высокую эффективность и безопасность у больных АГ II степени в сочетании с ХОБЛ II-III стадии. Безопасность препарата подтверждается динамикой показателей спирографии и результатами пульсоксиметрии, которые показали отсутствие усугубления гипоксии на фоне терапии. Отмечалось также положительное влияние препарата на уровень АД в ночные и ранние утренние часы.

ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ ЭНТЕРОБАКТЕРОВ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ И ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

ГАФНЕР Н.В., ЛИВЕРКО И.В., САЙФУТДИНОВ З., МАХМУДОВ Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, Медицинская санитарная часть национального олимпийского комитета, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить этиологическую структуру нозокомиальной инфекции и резистентность возбудителей к антимикробным препаратам.

Материал и методы. За 2013–2016 гг проведен ретроспективный анализ видового состава микроорганизмов, выделяемых от больных РСНПМЦФ и П с различными формами госпитальной инфекции и спектр их антибиотикорезистентности. Выделенные культуры идентифицировали общепринятыми методами (Берги, 1997). Определение антибиотикограмм проводили в соответствии с рекомендациями CLSI (2000).

Результаты исследования. Ретроспективный анализ видового состава микроорганизмов, выделяемых от больных с респираторными формами госпитальной инфекции и спектр их антибиотикорезистентности, показал что 567 относилось к семейству Enterobacteriaceae, которые в 51,7% были представлены *K. pneumoniae*, 25,4% *E. coli*, 14,4% *Enterobacter* преимущественно—*E. aerogenes*, 6,9% *Proteus*. *K. pneumoniae* были ведущими изолятами от госпитализированных больных практически во все годы наблюдения. Последние два года на фоне небольшого снижения клебсиелл и протеев, был зарегистрирован существенный подъем удельного веса энтеробактеров—так, частота их выделения за 2013–2016 гг. составила 15,6%, 10,4%, 14,0% и 20,6%, соответственно. Анализ антибиотикограмм энтеробактеров показал наибольшую чувствительность к амикацину (61,7%–63,2%), но в 2016 г. их количество упало до 46,1%. Чувствительность к гентамицину плавно снижалась с 33,0% в 2013г. до 17,3% в 2016 г. К ампициллину, амоксиклаву и цефозалину энтеробак-

теры были высокоустойчивы практически во все годы наблюдения, резистентность к этим антибиотикам колебалась от 80,0% до 99,0%. Высокая степень резистентности *spp. Enterobacter* наблюдалась и отношении всех изученных цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксон, цефтазидим, цефотаксим, цефоперазон)—доля чувствительных штаммов обычно едва превышала 20,0–30,0% от исследованных штаммов. Резистентность к азитромицину, доксициклину, хлорамфениколу и рифампицину составляла в разные годы наблюдения 94,4%–98,3%, 90,9%–97,4%, 98,1%–100% и 77,0%–98,95% соответственно. Среди фторхинолонов самым эффективным в соотношении энтеробактеров в 2013 г был цiproфлоксацин—69,8%, в 2014г.—71,1% чувствительных штаммов, однако, в последующие годы его эффективность снизилась почти в 3,5 раза (с 52,8% в 2015г. до 15,2% в 2016г.). Падала чувствительность и к двум другим фторхинолонам, преимущественно,—в последние два года—к офлоксацину с 46,5% до 22,8%, к пefлоксацину—с 25% до 11,5%. Таким образом, обнаружена тенденция к возрастанию при госпитальных инфекциях роли энтеробактеров, возможно, это является началом смены госпитальных экотипов клебсиелл на *E. aerogenes*.

Выводы. Наиболее эффективным антибиотиком в отношении энтеробактеров являлся амикацин, в меньшей степени—ципрофлоксацин. Уменьшение удельного веса чувствительных штаммов особенно выражено в отношении фторхинолонов, в то время как в отношении бета-лактамов (с исходно низкой чувствительностью)—формирования устойчивости за период наблюдения не происходило.

НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ДЖАМБЕКОВА Г.С., БАЗАРОВА С.А.

АО «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сотрудниками нашего центра разработаны алгоритмы по раннему выявлению аллергопатологии и по выявлению признаков БА в амбулаторных условиях среди пациентов при их обращаемости к врачам различного профиля.

Материал и методы. Было обследовано 40 пациентов 18 мужчин и 22 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, с респираторными симптомами (периодически кашель, першение в горле, чихание). Обследование включало заполнение анкеты, компьютерную спирометрию, бронхомоторные пробы (дилатационный и провокационный тесты), определение иммуноглобулина Е в сыворотке крови.

Результаты исследования. Обструктивные нарушения легкой степени выраженности и гиперреактивность бронхов (ГРБ) при проведении брон-

ходиляционной пробы выявлены у 6 больных (12%). Для диагностики бессимптомной ГРБ были проведены провокационные пробы (медикаментозная и с физической нагрузкой). Выявлены признаки функциональной нестабильности бронхов у 20% обследованных (10 пациентов), что свидетельствует о наличии у них скрыто протекающего бронхообструктивного синдрома. Изучение уровня иммуноглобулина Е в сыворотке крови у этих пациентов показало превалирование atopического характера аллергического воспаления.

Выводы. Данные результаты свидетельствуют об эффективности использования алгоритмов по раннему выявлению аллергопатологии, в частности для выявления признаков скрытой гиперреактивности бронхов, как факторов риска формирования бронхиальной астмы.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

КОЛЕСНИКОВА Е.Н.

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

Цель исследования. Изучить основные особенности функции внешнего дыхания у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 больных, которые были распределены на две группы: 1 группа 43 пациента с ХОБЛ и сопутствующей ИБС (55,54% мужчин и 44,46% женщин, средний возраст $54,25 \pm 1,18$ лет) и 2 группа 47 пациентов с ХОБЛ (59,17% мужчин и 40,83% женщин, средний возраст $53,17 \pm 2,15$ лет). Протокол исследования включал проведение исследования функции внешнего дыхания (ФВД) на спирографическом комплексе «Спироком-Pro», с оценкой следующих параметров: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ, пиковая объемная скорость (ПОС), максимальная объемная скорость в момент выдоха 25%, 50%, 75% форсированной жизненной емкости легких (МОС25, МОС50, МОС75). Статистическая обработка полученных цифровых данных проводилась с использованием пакета программ

обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 8.0.

Результаты исследования. Результаты исследования функции внешнего дыхания у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС свидетельствовали о том, что у больных ХОБЛ при коморбидности патологии ИБС имели место более выраженные нарушения бронхиальной проходимости по сравнению с больными ХОБЛ. Установлено, что в группе больных ХОБЛ с ассоциацией ИБС ЖЕЛ ($70,46 \pm 2,5\%$), ФЖЕЛ ($67,86 \pm 2,3\%$), ОФВ₁ ($63,25 \pm 2,1\%$), ОФВ₁/ФЖЕЛ ($61,35 \pm 2,2\%$), ПОС ($54,18 \pm 2,5\%$), МОС25 ($48,35 \pm 2,7\%$), МОС50 ($41,36 \pm 2,3\%$), МОС75 ($40,23 \pm 1,7\%$) были статистически значимо ниже по сравнению с показателями пациентов с ХОБЛ: ЖЕЛ ($79,24 \pm 2,9\%$), ФЖЕЛ ($75,15 \pm 3,1\%$), ОФВ₁ ($69,69 \pm 2,0\%$), ОФВ₁/ФЖЕЛ ($67,87 \pm 2,2\%$), ПОС ($63,47 \pm 2,8\%$), МОС25 ($57,42 \pm 2,3\%$), МОС50 ($50,16 \pm 2,9\%$), МОС75 ($54,44 \pm 2,8\%$), $p < 0,05$.

Выводы. При ХОБЛ появление коморбидности в виде присоединения ИБС способствуют более быстрой прогрессии нарушений ФВД, выражающейся в нарастании бронхообструкции, что свидетельствует о негативном влиянии ИБС на функциональное состояние дыхательной системы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ

ЛИВЕРКО И.В., ГАФНЕР Н.В., МУСАБАЕВ Э.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, Институт вирусологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить взаимосвязь факторов, характеризующих тяжесть течения заболеваний, эффективность проводимой пациентам антибактериальной терапии и уровня бета-лактамазной активности сыворотки крови.

Материал и методы. Для оценки взаимосвязи факторов, характеризующих тяжесть течения заболеваний, эффективность антибактериальной терапии и уровня бета-лактамазной активности сыворотки крови у 90 пациентов (38 внебольничная пневмония и 52 пациента ХОБЛ) был отобран ряд переменных, характеризующих тяжесть течения заболевания и эффективность проводимой пациентам антибактериальной терапии: уровень собственной бета-лактамазной активности сыворотки крови (БЛА), возраст пациентов (В), продолжительность госпитализации (ДГ), степень тяжести заболевания (ТЯЖ), уровень лейкоцитов в общем анализе крови (L), СОЭ, количество одновременно назначенных антибактериальных препаратов (ЧАП), число замен антибактериальной терапии в ходе лечения пациента (ЧЗП), общая продолжительность антибактериальной терапии (ДАБТ), факт назначения бета-лактамов антибиотиков резерва—цефепима, имипенема, меропенема (БЕТА2), факт назначения антибиотиков резерва, не относящиеся к бета-лактаму ряду—рифампицина, азитромицина, ванкомицина, линезолида, левофлоксацина (НЕБЕТА2). Уровень бета-лактамазной активности биологических жидкостей с обострением респираторной инфекции оценивали по тест-системе «БиоЛактам» (Беларусь).

Результаты исследования. Результаты выполненного факторного анализа позволили определить группы: 1—лица всех возрастов с различными уровнями бета-лактамазной активности

сыворотки крови, характеризующиеся преимущественно тяжелым течением заболеваний (+0,799), значительной продолжительностью госпитализации (+0,887) и антибактериальной терапии (+0,794), большим количеством одновременно назначенных антибиотиков (+0,761), значительным числом замен схем антибактериальной терапии (+0,781), частым назначением бета-лактамов и других антибиотиков резерва (+0,649). Группа 2—пациенты с низкими уровнями сывороточной бета-лактамазной активности (−0,698), преимущественно пожилого возраста (+0,865), с высоким уровнем СОЭ (+0,657) при нормальном количестве лейкоцитов в ОАК, течение заболеваний при этом легкое или среднетяжелое, продолжительность госпитализации и антибактериальной терапии сравнительно невелика, смены терапии редки, одновременно назначается небольшое количество антибиотиков, антибиотики резерва всех классов назначаются эпизодически. Группа 3—лица с высоким уровнем бета-лактамазной активности сыворотки крови (+0,519), молодые (−0,822), с некоторой тенденцией к лейкоцитозу в ОАК (+0,497) при нормальном уровне СОЭ; течение заболеваний при этом, как и в предыдущей группе, легкое или среднетяжелое, продолжительность госпитализации и антибактериальной терапии сравнительно невелика, смены терапии редки, одновременно назначается небольшое количество антибиотиков, антибиотики резерва всех классов назначаются эпизодически. Можно предположить, что высокий уровень бета-лактамазной активности крови у таких пациентов будет препятствовать успешному лечению, снижая эффективность назначенных им антибактериальных препаратов из группы бета-лактамов.

ФОРМИРОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ У ПАЦИЕНТОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ЛИВЕРКО И.В., ГАФНЕР Н.В., МУСАБАЕВ Э.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.А. Алимова, Институт вирусологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить уровень формирования биологической резистентности к бета-лактамам антибиотикам в прогнозе эффективности антибактериальной терапии.

Материал и методы. Уровень бета-лактамазной активности биологических жидкостей у 40

больных с обострением респираторной инфекции оценивали по тест-системе «БиоЛактам» (Беларусь).

Результаты исследования. Средний уровень бета-лактамазной активности сыворотки крови составил 55,4%, а бронхиального секрета—31,5%.

Отмечено, что у лиц с температурой тела более 38° бета-лактамазная активность сыворотки крови была достоверно выше, составляя 70,3%. У пациентов с глубокими проявлениями метаболического ацидоза уровень бета-лактамазной активности сыворотки крови составил 8,4%, а при явлениях респираторного некомпенсированного алкалоза достигал—25,7%. Анализ уровня бета-лактамазной активности сыворотки крови среди пациентов респираторной патологией с длительностью антибактериальной терапии более 45 дней в год и частой сменой антибиотиков (более 4 раз) показал, что у 68% данных пациентов уровень бета-лактамазной активности сыворотки крови зачастую был высоким до 68,1%. Детализация уровня бета-лактамазной активности сыворотки крови позволила сформировать группы

риска ожидаемой неэффективности к бета-лактамам антибиотикам первой линии (пенициллины, цефалоспорины I-III поколения): пациенты с высокой лихорадкой, с метаболическими проявлениями алкалоза, с длительным и неэффективным приемом антибиотиков и их частой сменой. Установленный уровень бета-лактамазной активности мокроты более 40% и сыворотки крови более 68,5% требует отмены бета-лактамов препаратов первой линии и назначения антибиотиков резерва, в частности, ингибиторозащищенных бета-лактамов, карбапенемов либо препаратов из других фармакологических групп.

Выводы. Оценка уровня бета-лактамазной активности позволит до 30% сократить необоснованное использование бета-лактамов антибиотиков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ С АМИКАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ

МИРЗАЕВА Д.Б., АСЛОНОВА И.Ж., ЮЛДАШЕВА Д.Х.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности применения амикацина небулайзерной терапии на клинико-функциональные показатели больных с внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Обследовано 100 больных (из них 56,7% мужчин) средний возраст (44,5±2,3 года) от (18 до 75 лет). У всех больных определяли параметры кривой поток-объем форсированного выдоха на аппарате «Medicog», результаты были сопоставлены с должными стандартными величинами. У больных отмечались кашель с выделением мокроты от желто-зеленого до ржавого цвета, 31 больных отмечали экспираторную одышку при физической нагрузке, 14-одышку при обычной ходьбе боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 39–40°С. Больных разделили на 2 группы: в 1-ю группу вошли 58 больных, в комплекс интенсивной терапии включали небулайзерное введение лекарственных средств: антисептики гипохлорид натрия 0,06%—5 мл + антибиотик амикацин по 250 мг. Ингаляции проводились по 2 мин. каждые 6 часов в первые двое суток, затем каждые 12ч в течении 5 суток. Вторую группу составили 42 больных, поступивших на лечение, которым проводили традиционную терапию. Результаты лечения больных этой группы были подвергнуты ретроспективному анализу. Пациентам обеих групп выполняли функциональные, лабораторные

методы исследования, рентгенографию легких в динамике, исследования кислотно-щелочного состояния (КЩС).

Результаты исследования. Средние значения СОЭ составили 19,7±1,8мм/час. Лейкоциты 15,8±3,3моль/л. В лейкоцитарной формуле моноциты 8,53±0,41%, лимфоциты 30,8±1,38%. Исходно изучаемые показатели у больных свидетельствуют о серьезных нарушениях ЖЕЛ, пиковой скорости выдоха (ПСВ), вентиляционной недостаточности. Дальнейшие клинические и лабораторные исследования показали, что у больных первой группы на 3 и сутки наблюдалось снижение температуры тела, продуктивное выделение мокроты. Рентгенологически до лечения отмечались появление признаков прикорневой бронхопневмонии в пределах одного легочного сегмента, а на девятые сутки наблюдалось полное ее разрешение. У больных II группы на третьи сутки сохранялись признаки дыхательной недостаточности, это проявлялось клиническими признаками, данными лабораторных исследований. Рентгенологическая картина свидетельствовала о развитии полисегментарной пневмонии—у 35, долевой у 7 пациентов.

Выводы. Небулайзерное введение обеспечивает доставку лекарственных препаратов непосредственно в дыхательные пути, что значительно улучшает параметры внешнего дыхания и газов в крови.

НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ЦИТОЗАЩИТЫ В ТКАНИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

МУСАЕВА Л.Ж.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния слизистого барьера желудка и возможных механизмов его нарушения при экспериментальной модели хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Проведены экспериментальные исследования на половозрелых беспородистых белых крысах-самцах. Модель ХОБЛ вызывали путем введения инородного тела в трахею. Контролем служили результаты ложно оперированных животных. Состояние слизистого барьера желудка изучали путем определения содержания углеводных компонентов нерастворимых гликопротеинов (НГП) — сиаловых кислот, фукозы, гексоз и гексозаминов. В цитозально-микросомальной фракции гомогената ткани слизистой определяли содержание цитохрома Р-450, активности амидопирин-N-деметилазы, ферментов антиокислительной системы защиты (АОСЗ) и содержание молочной кислоты.

Результаты исследования. При ХОБЛ в желудке нарушается состояние защитного барьера. Значительно снижалось содержание НГП, что про-

являлось уменьшением силовых кислот на 48,7%, фукозы на 45,3%, гексоз на 39,8% и гексозаминов на 45,9%. Одной из причин снижения синтеза НГП в ткани слизистой является изменение содержания и активности ферментов монооксигеназной системы. Наблюдалось снижение содержания цитохрома Р-450 на 47,8 и активности амидопирин-N-деметилазы на 53,6%. Нарушение функции этой ферментной системы обусловлено подавлением активности ферментов АОСЗ. Наблюдалось снижение активности каталазы на 45,7% и супероксиддисмутазы на 49,2%. Отмечали достоверное увеличение молочной кислоты в ткани слизистой на 35,2%.

Выводы. Таким образом, комплекс патогенетических факторов развития ХОБЛ способствует нарушению защитных механизмов в ткани слизистой гастродуоденальной зоны. Тканевая гипоксия и снижение процессов ферментативной защиты перекисного окисления липидов способствуют подавлению функции монооксигеназной ферментной системы, которая играет ключевую роль в синтезе слизистого барьера.

СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ИНСПИРОННИНГ САМАРАДОРЛИГИ

НАРЗИЕВ Ш.С., ХАЗРАТОВ У.Х., САДИРОВА Д.К.

Бухоро тиббиёт институти, Тошкент Давлат стоматология институти Бухоро филиали, Бухоро тиббиёт коллежи, Бухоро, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. СОЎК кечишини клиник-функционал курсаткичлар буйича ўрганиш ва инспиронни самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. 41 нафар СОЎКга чалинган беморлар текширувдан утказилди. Шундан 19 нафар бемор СОЎК II ва 22 бемор СОЎК III даражадаги 45–64 ёшгача беморлар олинди. Беморларнинг 24 тасида бронхитик тури, 17 кишида эмфизематоз типдаги СОЎК аниқланди. Касаллик клиник белгилари 3 балли тизим асосида баҳоланди. Хамма беморларда йутал ва шилликли балгам ажралиши кузатилди. Беморларнинг аксариятида диффуз цианоз, упкасида курук хириллашлар аниқланди. Беморларни жинси, ёши, касаллигининг давомийлиги буйича репрезентатив 2 та гуруҳга ажратилди. 1- асосий гуруҳда 22 бемор шундан 13 нафар бронхитик ва 9 нафар эмфизематоз тип. 2 —назорат гуруҳда 19 бемор, 11 бронхитик ва 8 эмфизематоз типдаги беморлар ташкил қилди. 1- гуруҳдаги беморларга стандарт даво ва яллиғланишга қарши инспирон 80 мг 2 ма-

хал эрталаб ва кечкурун овқатгача берилди. 2 гуруҳ беморларга факат стандарт даво воситалари берилди.

Тадқиқод натижалари. Утказилган тадқиқотлар шуни курсатдики даволаш натижасида 1-гуруҳдаги беморларда йўталнинг жадаллиги 2–3 балдан 1–1,5 баллгача пасайди. СОЎКнинг эмфизематоз турида йўтал жадаллиги нисбатан юқори даражада сакланди. Спирография кўрсаткичларидан СОЎКнинг II даражасида бронхитал утказувчанликнинг асосий курсаткичи FEV 1,0–74% дан 85% гача ($p < 0,05$), СОЎК III даражадаги беморларда FEV 1,0–45% дан 51% гача ортди. Назорат гуруҳида даволанган беморларда бу курсаткичлар сезиларли узгармади. Инспирон қабул қилган бронхитик типдаги 59 % беморларда рентгенологик кўрсаткичлардан ўпка ўзаги кенгайганлиги, зичлашганлиги, ўпка расми қучайиш жараёнлари сезиларли ҳолда регрессияга учради, бироқ, даволашдан сунг назорат гуруҳидаги беморларда яққол узгаришлар сезилмади.

Хулоса. Шундай килиб, СОЎК бронхитик турида инспирон яллиглианишга карши таъсир килади, балгам ковушкокклигини камайтираб уни реологик хусусиятини яхшилаиди, ташки нафас функцияси-

ни яхшилаиди, шулар хисобига касаллик клиник белгиларини бартараф килади ва функционал курсаткичларни меърига келтиради, касаллик авж олишини тухтатади.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т., НАЗИРОВА М.Х.

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

Цель исследования. Изучить состояние легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), также «оксидативный стресс» у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией (ЛГ) в динамике комплексного лечения.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет). Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1–11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2–11 больных ХОБЛ на фоне БТ получали амлодипин (А) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3–12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и **уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст)**. Изучались показатели активности некоторых ферментов перекисного окисления липидов (ПОЛ) / антиоксидантной (АО) системы.

Результаты исследования. Результаты исследования установлено, что до лечения снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего за-

медляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ с ЛГ отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения—на 7,3%, ФПН—на 13,9%, ЛАДср—на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ($p < 0,05$). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения—на 4,1 %, ФПН—на 9,9%, ЛАДср—на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p < 0,05$). У больных ХОБЛ 3-ой группы по сравнению с 1-ой группой наблюдалось значительное уменьшение оксидативных радикалов, а также повышение антиоксидантной защиты. Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью с ЛГ более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

МАТЕМАТИК МОДЕЛЛАШ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИБ, СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК АСОРАТИ АВЖЛАНИШИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ КРИТЕРИЙЛАРНИ АНИҚЛАШ

РАХИМОВА Д.А., ДЖАМБЕКОВА Г.С., ТУЛАБОЕВА Г.М., НАЗИРОВА М.Х., ГАФНЕР И.В.

“Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Респиратор тизим, юрак функционал ҳолатига ўзаро боғлиқ ҳолда математик моделлаш усулида баҳо бериш амалий шифо-

корларга СЎЮ етишмовчилиги босқичини белгилашда ва касаллик асорати авжланишининг профилактикаси критерийларни ишлаб чиқиш.

Тадқиқод натижалари. Беморларни даволашда бевосита патогенетик таъсир этиб, респиратор тизим ва микроциркуляцияни ижобий ўзгартирувчи омилни ишлаб чиқиш ўринлидир. Шу ўринда стандарт терапия ва озонотерапияни жамланма сифатида қўллаб, самарасини математик статистика усулида аниқлаш фойдали маълумотдир.

Статистик критерийлардан фойдалани бюқоридаги масалаларни ечилди:

Соғлом одамнинг нафас олиш хажми нормаси A_0 , беморнинг бирор усулда дволангандан сўнг нафас олиш хажмлари $X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$

Қуйидаги гипотеза текширилади:

H_0 - Даволангандан сўнг нафас олиш яхшиланди.

H_1 - Даволангандан сўнг нафас олиш яхшиланди.

Бу масалани ечишда Студент критерийсидан фойдаланилади. Натижада даволашдан кейин бронхлар 1 сонияда куч билан нафас чиқариш хажми $53,2 \pm 1,2\%$, ва Тиффно индекси $58,1 \pm 1,1\%$ бўлган.

Хулоса. СЎЮ етишмовчилиги беморларга стандарт терапия ва озонотерапия берилганда, бронхлар дилатацияси ва ўпка артериясида босм камайиши 89% беморда (даволашдан олдинга нисбатан фарқ аниқлиги $p < 0,05$) аниқланди. Ўнг бўлмача дистонияси ва ўпка артериясида босм камайиши паралел равишда ўзгаришлари ва ижобий суст корреляцияланганлиги (0,30) кузатилди. Бу функционал кўрсаткичлар СЎЮ етишмовчилиги босқичини белгилашда ва касаллик асорати авжланишининг профилактикаси критерийларни ишлаб чиқишда ёрдам беради.

СОСТОЯНИЕ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т., НАЗИРОВА М.

АО «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояние эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), тяжелой бронхиальной астмой (БА) и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материал и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия. На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина в дозе 5–10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных. Спектрофотометрическим методом оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмНО) в плазме крови.

Результаты исследования. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в уменьшении общего синтеза СмНО. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой группой подобная гипопродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшения отношения раннего

и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы. При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гипорпродукции оксида азота отмечается повышение синтеза СмНО в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно в 1,05 и 1,5 раз ($p < 0,05$). При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени среднего давления в легочной артерии и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца в более 1,07 и 1,08 раз ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Выводы. У больных БА с легочной гипертензией, гипорпродукция стабильных метаболитов НО выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с легочной гипертензией. Амлодипин на фоне стандартной терапии и озонотерапии корректирует показатели СмНО в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

СУРУНКАЛИ ЎПКА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИНИ ПРОГНОЗЛОВЧИ ЯНГИ КРИТЕРИЙЛАРНИ ИШЛАБ ЧИКИШДА МАТЕМАТИК МОДЕЛЛАШ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИШ

РАХИМОВА Д.А., ДЖАМБЕКОВА Г.С., ТУЛАБОЕВА Г.М., НАЗИРОВА М.Х.

“Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» АЖ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Респиратор тизим, миокард функционал ҳолатига ўзаро боғлиқ ҳолда баҳо бериш амалий шифокорларга сурункали ўпка юрак (СЎЮ) етишмовчилиги босқичини белгилашда ёрдам беради. касаллик ривожланишини прогнозловчи янги критерийларни функционал ташхислаш билан ишлаб чиқишда математик моделлаш усулидан фойдаланиш.

Тадқиқод натижалари. Даволанишдан олдин аниқланган гипоксия сурункали ўпка юрак етишмовчилигида хасталик ривожланишига, марказий қон-томирлар тизими ремоделланишига олиб келади. Даво муолажаларидан сўнг ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари ўзгаришини қуйидаги статистик критерийлар билан аниқланди:

ўрта миқдор

стандарт силжиш

стандарт хато

фарқининг аниқлиги ҳақиқий бўлиши Студент критерийси билан аниқланди:

$X = (V25 - W25) / \text{илдиз ости } (X25 \times X25) + (Y25 \times Y25))$

Ўпка ҳаёт ҳажми 2 ва 3-гуруҳларда мос равишда 9,6 ва 6,1%, 1сонияда нафас чиқариш ҳажми 10,8 а 7,7%, Тиффно индекси 2 ва 3-гуруҳларда мос равишда 10,4 ва 6,5% ортганлиги аниқланди ($p < 0,05$). Гуруҳлар орасидаги дисперсия ва корреляцияни аниқлашда қуйидаги услларни қўлланди:

дисперсия = $(O17:O27)$

корреляция = $(O17:O27; P17:P27)$

Даволашдан олдин ва кейин изоволумик бушашиш вақти 2 ва 3-гуруҳларда мос равишда $88,7 \pm 1,6$; $87,6 \pm 1,1$ ва $78,6 \pm 1,0$; $82,4 \pm 0,7$ ўзгариб, 11,4 ва 5,9% камайган ($p < 0,005$). Ўртача ўпка артериялардаги босим кўсаткичлари 2 ва 3 гуруҳларда мос равишда 18,1 ва 10,3% пасайиши аниқланди ($p < 0,05$).

Хулоса. Бу ўзгаришларни жамлаб хулоса қилинганда, функционал ўзгаришларни паралел равишда қайд этиш ва математик усулда таҳлил қилиш, касаллик даражасини баҳолашдан ташқари, касаллик ривожланишини прогнозлашга ва ўтказилган муолажаларнинг самарасини аниқлашга ҳам ёрдам беради.

СОСТОЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

РОГОЖИН А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение состояния клинко-лабораторных и функциональных показателей течения сочетанной бронхо-лёгочной патологии.

Материал и методы. Обследованы 43 больных хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОЗЛ) степеней А и С в возрасте от 40 до 57 лет с развившимся на его фоне туберкулёзом лёгких с распадом. Проводились эпидемиологические, клинические, рентгенологические, микроскопические, микробиологические, биохимические, инструментальные, молекулярно-генетические, статистические исследования.

Результаты исследования. В соответствии с результатами молекулярно-генетических исследований больные были разделены на 2 группы: группу 1 ($n=21$) и группу 2 ($n=22$). У больных группы 1 выявляли штаммы микобактерий туберкулёза (МБТ) Harlem, у пациентов группы 2—штамм Beijing LA-M. Для генетического варианта штам-

ма МБТ больных группы 2 характерны менее благоприятное течение и прогноз, в связи с чем представляло интерес состояние клинко-лабораторных и функциональных показателей у больных с данной сочетанной бронхо-лёгочной патологией. При анализе параметров клинко-лабораторно-инструментальных исследований были выявлены статистически значимые групповые различия по показателям температуры тела, уровня лейкоцитов в крови, количеству полостей распада в лёгких и их распространённости, а также величине объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) ($p < 0,05$). Статистически значимых различий по показателю жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ) выявлено не было ($p > 0,05$). Температура тела у пациентов группы 1 не превышала $37,2^\circ$ (медиана— $36,9^\circ$), в группе 2 величина показателя составляла $37,4^\circ$ и выше (медиана— $37,3^\circ$). Уровень лейкоцитов в периферической крови пациентов группы 1 варьировал от $6,5 \times 10^9/\text{л}$ до $8,2 \times 10^9/\text{л}$, у

пациентов группы 2 аналогичный показатель не превысил значения $6,1 \times 10^9/\text{л}$. Количество полостей распада лёгочной ткани в группе 1 составляло 1–2, в группе 2 – превышало 3. Поражение лёгочной ткани у больных группы 1 распространялось на 2–3 сегмента лёгких, у пациентов группы 2 – на 4–6 сегментов. Величина ЖЁЛ в группе 1 варьировала от 52% до 70% (медиана показателя – 63,2%), в группе 2 – от 47% до 60% (медиана – 54,1%). Величины ОФВ1 у пациентов группы 1 и группы 2 соответственно варьировали от 65% до 71% (медиана – 68,7%) и от 54% до 62% (медиана – 56,4%). Таким образом, генетически детерминированное менее благоприятное течение туберкулёза лёгких у больных группы 2 в условиях

его сочетания с ХОЗЛ ассоциировалось с более выраженными снижениями уровня лейкоцитов в периферической крови, ЖЁЛ и ОФВ1, большими показателями температуры тела и распространённости поражения лёгочной ткани по сравнению с изменениями аналогичных показателей у пациентов с более благоприятным типом течения туберкулёза лёгких в сочетании с ХОЗЛ.

Выводы. К числу клинико-лабораторных и функциональных показателей, ассоциированных с особенностями клинического течения сочетания ХОЗЛ-туберкулёз лёгких с распадом относятся уровни температуры тела и лейкоцитов в крови, количество и распространённость полостей распада в лёгких, показатели ЖЁЛ и ОФВ1.

АКТИВНОСТЬ ЛИПОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ МЕМБРАН ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

САДЫКОВА Г.А., КАСИМОВА Г.М., РАХМАТУЛЛАЕВ Х.У., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.

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

Цель исследования. Изучение активности липолитических ферментов тромбоцитов и лимфоцитов крови у больных ХОБЛ.

Материал и методы. Определение активности эндогенных фосфолипаз проводили на иммуноферментном анализаторе «HUMAREADER SINGLE» и биохимические исследования крови на анализаторе «HUMALYZER 2000». Для обследования использовалась кровь 20 больных ХОБЛ 2–3 степени тяжести.

Результаты исследования. Установлено, что развитие воспалительного процесса при ХОБЛ сопровождается снижением содержания основных фосфолипидов и накоплением в мембранах лимфоцитов и тромбоцитов целого ряда биологически активных метаболитов фосфолипидного обмена. При этом отмечается снижение в плазматических мембранах общих фосфолипидов, что связано с нарушением процессов обмена фосфолипидов с плазмой. Выявлено увеличение мембрано-токсичных фосфолипидов, что является неблагоприятным сигналом, т.к. эти фракции вызывают разрушение мембранных структур, способствует нарушению их функции и вызывают гемолиз форменных элементов крови. Лизофосфолипиды оказывают свое повреждающее действие на эндотелий капилляров, что сопровождается развитием отеков геморрагического и некротического характера, тем самым формируя один из механизмов возникновения синдрома эндогенной интоксикации у больных ХОБЛ. Анализ выявленных мембранных нарушений в липидном бислое лимфоцитов и тромбоцитов при ХОБЛ, показал, что в их основе лежит активация эндогенных фосфолипаз.

Так, с развитием ХОБЛ в лимфоцитах и тромбоцитах повышается активность эндогенных фосфолипаз A_1 , A_2 , C и D, при этом наблюдается снижение активности лизофосфолипазы. Накопление биологически активных метаболитов, таких как холин, этаноламин свидетельствует о снижении антиоксидантных свойств липидного бислоя, ведь именно наличие полярных оснований обеспечивает антиоксидантные свойства нейтральных липидов. Все это способствует усилению процессов перекисного окисления при ХОБЛ. Повышение другого биологически активного метаболита, образующегося под действием фосфолипазы C – 1,2 ДГ, обеспечивает еще большую дезорганизацию плазматических мембран за счет формирования в ней небислойных участков. Образование небислойных участков способствует повышению проницаемости мембран для ионов Ca^{2+} , что, в свою очередь, приводит к усилению активности эндогенных фосфолипаз A_2 . Наличие высокой активности эндогенной фосфолипазы A_2 при ХОБЛ является одним из механизмов провоцирующего усиления синдрома эндогенной интоксикации, так как под действием гидролитической активности фосфолипазы A_2 образуются цитолитические и мембранолитические лизофосфолипиды, а из ненасыщенных жирных кислот синтезируются лейкотриены и другие биологически активные вещества.

Выводы. Исходя из вышеизложенного видно, что липолитическая система мембран тромбоцитов и лимфоцитов является одним из факторов, участвующих в формировании синдрома эндогенной интоксикации при ХОБЛ.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ

САДЫКОВА Г.А., РАХМАТУЛЛАЕВ Х.У., КАСИМОВА Г.М., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.

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

Цель исследования. Анализировать влияние озон терапии на уровень интерлейкина IL1 β , клеточную реакцию сердца, лёгких в эксперименте на модели хронического гнойного воспаления лёгких (э-ХВЛ) вызванной длительным раздражением бронхов инородным телом.

Материал и методы. Модель э-ХВЛ вызывалась по методике Батыровой З.Б., и Шамирзаева Н.Х.[1992] у (34) беспородных крыс В первой группе озон терапия проведена путём подкожного или внутрибрюшинного введения озонированного физиологического раствора, по 3 мл тончайшими иглами 1 раз ежедневно, в течение 10 дней. Во 2 группе—озонотерапия проводилась внутримышечным введением одноразовыми шприцами 5 мл озонированного физиологического раствора, ежедневно, №10. В контрольной группе лечение не проводилось. Исследованы уровень интерлейкина (IL1 β) в сыворотке крови (твёрдофазный иммуноферментный анализ), цитология—методом препаратов отпечатков (Наджимитдинов С. Т., 2002) до лечения, после 10 процедур и через месяц после завершения лечения.

Результаты исследования. Уровень IL1 β составил до лечения $120,29 \pm 3,8$ пг/мл (контроль $6,3 \pm 0,3$ пг/мл). После 10 процедур в 1 группе он составил $86,10 \pm 1,45$, во второй группе $86,8 \pm 2,00$ пг/мл, а в ближайшие отдалённые сроки в I группе составил $70,49 \pm 1,15$ пг/мл и во 2 группе $40,49 \pm 1,0$ пг/мл. В исходном состоянии в ткани лёгкого превалировала лимфоцитарно-микрофагальная реакция, лёгочные макрофаги были мелкими без пищеварительных вакуолей, располагались

вплотную к альвеолярной мембране. В ткани лёгкого после 10 процедур в обеих группах выявлено обилие макрофагов с признаками частичной активности с отдельными пищеварительными вакуолями. В контрольной группе макрофаги были единичными, неактивными. В ткани сердца до лечения выявлены признаки дистрофии, альтерации миокардиоцитов, а также клеточной инфильтрации. Миокардиоциты крупного размера составили 43,3% среднего 34,2%, мелкого 22,5% по сравнению с контрольной здоровой группой (соответственно 26%, 32%, 42%). Установлено наличие различных типов клеток: лимфоцитов, неактивных макрофагов, эозинофилов, плазматических и гигантских клеток. После 10 процедур в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов мелкого диаметра, соответственно (63,0%–68,0%) во 2 группе крупного (55,3 –62,0%) по сравнению с группой контроля. В отдалённые сроки в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов крупного диаметра (52,0%) и мелкого калибра во 2 группе (55,0%). Количество лейкоцитов и эозинофилов уменьшилось, увеличилось количество макрофагов с выраженными пищеварительными вакуолями ($p < 0,05$).

Выводы. При воздействии дозированной озонотерапии у э-ХВЛ выявлено снижение провоспалительных интерлейкинов—показателей воспаления, активация миокардиоцитов и исходно сниженных показателей легочной макрофагальной реакции, что может найти практическое применение для профилактики и лечения хронических воспалительных процессов в дыхательных путях.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БАКТЕРИЙ ПРИ ГНОЙНО–ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

САДЫКОВА Г.А., САДЫКОВ Р.Р.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определение этиологической значимости выделяемых микроорганизмов при гнойно-воспалительных заболеваниях лёгких и мягких тканей.

Материал и методы. Испытуемый материал, взятый с гнойного очага, засеивали на следующие питательные среды: питательный агар с 5% кровью барана, ЖСА по Чистовичу, Эндо, энтерококк агар, шоколадный агар, Сабуроагар, питательный бульон для накопления микроорганизмов и

повторного посева на плотные питательные среды. Посевы помещали в термостат и инкубировали 24 часа при 37 С. Кроме того готовили не менее двух нативных мазков, которые окрашивали по Грамму, в целях экспресс–диагностики. Оставшийся после посевов материал в транспортной среде использовали для накопления возбудителей, инкубируя его при той же температуре. Срок инкубации составлял 24–48 ч. Видовая идентификация выделенных чистых культур бак-

терий проводилась общепринятыми методами по культуральным, морфологическим и тинкториальным, ферментативным, антигенным свойствам с использованием номенклатуры—Берджи и сведений, обобщенных в руководствах по клинической микробиологии. Культуральные свойства микроорганизмов определялись характером их роста на питательных средах. Просмотр посевов, изучение культуральных и морфологических свойств всех разновидностей, выросших на чашках колоний, определение количества микроорганизмов в 1 мл исследуемого материала проводили через 24–48 ч. Готовили мазки из колоний, выросших на плотных и жидких питательных средах. Морфологические свойства выделенных бактерий изучали

путём микроскопии мазков, окрашенных по Граму, Ауэски, Бурри-Гинсу.

Результаты исследования. Установлены роли представителей семейства Enterobacteriaceae, неферментирующих грамотрицательных бактерий и снижение доли грамположительных кокков, в особенности, стрептококков пиогенной группы в развитии гнойно-воспалительных заболеваний легких и мягких тканей.

Вывод. Данное исследование расширяет представление об этиологии современных гнойно-воспалительных заболеваний и пересматривает значение условно-патогенных и сапрофитных микроорганизмов в развитии данных патологических процессов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

САДЫКОВА Г.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., АРИПОВ Б.С., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х., АЛИМОВА Э.Р.

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

Цель исследования. Сравнительное изучение муколитической эффективности и переносимости препарата «Асцейн АТМ»-порошок для приготовления раствора для приёма внутрь, производства ООО «АТМ PHARM» Узбекистан, в сравнении с препаратом «Ацетал С»-порошок для приготовления раствора для перорального использования, производства Фармацевтической компании ООО «Здоровье» Украина.

Материал и методы. Больные с острыми и хроническими инфекциями дыхательных путей, нуждающиеся в отхаркивающих и муколитических препаратах были разделены на 2 группы: больные I группы получали исследуемый препарат «Асцейн АТМ», а II группы—препарат сравнения «Ацетал С». Группы были сопоставимы по полу, возрасту и диагнозу, и в каждой из них было по 30 больных. Исследуемые препараты пациенты принимали по пакетику 1 раз в сутки, в течение 5–7 дней, утром после завтрака, предварительно растворив пакетик в 1 стакане тёплой воды. Проведены общеклинические исследования, пикфлоуметрия (ПФ), общий анализ крови, АЛТ, АСТ, билирубин, время свёртывания крови. Изучено влияние лечения на кашель, количество и характер мокроты в баллах. Проводили оценку эффективности и переносимости препаратов на фоне стандартного лечения.

Результаты исследования. По результатам клинических исследований показатели АДС, АДД, ЧСС и ЧД имели тенденцию к снижению в конце лечения по сравнению с исходными данными в обеих группах. Выявлено снижение количества больных, предъявляющих жалобы на кашель с

отделением мокроты (соответственно в основной группе более 55% и группе сравнения 60% пациентов), количество лейкоцитов в мокроте сведено к нулю (у 20—пациентов), у остальных снижено более 38%. Установлена тенденция снижения характера мокроты (вязкость и др. показатели) в баллах ($P>0,05$). У 9 больных основной и 11 контрольной группы, которых к выписке продолжали беспокоить кашель, наблюдалось снижение количества и процентное содержание лейкоцитов в общем анализе мокроты, что свидетельствует о хорошей эффективности и переносимости обоих препаратов при воспалительных заболеваниях дыхательных путей. В общем анализе крови выявлена тенденция снижения количества лейкоцитов и достоверное снижение СОЭ ($P<0,05$). Показатели АЛТ, АСТ и билирубина в конце лечения имели тенденцию к снижению, показатели ПФ повысились в группе с Асцейном с 288.6 ± 11.25 до 334.7 ± 7.43 и против группы с Ацетал С (группа сравнения) с 280.3 ± 11.49 до 301.6 ± 13.70 л/мин. Установлена эффективность 3.9 ± 0.06 баллов в основной группе и 3.9 ± 0.06 баллов в группе сравнения и аналогичная переносимость 4.0 ± 0.04 . $0 \pm 0,0$ (балл). В ходе данных испытаний неблагоприятных явлений и побочных реакций не выявлено.

Выводы. Муколитическая эффективность и переносимость препарата «Асцейн АТМ» производства ООО «АТМ PHARM» Узбекистан, дают возможность рекомендовать его для широкого применения у больных с хроническими воспалительными процессами дыхательных путей.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

УБАЙДУЛЛАЕВ А.М., РАХИМОВА Д.А., САДЫКОВА Г.А., САБИРДЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Исследование состояния вегетативной нервной системы (ВНС) и адаптационного потенциала периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем, в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материал и методы. Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1- 16 больных БА с легочной гипертензией, 2- 12 больных БА с дилатацией правого желудочка сердца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA и озонотерапию. Функциональное состояние ВНС изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения. Эндотелий зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

Результаты исследования. При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода $0,70 \pm 0,02$, увеличения показателей амплитуда мода $36,1 \pm 0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического

отдела вегетативной нервной системы. Проведенное КИГ исследование у больных БА, осложненной легочным сердцем, в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекс напряжения определяли сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояния периферической вегетативной нервной системы, установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелий-зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2 % и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ($p < 0,05$).

Выводы. В основе возникновения и развития БА, осложненной легочным сердцем, лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА, осложненной легочным сердцем приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

УБАЙДУЛЛАЕВ А.М., АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., САБИРДЖАНОВА З.Т., САДЫКОВА Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хроническим легочным сердцем, в динамике комплексного лечения с амлодипином.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Больные по методу лечения были рандомизи-

рованы и разделены на 3 группы соответственно: 1–11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD; 2–11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3–12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

Результаты исследования. Результаты исследования установлено, что до лечения снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ, осложненной легочным сердцем, отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на

10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения—на 7,3%, ФПН—на 13,9%, ЛАДср—на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ($p<0,05$). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения—на 4,1 %, ФПН—на 9,9%, ЛАДср—на 9,5 % ($p<0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p<0,05$). Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной ЛС, более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

ХАТАМОВ Х.М., МИРАХМЕДОВА Г.Т., НУРМАМАТОВА К.Ч.

*Институт иммунологии, Городская клиническая больница №1,
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучение распространенности бронхиальной астмы и аллергического ринита за последние годы по 11 районам города Ташкента (кроме Алмазарского района) по обращаемости населения в 1-городскую клиническую больницу.

Результаты исследования. За последние 7 лет с 2008 по 2014 годы в 1-городскую клиническую больницу с разными вариантами аллергических заболеваний обращались 86656 (100%) человек. В 2008 году обратились 10872 (100%) больных. Из них 1278 (11,6%) с диагнозом бронхиальная астма и 1257 (11,5%) больных с диагнозом аллергического ринита. В 2009 году из 11424 (100%) больных 1244 (10,9%) с диагнозом бронхиальная астма, а 1987 (17,4%) с аллергическим ринитом. В 2010 году из 12394 больных (100%), 1108 (9%) с диагнозом бронхиальная астма, а 2511

(20,2%) с аллергическим ринитом. 2011 году из 13394 (100%) больных 927 (7%) с бронхиальной астмой, и 3124 (24%) больных с аллергическим ринитом. В 2012 году из 12870 (100%) больных 1428 (11%) с бронхиальной астмой, к сожалению, данные этого года по аллергическому риниту отсутствуют. В 2013 году из 13095 (100%) больных 1829 (14%) с диагнозом бронхиальная астма, и 4357 (33,3%) больных с аллергическим ринитом. В 2014 году из 12607 (100%) больных 1239 с диагнозом бронхиальная астма, и 4220 (33,4%) с аллергическим ринитом.

Выводы. Таким образом, обращаемость больных с бронхиальной астмой за период от 2008 года до 2011 года умеренно уменьшилось, а в 2012 по 2014 годы умеренно увеличилось. Показатели обращаемости больных с диагнозом аллергического ринита с каждым годом возрастает.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ АСТМА-ШКОЛЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЯРМУХАМЕДОВА Д.З., ЮСУПОВ О.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности образовательной программы астма-школы в комплексном лечении больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Обследован 41 больной с БА в возрасте от 18 до 60 лет (в среднем $-42,9 \pm 0,9$ лет). Группу обследованных больных составили 37% легкой, 63% со средней степенью тяжести БА. Все больные проходили обучение по образовательной программе астма-школы, организованной в условиях семейной поликлиники г. Ташкента. В исследовании использовалась анкета-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме».

Результаты исследования. Все пациенты проходили обучение по образовательной программе астма-школы. Во время обучения пациенты имели возможность задавать вопросы по любому вопросу, тренироваться навыкам проведения пикфлоуметрии, регистрации и интерпретации результатов, отрабатывать правильное использование ингаляторов и дополнительных приспособлений, выполнять комплекс дыхательных и физических упражнений. Перед началом занятий пациенты заполняли анкету-тест «Информированность пациентов о бронхиальной астме». Оценивался исходный уровень знаний больных о БА, ее патогенезе, прогнозе, осложнениях, специфических препаратах, умении мониторинга состояния и самопомощи. Подсчитывалась сумма правильно отвеченных вопросов, и вычислялся % от максимально возможного суммарного результата (от 100%). Подсчитанные значения оценивались как «низкая», «средняя» или «высокая степень информированности». 11 пациентов при сборе анкетных данных выявляли определенную степень осведомленности в отношении своего заболе-

вания. Кроме того, по результатам анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме» в 32% случаев больные демонстрировали средний уровень знаний о БА. Это оказались пациенты с ранее выставленным диагнозом БА. Остальные респонденты (22% всей выборки) до исследования никогда не принимали противоастматической терапии или использовали только бронхолитики короткого действия. Больше всего неправильных ответов было дано на вопросы относительно характеристик и правил приема препаратов. По окончании курса через 12 недель обучения с целью определения эффективности усвоения полученной информации все больные были повторно опрошены с помощью анкеты-теста «Информированность пациентов о бронхиальной астме». Результаты анкетирования выявили положительную динамику и показали, что высокую степень информированности о закономерностях болезни продемонстрировали 23% пациентов, среднюю—43% и низкую степень информированности о закономерностях болезни—34% пациентов. Обучение в астма-школе повышает степень информированности о закономерностях болезни у пациентов с БА, прививает навыки самоконтроля, помогает распознать первые признаки обострения заболевания.

Выводы. Таким образом, количество пациентов с контролируемым течением БА после обучения в астма-школе возросло (с 26% до 37%), что можно расценивать как положительный эффект проводимой образовательной программы. В целом, это ведет к контролю над течением болезни, уменьшению числа обострений, улучшению клинического состояния больного, увеличению функциональных показателей и улучшению качества жизни.

Ревматология и нефрология

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНОВ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА HLA B27 ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

АЛИАХУНОВА М.Ю., ИСЛАМОВА Д.Н., ХАКИМОВА Р.А., ХАН Т.А., ИСРОИЛОВ А.А.

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

Цель исследования. Изучить роль цитокинов в развитии, прогрессировании аутоиммунного воспаления и связь с генетическим маркером HLA B27.

Материал и методы. В исследование включены 25 больных с диагнозом анкилозирующим спондилоартритом (АС). Диагноз был верифицирован согласно Нью-Йоркским критерием (1984г). Из них 20 (55%) мужчин и 16 (5%) женщин. Средний возраст больных составил $36,6 \pm 7,8$ лет длительность заболевания с момента дебюта в среднем была $8,2 \pm 3,7$ лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Изучалась прогностическая эффективность иммуногенетического маркера HLA B27 и проведено определение уровней некоторых цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α) в сыворотке крови пациентов. Молекулярно-генетическая часть работы была выполнена в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий НИИГиПК МЗ РУз.

Результаты исследования. Концентрации ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 и ФНО- α у лиц контрольной группы составили $3,9 \pm 0,62$; $8,4 \pm 1,91$ пг/мл; $4,1 \pm 0,58$ пг/мл; $1,41 \pm 0,87$ пг/мл и $4,9 \pm 0,57$, соответственно. У больных АС отмечается увеличение ИЛ-1 в 1,6 раза ($p < 0,05$) при I степени активности и в 3,6 раза ($p < 0,05$) при II степени активности, соответственно. Содержание ИЛ-6 повысилось в 9,4 и 10,4 раза ($p < 0,05$) в обеих группах, соответственно, ФНО- α в 6,4 раза ($p < 0,05$) у больных с низкой степенью активности артрита и в 52,7 раза ($p < 0,05$) в группе с умеренной активностью по сравнению с контрольной группой. Причем содержание ИЛ-6, и особенно ФНО- α у больных с более высокой активностью заболевания было достоверно выше. Выявлено достоверное повышение содержания ИЛ-10 в 2,5 раза в группе с первой степенью активности воспалительного процесса и 6,2 в раза ($p < 0,05$)

у пациентов со второй степенью активности в сравнении с контролем. У больных с минимальной и умеренной активностью воспалительного процесса наблюдалось достоверное повышение содержания ИЛ-4 в 2 раза ($p < 0,05$). Выявленные достоверные различия в содержании ИЛ-10 между группами больных с I и II степенью активности заболевания, по-видимому, отражают истощение подобных компенсаторных гомеостатических механизмов, опосредующих регуляторный противовоспалительный потенциал, по мере прогрессирования заболевания. При анализе распределения частот неблагоприятных (+/-) и относительно благоприятных (-/-) генотипов в группе больных АС и контроля были выявлены статистически высокодостоверные отличия. Частота положительных гомозигот +/+ HLA B27 у больных была значительно выше, чем у условно здоровых (22.3% и 2.3%, соответственно; $\chi^2 = 8.4$; * $P = 0,004$; OR=12,1; 95% 1,52–96,8), а частота гомозигот нормального генотипа, напротив, была достоверно выше у здоровых по сравнению со значением основной группы (97.7% и 78.0%, соответственно; $P > 0,05$). Также был проведен сравнительный анализ распределения частот генотипов данного полиморфизма в зависимости от заболеваний. Частота носительства неблагоприятного гомозиготного генотипа +/+ среди больных АС была выше по сравнению с контрольной группой. В группе быстро прогрессирующих частота достигала 71,1%.

Выводы. Таким образом, уровень про- и противовоспалительных цитокинов у больных аксиальным спондилоартритом более адекватно отражает степень активности иммунопатологического процесса и клинические проявления заболевания. Клиническое подозрение на спондилоартропатию требует иммуногенетического исследования наличия гена HLA B27.

ПОКАЗАТЕЛИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ

АЛИАХУНОВА М.Ю., КАМАЛОВА Н.А.

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

Цель исследования. Оценка эффективности использования фототерапии и кальция Д₃ в лечении больных реактивным артритом (РеА) на основе изучения показателей кальций регулирующих систем и функционального состояния печени.

Материал и методы. В исследовании включены 20 с реактивным артритом и 20 практически здоровых лиц. Проведены клинические, функционально-рентгенологические, биохимические, иммуноферментные исследования.

Результаты исследования. На основе целенаправленного и комплексного исследования динамического равновесия между минеральным обменом, гормональным статусом и маркерами функционального состояния печени выявлено, что у 75,4% РеА сочетаются с остеопорозом (ОП). В среднем у 40,0% больных РеА, осложненным ОП, отмечены нарушения гепатобилиарной системы, что осложняет клиническое течение основного заболевания. У больных РеА, сочетанным с остеопорозом, впервые выявлено повышение уровня реактантов свободных жирных кислот, гиалуроновой кислоты, активность малатдегидрогеназы и снижение уровня 25-холекальциферола. У больных РеА, сочетанным ОП, впервые выявлено

снижение уровня антиадгезивного белка (тромбоспадин-5), повышение уровня адгезивного белка-фибронектина, активности лизосомального фермента- полиморфноядерных нейтрофилов и истощение активности антипротеаз альфа-1-антитрипсин, альфа-2-макроглобулин. Выявленные нарушения в минеральном обмене и ферментных системах у больных РеА, сочетанным с ОП, указывают на возникновение потенциального риска развития полиорганных нарушений, что, несомненно, является одним из патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему прогрессированию заболевания. Обнаруженные нами нарушения в различных системах организма у больных РеА имеют важное значение для разработки тактики и стратегии лечения.

Вывод. Полученные результаты по влиянию УФО и препарата кальций Д₃, а также комбинированной терапии на изучаемые показатели различных систем организма у больных РеА позволяют осуществлять дифференцированное назначение данных методов и препаратов с учетом характера изменений. Наиболее целесообразным является использование в условиях их сочетанного применения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

ВАЛИХОДЖАЕВА Э.Б., НИЗАМОВА С.Г., ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А.

Ташкенский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка различных схем терапии больных с остеоартрозом и изучение терапевтической эффективности препарата Артра и Кальция Д₃ Никомеда в лечении больных ОА. Оценить сравнительную эффективность различных схем терапии больных с остеоартрозом.

Материал и методы. Обследовано 40 больных на ОА в возрасте 35–68 лет. Основную группу составили 20 пациентов ОА II-III стадии (по классификации Келгрена-Лоуренса). Все пациенты жаловались на боли в суставах. Больные основной группы в комплексной терапии принимали препараты Артра (ходроитин сульфат 500 мг и гликозамин гидрохлорид 500 мг) по 1 таблетке 2 раза в день, в течение первых 3 недель, затем по

1 таблетке 1 раз в день, 3 месяца и кальций Д₃ Никомед (кальций карбонат 1250 мг и холекальциферол 5 мг) в течение 3 месяцев по 1 капсуле три раза в день, контрольная группа принимала только (n=20)–препарат Артра (ходроитин сульфат 500 мг и гликозамин гидрохлорид 500 мг) по схеме.

Всем больным до и после лечения определяли боль в покое и при движении (в мм по визуальной аналоговой шкале–ВАШ), боль при пальпации (мм по ВАШ), признаки синовита (в баллах), утреннюю скованность, функциональную недостаточность суставов (по опроснику WOMAC, отражающему динамику болевого синдрома, скованность и функции подвижности суставов).

Результаты исследования. Изучение клинико-функциональных показателей показало, что в период обострения болезни имело место их возрастание в зависимости от тяжести патологического процесса. После проведенного лечения в обеих группах наблюдалась положительная динамика клинических симптомов, но лучше—в основной группе по сравнению с контрольной. Использование препарата Артра вместе с Кальцием Д3 Никомедом способствовало снижению болевого синдрома по ВАШ и индекса WOMAC, снижению показателя скованности, повышению показателя повседневной активности, уменьшению или исчезновению признаков синовита по сравнению с принимавшими только таблетки Артра. Лучшими

были эти изменения у больных на олигоостеоартроз, со II стадией ОА. Качество жизни улучшилось у пациентов обеих групп. У больных пожилого возраста, особенно с полиморбидным фоном, регресс клинических проявлений был более длительным.

Вывод. Применение препарата Артра вместе с Кальцием Д3 Никомедом в комплексной терапии остеоартроза способствует более быстрому снижению выраженности болевого синдрома, снижению показателя скованности, повышению показателя повседневной активности, уменьшению или исчезновению признаков синовита у больных ОА и улучшению качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, НАЧАВШЕГОСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

ДЖУРАЕВА Э.Р., БЕРДИЕВА Д.У., ГАНИЕВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины и течения ревматоидного артрита (РА), начавшегося в пожилом возрасте.

Материал и методы. Исследовано 112 больных РА, из которых 92 больных (18 мужчин и 74 женщины)—впервые заболели в пожилом возрасте (основная группа), 20 больных РА моложе 50 лет составили контрольную группу. У 70,7% давность заболевания составила до 5 лет.

Результаты исследования. Клиническими особенностями течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, явилось частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов (66,3%), в отличие от классического варианта РА, начинающегося с симметричного поражения мелких суставов кистей и стоп. В 54,4% случаев РА у пожилых начинался остро и подостро с нарастанием признаков воспаления суставов, повышением температуры тела до субфебрильной, реже фебрильной, причем в 77,7% случаев подобное начало заболевания характерно для мужчин. Изучение клинической картины заболевания показало, что у 91,3% больных основной группы имели место II и III степени активности воспалительного процесса. По иммунологической принадлежности 70,6% больных РА основной группы были серопозитивными. Рентгенологические проявления I стадии выявлены у 1,1% больных, II—у

53,3%, III—у 34,8%, IV—у 10,8% больных. Продолжительность утренней скованности у больных РА пожилого возраста была достоверно меньше, чем в контрольной группе ($172,14 \pm 11,68$ против $189,44 \pm 9,06$). Из обследованных больных у 36 (39,1%) диагностированы висцеральные поражения, которые проявились в виде васкулита у 17 (47,2%) больных, ревматоидных узелков—у 6 (16,6%), кардита—у 2 (5,5%), лимфоаденопатии—у 2 (5,5%), синдрома Рейно—у 1 (2,9%), миелополинейропатии—у 1 (2,9%) больного. Сочетание ревматоидного кардита и пневмонита наблюдалось у 3 (8,4%) больных.

Выводы. Таким образом, особенностями клинического течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, являются частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов, преобладание острого и подострого начала заболевания, высокая активность воспалительного процесса, стойкий генерализованный суставной синдром, быстрое образование костно-хрящевой деструкции, несмотря на небольшую давность заболевания (у большинства больных до 5 лет), резкое ограничение двигательной активности, приводящее к ранней потере трудоспособности и инвалидности, вовлечение в патологический процесс внутренних органов.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ИКРАМОВА Ф.А., ДАМИНОВ Б.Т., ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РУЗМЕТОВА И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить предикторы развития нефрогенной анемии, оценить состояние эндокринной функции почек на ранних стадиях ХБП.

Материал и методы. Исследование осуществлялось в нефрологическом отделении III клиники Ташкентской Медицинской Академии. Для выявления зависимости между степенью снижения выделительной функции и повреждением эндокринной функции почек с 2014 г. начато исследование больных, поступающих на госпитализацию в отделение нефрологии. Из них методом случайной выборки отобрано 60 больных, которым проведено определение сывороточного ЭПО и обмена железа по трем показателям: сывороточное железо, ферритин сыворотки и трансферрин. Критерии включения в выборку: наличие ХБП (хронический гломерулонефрит — ХГН, в том числе вторичный на фоне системной красной волчанки — СКВ, тубулоинтерстициальный нефрит — ТИН, хронический пиелонефрит — ХП). Критерии исключения из выборки — наличие врожденной патологии почек. Больные разделены на 2 группы в зависимости от уровня Hb. 1-я группа — концентрация Hb более 120 г/л — 30 человек (средняя концентрация Hb $137 \pm 11,4$ г/л), 2-я группа — концентрация Hb менее 120 г/л — 30 человек (средняя концентрация Hb $111 \pm 8,8$ г/л). СКФ определяли по кли-

ренсу эндогенного креатинина и использовали для определения стадий ХБП.

Результаты исследования. В общей выборке анемия различной степени тяжести наблюдалась в 20,9% случаев, что соответствует данным литературы. В 97% случаев анемия была легкой степени тяжести, в 2,2% — среднетяжелая, в 0,7% (один случай) — тяжелая. Анемия развивалась чаще при ХГН и ХП и с высокой степенью достоверности, чаще при вторичном ХГН на фоне СКВ ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к повышению частоты анемии при основном диагнозе ХП, что может быть объяснено влиянием микробного воспаления на уровень Hb. Проанализирован характер течения заболевания в группах наблюдения. Рецидивирующее течение встречалось значительно чаще во 2-й группе, чем в группе больных без анемии — 31,1% и 19,39%, соответственно ($p < 0,01$). В то же время анемия регистрировалась и при обострении, и при полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии.

Выводы. Возможно формирование нефрогенной анемии уже на ранних стадиях ХБП. Развитие нефрогенной анемии сопровождается относительным дефицитом ЭПО, который, видимо, развивается уже на ранних стадиях болезни. Поэтому обязательным и важным фактором является своевременная патогенетическая терапия анемии препаратами эритропоэтина.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ИСАКОВА Э.И., МИРАХМЕДОВА Х.Т., МАДИЕВА И.О.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости критериев диагностики CASPAR у больных ранним ПсА и артритом длительностью течения после 2-х лет.

Материал и методы. Клинические исследования больных ПсА были проведены РРЦ, 1-клиники ТМА и РСЦД и В МЗРУз. Для решения поставленных задач было обследовано 75 больных ПсА. Мужчин было 45,3%, женщин — 54,6%. Средний возраст $42,5 \pm 11,2$ лет. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR. Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные

Методы исследования. Для подтверждения клинического диагноза псориаза пользовались консультацией дерматовенеролога.

Результаты исследования. У больных ПсА, отмечались все характерные клинические проявления этого заболевания согласно критериям CASPAR. Среди основных диагностических признаков артрит был характерен у 100% больных обеих групп, затем по частоте энтезита, реже спондилита. Признаки энтезита при клиническом осмотре различной локализации выявлены у 43,3% больных. Энтезит в 1,6 раза чаще встречался у больных ранним артритом, по сравнению ПсА

длительностью заболевания после 2-х лет. Спондилоартритическая форма ПсА с преимущественным поражением позвоночника наблюдалась у 17,4% больных. У 50,6% наблюдалось сочетание спондилита с периферическим артритом. Спондилит обладал высокой диагностической значимостью у больных ПсА с длительностью заболевания после 2-х лет (68,2%) ($p < 0,05$). Одним из дополнительных критериев диагностики ПсА, являлась связь с Пс. Из анамнеза псориаз обнаружен у 96,6% больных, в момент осмотра у 91,3%, в анамнезе у 5,3%, семейный анамнез у 3,3% больных. Псориатическая дистрофия ногтей наблюдалась у 65,4% больных, одинаково встречалась независимо от длительности заболевания. У всех больных отмечался отрицательный результат теста на РФ. Дактилит в момент осмотра встречался у 38,6 % больных, он 1,6 раза чаще наблюдался у больных ранним артритом в срав-

нении с позднем. Дактилит в анамнезе (зафиксированный ревматологом) наблюдался у 5,4% больных, что в 2,3 раза чаще у больных с длительностью заболевания более 2-х лет. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний на рентгенограммах кистей и стоп наблюдались у 54,6% больных и достоверно часто у больных с длительностью заболевания более 2-х лет ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наиболее чувствительными критериями на ранней стадии ПсА являлись псориатическое поражение кожи и ногтей, дактилит, серонегативность по РФ. Небольшой диагностической значимостью обладал псориаз в анамнезе или у родственников 1–2 степени родства. Спондилит и костная ремодуляция наиболее часто отмечены у больных с длительностью заболевания более 2-х лет.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., МАМАНАЗАРОВА Д.К., ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш., ГАЗИЕВА Х.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка влияния снижения веса на клинические проявления гонартроза (ГА) коленных суставов, качество жизни, показатели компонентов метаболического синдрома – (уровень артериального давления (АД), уровень липидов крови, глюкозы крови, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) у женщин с гонартрозом и ожирением.

Материал и методы. В исследование включено 50 женщин (в возрасте 45–65 лет) с ГА коленных суставов II-III стадии по Kellgren-Lawrence и ожирением (индекс массы тела (ИМТ) $> 30 \text{ кг/м}^2$). Рандомизация в группах осуществлялась по уровню применения препаратов: 1-я группа (25 больных) принимала препарат орлистат в дозе 120 мг (1 капсула) 3 раза в сутки в течение 6 месяцев, в комплексе с гипокалорийной диетой и физической активностью; 2-я группа (25 больных) находилась на немедикаментозной терапии ожирения (гипокалорийная диета и физическая активность). Оценивались антропометрические показатели (ИМТ, ОТ, ОБ), уровень АД, биохимический анализ крови (липидный профиль и глюкоза), функциональный индекс WOMAC, качество жизни по индексу EQ-5D ежемесячно, в течение полугода.

Результаты исследования. Выявлено, что снижение массы тела на фоне орлистата составило 10,07% (в среднем на 10,45 кг). Количество пациентов, потерявших не менее 5% массы тела от исходной, составило 44% (11 человек), 56% (14

человек) потеряли более 10% в весе от исходной массы тела. У пациенток (2 гр), которые находились только на гипокалорийной диете, отмечено снижение веса на 1% (в среднем на 1 кг). На фоне приема орлистата в 1 группе отмечено значимое уменьшение ОТ (–8,3см) и ОБ (–5,28см) по сравнению с пациентами, которые находились на диете ($p < 0,05$). Боль по WOMAC у больных, находящихся на терапии орлистатом, снизилась на 52%, и была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем во 2-ой группе, где этот показатель снизился только на 20%. Такие же изменения наблюдались и по функциональной недостаточности: в динамике этот показатель в 1-ой группе оказался достоверно ниже, чем во 2-ой группе ($p < 0,05$) (снижение на 51% и 18% соответственно). Суммарный индекс WOMAC на фоне снижения массы тела снизился в обеих группах (на 51,49% и 19%, соответственно), но достоверно был ниже в группе, получавшей орлистат ($p = 0,006$). У пациентов на фоне снижения веса, улучшения клинических проявлений гонартроза отмечено значимое улучшение качества жизни по опроснику EQ-5D (0,24) по сравнению с больными с меньшей потерей веса (0) ($p < 0,001$). Статистически значимых изменений показателей АД, глюкозы, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов в обеих группах не было. Переносимость орлистата была хорошей, только две больные отметили нежелательные реакции в

виде жидкого стула на фоне погрешностей в диете (прием жирной пищи), которые не потребовали отмены препарата.

Выводы. Анализ исследования продемонстрировал, что снижение массы тела только на 10% на фоне приема орлистата у пациентов с ожирением и ГА коленных суставов привело к значительным изменениям клинических проявлений гонартроза: уменьшению боли и улучшению функционального состояния коленных суставов. Снижение массы

тела и уменьшение клинических проявлений ОА коленных суставов благоприятно влияет на показатели качества жизни пациентов по опроснику EQ-5D, в связи с чем препараты, оказывающие влияние на снижение веса, необходимо включать в схему лечения пациентов с остеоартрозом и ожирением. При отсутствии динамики ИМТ клиническое состояние больных с остеоартрозом контролировалось лишь НПВП.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., МАМАНАЗАРОВА Д.К., ТУРСУНБАЕВ Р.С., ЗИЕМУХАМЕДОВА М.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка факторов риска (ФР), с выявлением особенности сердечно-сосудистых заболеваний и степени кардиоваскулярного риска, у женщин при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы. В исследование включены 104 женщины, средний возраст которых составил $54,8 \pm 8,3$ лет. Диагноз РА установлен согласно международным критериям ACR/EULAR 2010 года. Средний возраст пациентов от начала РА представлен $49,6 \pm 8,9$ годами. Средняя продолжительность РА у обследуемых составила $8,8 \pm 4,6$ лет. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1.

Результаты исследования. У 100% пациенток с РА зарегистрированы ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Среднее число ФР приходящееся на 1 пациентку—7,4 (0;13) в возрасте $54,8 \pm 8,3$ лет. По частоте встречаемости ФР определено: нерациональное питание—90%, снижение физической активности—87%, абдоминальное ожирение (ОТ)—81%, артериальная гипертензия—74%; тревога/депрессия—74%, повышенный уровень ОХС—70%; тахикардия—70%, ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)—61%; нарушение сна—50%, менопауза до 45 лет—45%, ожирение (ИМТ)—38%, патология беременности—29%; гипергликемия—12%, курение—5%; алкоголизация—1%. Среди поражений

органов-мишеней—ГЛЖ 74%, кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс 1,4)—35%, стеноз сосудов нижних конечностей (ЛПИ 0,8)—28%. Среди ассоциированных клинических состояний ХБП—20%, ИБС—13%, ТИА—7%. Повышенное СОЭ—87% ($37,2 (16;70)$ мм\ч); СРБ—74% ($19,2 (6;86,0)$ мг\л); РФ—70% ($111,1 (10; 602)$ мг\л); АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду)—55% ($211 (100; 426)$ е\мл). Отмечен риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) по шкале SCORE как очень высокий и высокий (34%; 35%, соответственно), коррелирует с активностью системного воспаления ($p < 0,05$), средний и низкий риск—14%, 15%. Выявлена прямая корреляция между ОХС и СРБ, СОЭ, РФ, ВАШ ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, все обследованные пациентки с РА имеют факторы риска ССЗ, причем более чем у половины (69%) имеется высокий и очень высокий риск развития ССЗ, который определяется большим количеством ФР (в среднем 7,4), при среднем возрасте $54,8 \pm 8,3$ лет, атеросклеротическим поражением сосудов (28%), и патогенетическими механизмами развития самого заболевания. В свою очередь, факторы риска коррелируют с активностью системного воспалительного процесса, что важно учитывать при оценке кардиоваскулярного риска у пациенток с РА.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

КИРЕЕВ В.В.

Институт иммунологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение иммунологических различий в периферической крови в зависимости от стадии РА.

Материал и методы. Обследовано 120 больных достоверным РА. Диагноз РА устанавливался на основании критериев АРА (1989). У 25 больных была ранняя стадия заболевания (от 2 мес. до 2 лет от начала заболевания), у 95 – поздняя стадия (продолжительностью больше 2 лет). У всех больных была II–III степень активности заболевания (показатели СОЭ– $39,19 \pm 1,28$ мм/час, фибриноген– $5,69 \pm 0,17$ г/л, СРБ от 2+ до 4+). В последние 4–6 месяцев до момента поступления в клинику больные самостоятельно прекращали прием базисного лечения (иммунодепрессанты, сульфосалазин, лефно) и гормонов и получали лишь нестероидные противовоспалительные препараты. В периферической крови определяли следующие иммунологические показатели: CD 3, CD 4, CD 8 CD 16, CD 25, CD 95, CDHLADR, CD 20 методом МкАт, содержание иммуноглобулинов А, G и М определяли по Манчини. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту.

Результаты исследования. Было выявлено достоверное повышение относительного показателя лимфоцитов при раннем РА до $36,95 \pm 2,91\%$ ($p < 0,05$) по сравнению с показателями здоровых лиц – $30,1 \pm 1,1\%$, но без достоверного различия между данным показателем у больных поздним РА ($31,93 \pm 1,19\%$, $p > 0,05$). Также при раннем РА обнаруживается достоверное повышение аб-

солютного показателя CD8+ до $609,18 \pm 51,40$ ($p < 0,05$) по сравнению с показателями здоровых лиц – 475 ± 42 , что не обнаруживается при позднем РА ($491,63 \pm 22,14\%$, $p > 0,05$). И, наоборот, при позднем РА отмечается достоверное снижение абсолютного показателя CD3+ до $849,58 \pm 33,72$ (1189 ± 89 ; $p < 0,05$), CD4+ до $596,36 \pm 25,09$ (752 ± 61 ; $p < 0,05$) и уровня IgG до $1041,99 \pm 30,85$ мг% (1173 ± 54 ; $p < 0,05$) по сравнению с показателями здоровых лиц. Изменения остальных показателей были без достоверной разницы между стадиями заболевания. Но отличия этих показателей у больных ранней и поздней стадиями заболевания недостоверны между собой. При раннем РА достоверно повышен относительный показатель лимфоцитов, а при позднем РА достоверно снижены абсолютные показатели CD3+, CD4+ и уровень IgG по сравнению с показателями здоровых лиц. Это свидетельствует о важной роли лимфоцитов как АПК на ранней стадии развития заболевания с возможным последующим их снижением на поздней стадии развития РА. Снижение CD3+ и CD4+ свидетельствует, по-видимому, об их перераспределении из периферической крови непосредственно в очаг воспаления, а снижение уровня IgG – о возможном истощении гуморальных механизмов на поздней стадии заболевания.

Таким образом, имеется ряд достоверных иммунологических различий в периферической крови больных РА в зависимости от стадии заболевания, что, возможно, имеет значение при проведении базисной терапии.

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

КУРБАНОВА Ш.Р., МУХАММАДИЕВА С.М., ТУРДИЕВА Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Дать клинико-лучевую характеристику раннего псориатического артрита.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов (М:Ж–23:37) с рПсА, соответствующих критериям CASPAR, средний возраст $41,25 \pm 13,16$ года, длительность ПсА $0,87 [0,5; 1,5]$ года (от 0,16 до 2 лет), псориаза $7,5 [2; 20]$ года, число болезненных суставов (ЧБС) $10 [5; 15]$ (от 1 до 35), число припухших суставов (ЧПС) $8 [4; 11]$ (от 0 до 33), DAS $3,62 [2,76; 4,41]$, С-реактивный белок $8,7 [3; 19]$ мг/мл, находящихся только на терапии нестероидны-

ми противовоспалительными препаратами. Выполняли клинический осмотр (КО)[ЧБС78/ЧПС76/DAS], рентгенографию (Rg) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) кистей и стоп, оценивали эрозии, субхондральные кисты (СхК), костные пролиферации (КоП), синовит, отек костного мозга (ОКМ) пястно-фаланговых (ПФС), плюснефаланговых (ПлФС), проксимальных межфаланговых (ПМФС) и дистальных межфаланговых суставов (ДМФС), а также наличие теносиновитов сгибателей пальцев кистей, стоп на аппарате Artoscan C

0,2 Т в режиме SE-T1/T2. Рассчитывали $M \pm m$, Min-Max, частоту выявления признака в процентах, R Статистически значимым считали $p < 0,05$.

Результаты исследования. При КО артрит выявлен у 45 (75%) пациентов: у 35 (58,3%) – ПФС, у 32 (53,3%) – ПМФС, у 20 (33,3%) – ДМФС, артрит стоп у 46 (76,6%): у 44 (73,3%) – ПлФС, у 28 (46,6%) – ПМФС, у 19 (31,6%) – ДМФС. При МРТ артрита кистей обнаружен у 43 (72%) пациентов: у 23 (38,3%) – ПФС, у 32 (53,3%) – ПМФС, у 20 (33,3%) – ДМФС, артрита стоп у 42 (70%): у 36 (60%) – ПлФС, у 24 (40%) – ПМФС, у 19 (31,6%) – ДМФС. При КО и МРТ осевой артрит пальцев кистей/стоп обнаружен у 7 (10,6%)/17 (28,3%) и у 5 (8,3%)/14 (31%) пациентов, соответственно. При КО/МРТ тендовагинит сгибателей пальцев кистей найден у 17 (28,3%)/22 (36,6%), сгибателей пальцев стоп у 6 (10%)/24 (40%) паци-

ентов, соответственно. Дактилит кистей обнаружен у 9 (15%), стоп у 28 (47%) больных. У 6 (10%) обнаружены КоП кистей, у 6 (10%) – стоп. На Rg/МРТ эрозии суставов кистей выявлены у 5 (8%)/6 (10%), СхК – у 18 (30%)/11 (18%), эрозии суставов стоп – у 6 (10%)/6 (10%). Отек костного мозга (МРТ) выявлен в кистях у 3 (5%), в стопах – у 5 (8%) больных, СхК – у 26 (43%)/14 (23%) пациентов, соответственно. Найдены значимые корреляции между наличием эрозий и кист по МРТ/Rg и длительностью ПсА ($R = 0,74/0,27$), а также DAS и наличием эрозий по Rg ($R = 0,237$).

Выводы. Ранний ПсА – это преимущественно активный полиартрит с развитием тендинитов и дактилитов. Эрозии суставов и костные пролиферации выявлены у 10% больных с ранним ПсА. Частота структурных поражений суставов зависит от длительности и активности заболевания.

АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

МАМАНАЗАРОВА Д.К., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш., ТУРСУНБАЕВ Р.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка показателей суставного синдрома, а также анализ артросонографических параметров у пациентов с гонартрозом (ГА) коленных суставов и избыточной массой тела или ожирением.

Материал и методы. Исследование было проведено у 48 пациентов, страдающих ГА. Распределение на группы осуществлено по массе тела: в основную группу вошли 28 больных (10 мужчин и 18 женщин), со средним возрастом $56 \pm 5,6$ лет и средней длительностью ГА коленных суставов $10,4 \pm 5,6$ лет. Двусторонний процесс в суставах имел место у 13 (46%), односторонний – у 15 (54%) больных. Преобладали пациенты со II стадией гонартроза – 17 (60,7%). Среднее значение ИМТ в основной группе составило $41,4 \pm 2,2$ кг/м². Контрольная группа была представлена 20 больными ГА с нормальной массой тела, среди которых 5 мужчин и 15 женщин. Средняя длительность гонартроза – $9,5 \pm 4,7$ лет, двусторонний процесс имел место у 13 (65%), односторонний – у 7 (35%) больных. В контрольной группе также преобладали пациенты со II стадией гонартроза – 15 (75%). Среднее значение ИМТ составило в контроле $23,1 \pm 2,1$ кг/м². В обеих группах оценивали результаты выраженности боли, скованности, ограничения функции суставов по индексу Лейкена, дозы принимаемых НПВС (доза диклофенака в сутки), данные артросонографии коленных суставов (размеры суставного хряща, наличие синовита).

Результаты исследования. При оценке полученных данных среднее значение индекса Лейкена в основной группе и контроле составили $25,2 \pm 2,3$ и $15,4 \pm 2,6$ ($p < 0,05$) баллов, соответственно. Необходимо заметить, что пациенты основной группы принимали НПВС практически в два раза больших дозах, чем в контроле ($p < 0,05$). Размеры суставного хряща по данным артросонографии составили $1,1 \pm 0,5$ и $2,1 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$), соответственно в основной и контрольной группах. Наличие участков отека костного мозга в начале исследования вне зависимости от характера лечения было фактором риска прогрессирования хондропатии: в 40% случаев в медиальном отделе бедренной кости ($p = 0,03$) и в 38,5% – в медиальном отделе большеберцовой кости ($p = 0,02$) патологические изменения хряща усилились. Результаты артросонографии свидетельствовали о том, что в различных зонах коленного сустава характер и глубина повреждения хряща неоднородны: разволокнение суставного хряща выявлено во всех анализируемых зонах, эрозии наиболее часто обнаруживались в области медиального мыщелка бедренной кости, глубокие трещины с обнажением субхондральной кости и эрозии выявлены в области надколенника, что соответствовало данным МРТ. В целом установлена высокая степень корреляции ($r = 0,61 - 0,73$) тяжести хондропатии по данным МРТ, артросонографии и отсутствие корреляции между рентгенологической стадией и степенью деструкции хряща. Синовит раз-

личной степени выраженности был выявлен у 15 (53,6%) основной группы и у 7 (35%)—контрольной группы, $p < 0,05$.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о более тяжелом течении ОА коленных суставов у больных с избыточной массой тела и ожирением (более выражен

болевым синдром, чаще выявляется синовит, сниженные показатели высоты суставного хряща по данным артрозонографии). Желательное снижение массы тела ведет не только к уменьшению нагрузки на суставы, но и имеет патогенетическое значение, способствует ускорению темпов прогрессирования ОА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛЕФНО У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

МАТЧАНОВ С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Эффективность антицитокиновой терапии у больных ревматоидным артритом (РА) зависит от наличия аутоантител, одним из которых является ревматоидный фактор (РФ). Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности использования препарата лефно у больных РА в зависимости от наличия ревматоидного фактора.

Материал и методы. Обследование проводилось на базе I клиники Ташкентской медицинской академии. Под наблюдением находились 37 пациентов с достоверным диагнозом РА (28 женщин, 9 мужчин), из них серопозитивный по РФ —29, серонегативных по РФ—8. Средний возраст— $48,34 \pm 4,74$ лет и $35,2 \pm 3,67$ лет, соответственно. Длительность РА— $14,55 \pm 3,45$ лет и $11,5 \pm 6,3$ лет. Больные принимали таблетки Лефно 20 мг в сутки на фоне традиционной терапии. Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев после начала терапии с препаратом Лефно. Оценивались следующие показатели: продолжительность

утренней скованности, боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), активность заболевания по DAS28 и качества жизни по HAQ.

Результаты исследования. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалась динамика изучаемых показателей: уменьшение боли по ВАШ (у серонегативных больных— $55,1 \pm 6,3$ мм и $33,2 \pm 5,9$ мм, $P < 0,05$; у серопозитивных $60,9 \pm 4,2$ мм и $47,6 \pm 4,5$ мм, $P > 0,5$), снижение активности заболевания по DAS28 ($4,71 \pm 0,47$ и $3,36 \pm 0,48$, $P > 0,5$; $5,64 \pm 0,24$ и $3,91 \pm 0,22$, $P < 0,05$), улучшение функционального состояния по HAQ ($1,23 \pm 0,27$ и $0,83 \pm 0,25$, $P > 0,5$; $1,87 \pm 0,13$ и $1,31 \pm 0,14$, $P < 0,05$, соответственно). Уменьшение продолжительности утренней скованности у серонегативных больных ($80,6 \pm 47,9$ мин. и $45,6 \pm 11,6$ мин., $P > 0,5$) и серопозитивных больных ($133,8 \pm 16,0$ мин. и $69,7 \pm 17,4$ мин., $P < 0,001$).

Выводы. Терапия с препаратом лефно позитивно влияет на динамику изучаемых показателей у больных ревматоидным артритом.

МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

МИРАХМЕДОВА Х.Т., РАХМАТОВ А.Б., ИСАКОВА Э.И.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский центр дерматологии и венерологии, Ташкент, Узбекистан

В плане поиска возможных путей оптимизации терапии и влияния ингибитора протеолиза «Овомин» на воспалительный процесс, одним из основных патогенетических механизмов ПсА, представлялось целесообразным провести его испытание при различных вариантах суставного синдрома.

Материал и методы. Клинические исследования больных ПсА были проведены в РРЦ 1-клиники ТМА и РСЦДиВ МЗРУз. Для решения поставленных задач было обследовано 38 больных ПсА. Мужчин было 45,3%, женщин—54,6%. Средний возраст $42,5 \pm 11,2$ лет. Диагноз ПсА устанавли-

вался на основании критериев CASPAR. Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные

Методы исследования. В зависимости от вида терапии все больные разделены на 2 группы. Больные были рандомизированы методом случайной выборки, они были сопоставимы по возрасту, длительности и активности заболевания, клинической форме, рентгенологической стадии и степени функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, что позволяет адекватно оценить эффективность различных схем терапии. 1-я группа ($n=16$) больных получали

комбинированную терапию метотрексат и препарат Овомин, 2-я группа (n=22) получали метотрексат. Для оценки эффективности терапии использовали клиничко-лабораторные показатели и международные критерии ответа на терапию для ПсА, ACR 20, 50, 70.

Результаты исследования. На 4-й неделе процент пациентов, достигших ответа ACR20, был значительно выше в 1-ой группе (75%), по сравнению со 2-ой группой, (60%) ($p < 0,05$). Начиная с 16-й недели, между показателями ответа ACR20 в группах проявилась статистически значимая разница (85%—в группе, получавших Овомин, и 67%—в группе, получавших метотрексат без овомина ($P < 0,05$)). Процент пациентов, у которых был достигнут ответ ACR70, на 24-й неделе был также выше в 1-ой группе (41% по сравнению с 30% во второй группе; $P < 0,05$). ЧБС в течение первых месяцев лечения уменьшилось в 1 группе в 3,3 раза, а во 2-й—в 2,2 раза. Число воспаленных суставов уменьшилось к 1 мес. лечения с $14,7 \pm 16,7$ до $3,3 \pm 3,5$ в первой группе ($p < 0,05$), с $13,7 \pm 11,9$ до

$7,2 \pm 2,2$ во второй. Через 1 мес. от начала лечения общая оценка активности заболевания пациентом и врачом по ВАШ, также быстрее улучшалась в 1 группе, чем во второй. СОЭ в 1 группе уменьшилась с 33,5 до 12,7, во 2—с 33,7 до 21 мм/ч. Уровень С-реактивного белка в 1 группе уменьшился с 42,9 до 6,3 мкмоль/л, во 2—с 38 до 12 мкмоль/л. Следует отметить, что у больных 1-ой группы чаще наблюдалась эволюция прогрессирующей стадии псориаза в стационарную и купирование кожного синдрома.

Выводы. Таким образом, наиболее выраженная динамика клиничко-лабораторных показателей псориаза и псориатического артрита наблюдалась на фоне терапии метотрексатом и овомином. Высокая клиническая эффективность комбинированной терапии метотрексатом и овомином позволяет рассматривать эту комбинацию как наиболее эффективную и средством выбора в терапии неблагоприятных вариантов псориатического артрита.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

МУХАММАДИЕВА С.М., ТУРДИЕВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение ранних признаков атеросклеротического поражения артерий у больных ПсА во взаимосвязи с активностью воспалительного процесса и клиническими особенностями течения суставной патологии.

Материал и методы. В исследование включено 36 больных, страдающих ПсА. Контрольная группа (КГ) сформирована из 20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными. Возраст больных ПсА—39 лет (29–42). Среди обследованных 29 (80,5%) женщин и 7 (19,5% мужчин). Диагноз ПсА выставлялся в соответствии с критериями CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis). Псориатический полиартрит имел место в 22 (61,1%), олигоартрит—в 9 (25%), сакроилеит—в 2 (5,6%), спондилит—в 3 (8,3%) случаях. Рентгенологическая I стадия поражения суставов установлена у 4 (11,1%), II—у 19 (52,8%), III—у 13 (36,1%), функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата I степени—у 11 (30,6%), II—у 25 (69,4%), воспалительная активность I степени у 8 (22,2%), II—у 19 (52,8%), III—у 9 (25%) больных. В качестве базисного препарата 32 (88,9%) пациентов принимали метотрексат в дозе от 7,5 до 12,5 мг в неделю, 4 (11,1%)—сульфасалазин по 2,0 г ежедневно. НПВП в обычных дозировках принимали все больные из данной группы. Ультразвуковое исследование сосудов экстракраниального отдела сонных и позво-

ночных артерий, плечевой артерии выполняли на дуплексном аппарате SoneScapeSSI 5000 (Китай) линейным датчиком 7,11МГц, конвекс датчиком 3,5МГц, кардиальным датчиком 2,5–5,0МГц.

Результаты исследования. По данным сканирования сонных артерий, ТИМ в группе больных ПсА составила 0,75 мм (0,7–0,8), в КГ—0,63 мм (0,6–0,7). У 7 пациентов (19,4%) с ПсА в исследуемых артериях визуализированы атеросклеротические бляшки. Медиана суммарной площади атероматозного поражения составила 94,3 мм (84,3–112). Во всех случаях атеросклеротические очаги характеризовались как плоские, гомогенные, не вызывающие гемодинамически значимых стенозов. Больные ПсА, у которых выявлены атеросклеротические бляшки, относились к более старшей возрастной группе, чем лица без очаговых изменений. В этой подгруппе пациенты имели достоверно ($p < 0,01$) более продолжительный анамнез ПсА—10 лет (8–12), по сравнению с подгруппой без атероматозных бляшек, где длительность суставной патологии составила 5 лет (3–7). По сравнению с контрольной группой, у которых реакция на гиперемию составила 12,1 % (11,5–14,1), у больных ПсА в пробе с реактивной гиперемией такая реакция оказалась достоверно ($p < 0,01$) сниженной—8,3% (6,8–11,1).

Выводы. У больных ПсА присутствуют ранние признаки системного и очагового атеросклероза в

виде увеличения ТИМ сонных артерий, снижения ПЗВД плечевой артерии и в форме атеросклеротических бляшек. Выраженность субклинического атеросклероза при ПсА, проявляющегося увели-

чением ТИМ, ассоциируется с возрастом, длительностью анамнеза заболевания, уровнем СРП, наличием системных проявлений, индексом РЛ81 при ПсА.

ОЦЕНКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАИМКУЛОВА Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Определение динамики показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) у пациентов, получавших курс консервативной терапии остеоартроза (ОА).

Материал и методы. Обследованы 28 больных, получавших курс консервативной терапии ОА в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и 17 больных без АГ. Суточное мониторирование АД среди пациентов, получавших курс консервативного лечения, проводилось с помощью системы СМАД. Оценена лабильность артериального давления (АД) у пациентов на ранних этапах консервативного лечения по поводу ОА.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов с коморбидной патологией амбулаторно по данным медицинской документации до начала лечения определены степени АГ: 2-степень – 21,4%, 3 степень – 78,6%, 1 степень – 0%. Среди общего количества пролеченных пациентов средний возраст пациентов данной группы 64,2 года, средняя длительность течения ОА 8,8 лет, АГ – 14,4 лет. Сопутствующая патология в данной группе представлена метаболическими нарушениями, перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, стенокардией напряжения. Все пациенты получили курс консервативного лечения по поводу коксартроза, гонартроза, артроза плечевого сустава. Гипотензивная терапия подобрана амбулаторно согласно гос.стандарту. Группу пациентов с ОА без сочетания с АГ составили 60% женщин и 40% мужчин. Среди общего количества пациентов средний возраст пациентов данной группы 47,6

года, средняя длительность течения ОА 2,9 лет. Все пациенты в период госпитализации получали неселективные НПВС. Среднее САД при поступлении в группу коморбидной патологии составило $147,6 \pm 3,7$ мм.рт.ст., среднее ДАД – $85,4 \pm 2,2$ мм.рт.ст.; среднее САД среди пациентов изолированного ОА на уровне $122,2 \pm 2,5$ мм.рт.ст., среднее ДАД – $75,8 \pm 1,6$ мм.рт.ст. За время трехдневного наблюдения отмечается снижение среднесуточного САД на 9,3 % в группе коморбидной патологии и на 0,5 % в группе изолированного ОА. Колебания среднесуточного ДАД также с т коморбидных патологий находятся на пограничных значениях САД и ДАД, средненочные показатели на уровне мягкой гипертензии. Индекс времени «нагрузки давлением» САД и ДАД в десятки раз выше среди пациентов с коморбидной патологией на протяжении первых трех суток консервативного лечения остеоартроза остается в диапазоне от 7,2% до 9,0%, т.е. с недостаточным ночным снижением САД и ДАД («поп-dipper»). «Суточный индекс» в группе с изолированным остеоартрозом занимает аналогичную позицию в отношении вариабельности САД («поп-dipper»), вариабельность ДАД на вторые сутки консервативного лечения нормализуется и составляет 11,5–13,6%.

Выводы. Полученные данные вариабельности артериального давления в течение суток свидетельствуют об ограничении физической активности пациентов с остеоартрозом в дневное время, что является дополнительным фактором риска кардиоваскулярных дисфункций для пациента.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

РИЗАМУХАМЕДОВА М.З., НАБИЕВА Д.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить КЖ больных подагрой на основании данных опросника в сравнении со стандартизованными показателями популяционного контроля.

Материал и методы. В исследовании участвовали 153 больных подагрой мужского пола с диа-

гнозом подагры. Для подтверждения диагноза у всех пациентов определялся уровень мочевой кислоты крови. Средний возраст пациентов составил $47,5 \pm 12,9$ лет (от 25 до 74 лет), медиана длительности заболевания – 5,6 [3,0; 9,7] года. Артрит считался хроническим, если его активность сохранялась

непрерывно >3 мес. Оценивались частота приступов артрита за предшествующий исследованию календарный год, наличие подкожных тофусов. Диагнозы артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) устанавливались больным в соответствии с критериями Всероссийского научного общества кардиологов 2009 г.

Результаты исследования. Суммарный физический компонент здоровья у больных подагрой ($39,8 \pm 9,1$) был ниже ($p < 0,00001$), а суммарный психологический компонент здоровья ($51,72 \pm 8,3$) не отличался от такового в популяции. Наиболее существенные различия были выявлены по 4 шкалам, отражающим физический компонент здоровья. У больных подагрой отмечались достоверно большие, чем в контроле, показатели шкал: физического функционирования ($46,1 \pm 10,03$ и $51,75 \pm 9,71$; $p < 0,0001$), ролевого физического функционирования ($46,7 \pm 9,9$ и $51,56 \pm 9,92$; $p < 0,0001$),

интенсивности боли ($45,41 \pm 10,11$ и $51,64 \pm 10,20$; $p < 0,0001$) и общего состояния здоровья ($47,73 \pm 9,6$ и $51,47 \pm 10,15$; $p < 0,0001$, соответственно). Также статистически значимы были различия по шкале жизнеспособности ($p = 0,0006$) и шкале социального функционирования ($p = 0,020$). Показатели психологического здоровья и ролевого эмоционального функционирования у больных подагрой мужчин не отличались от популяционного контроля. Аналогичные представленные выше различия были выявлены и при проведении сравнительного анализа в разных возрастных группах.

Выводы. Полученные нами результаты демонстрируют низкое КЖ больных подагрой, отражающее, в первую очередь, изменения физического здоровья. Эти данные определяют социальную значимость подагры и необходимость более углубленного изучения проблемы, КЖ следует также учитывать при оценке эффективности проводимого этим больным лечения.

АРТРИТ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

РУСТАМОВА М.Т., САМАДОВА Д.У., МИРАХМЕДОВА Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить значение поражения дистальных межфаланговых суставов у больных псориазическим артритом.

Материал и методы. Клинические исследования больных ПсА были проведены в РРЦ 1-клиники ТМА и РСЦД и В МЗ РУз. Для решения поставленных задач было обследовано 75 больных ПсА. Мужчин было 45,3%, женщин – 54,6%. Средний возраст $42,5 \pm 11,2$ лет. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR. Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для подтверждения клинического диагноза псориаза пользовались консультацией дерматовенеролога.

Результаты исследования. Вовлечение дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) является классическим признаком ПсА и часто наблюдается в дебюте болезни. Несмотря на то, что артрит ДМФС у 61,3% больных являлся наиболее частым сочетанием с другими суставами, проявлением суставного синдрома, изолировано он встречался редко у 5,3% больных. Случаи с явным преобладанием артрита ДМФС в клинической картине ПсА рассматривали как дистальный вариант ПсА. У лиц ранним ПсА дистальный вариант встречался у 12,3% больных, сопровождался выраженными периартикулярными явлениями и деформацией суставов с характерной синюшно-

багровой окраской кожи. При других вариантах суставного синдрома поражения ДМФС установлено в 56% случаев. Один из симптомов, заслуживающим внимание, является взаимосвязь артрита ДМФС с псориазическими изменениями на ногтях. Нередко активизация псориаза ногтей у больных ПсА предшествует или возникает одновременно с артритом ДМФС кистей. Такая взаимосвязь выявлена в 69,3% случаев. Это связано с тем, что в настоящее время тяжелый псориаз ногтей рассматривают как воспаление энтезиса. Выявлена корреляция артрита ДМФС с энтезитами, по данным УЗИ, дактилитом и псориазической ониходистрофией. У больных с поражением ДМФС наблюдалась высокая воспалительная активность и частое развитие эрозивного процесса. Средний показатель счета эрозий был выше у больных с артритом ДМФС. Скорость прогрессирования эрозий была выше у больных поздним ПсА с поражением ДМФС.

Выводы. Таким образом, артрит ДМФС имеет диагностическое и прогностическое значение. Вовлечение ДМФС является классическим признаком ПсА. Он коррелировал с энтезитами, дактилитом и псориазической ониходистрофией. У больных с поражением ДМФС наблюдалась высокая воспалительная активность и частое развитие эрозивного процесса.

ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

М.А. САБИРОВ

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности циркадного ритма артериального давления (АД) у больных хронической болезнью почек (ХБП) 3-й стадии в сравнении с больными гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование были включены 56 больных ХБП 3 стадии (средний возраст $33,65 \pm 4,82$ лет, 31 мужчин—55%) и 15 больных ГБ (средний возраст $54,25 \pm 7,44$ лет, мужчин 9—60%) в качестве группы сравнения (группа АГ). Также, в качестве контрольной группы обследованы 10 здоровых добровольцев в возрасте $35,32 \pm 4,32$ лет (мужчин 6—60%). Всем лицам, включенным в исследование, измерялась концентрация эндогенного креатинина в периферической крови и определялась расчетная скорость клубочковой фильтрации по формулам MDRD. Также всем лицам, включенным в исследование, проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Рассчитывались средние величины систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления за день, за ночь и за сутки, вариабельность САД и ДАД, индекс времени, когда САД и ДАД превышало установленную норму (для САД более 140 мм.рт.ст днем и более 130 мм.рт.ст ночью и для ДАД более 90 мм.рт.ст и 80 мм.рт.ст, соответственно) и площадь под кривой повышенного давления. Также рассчитывался суточный индекс АД (процент снижения среднего гемодинамического АД в ночное время по сравнению с дневным), по которому определялся суточный профиль АД.

Результаты исследования. Группы лиц, включенные в исследование, как и следует из протокола, различались по функциональному состоянию почек: у больных группы ХБП СКФ была достоверно ниже, чем в группах АГ и здоровых лиц ($p < 0,001$ для обоих сравнений). СМАД выявило значительное различие и по уровню АД: САД и ДАД суточные, дневные и ночные были достоверно выше в группе АГ по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,001$ для всех показателей). В группе ХБП отмечались еще более высокие уровни АД, не только по сравнению со здоровыми лица-

ми ($p < 0,001$ для всех показателей), но и по сравнению с группой АГ ($p < 0,001$ для ночных САД и ДАД и $p < 0,01$ для дневных и суточных). Вариабельность ДАД и ночного САД не отличалась при межгрупповом сравнении, в то время как вариабельность дневного САД была достоверно выше в группах АГ и ХБП по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,001$). ИВ ДАД в группах АГ и ХБП не различался и был достоверно выше показателя, характерного для здоровых лиц ($p < 0,001$ достоверность различия между здоровыми лицами и АГ для дневного ДАД, между здоровыми лицами и ХБП для обеих ДАД и $p < 0,01$ достоверность различия между здоровыми лицами и АГ для ночного ДАД). ИВ САД был достоверно выше у больных ХБП по сравнению со здоровыми лицами как днем, так и ночью ($p < 0,001$), у больных АГ по сравнению со здоровыми лицами как днем, так и ночью ($p < 0,001$) и у больных ХБП по сравнению с больными АГ ночью ($p < 0,001$). Дневной ИВ САД у больных ХБП и АГ не отличался. Показатель площади под кривой повышенного АД был более конкретен и выявил достоверное различие между группами, включенными в исследование. Максимальная площадь под кривой повышенного САД и ДАД отмечалась в группе ХБП (сравнение с группой АГ по ночному АД— $p < 0,001$, по дневному АД— $p < 0,01$), минимальная в группе здоровых лиц (сравнение с группой АГ по дневному АД— $p < 0,001$, по ночному АД— $p < 0,01$). Показатель СИ обнаружил, что в группе больных ХБП СИ был минимальным по сравнению с двумя другими группами: по САД была выявлена достоверная разница с группой АГ ($p < 0,001$), для ДАД—с группой здоровых лиц ($p < 0,001$) и АГ ($p < 0,01$). Распределение лиц, включенных в исследование, по типу суточного профиля АД выявило, что в группе ХБП достоверно чаще (33,64%) встречались non-dipper, в группе АГ—over-dipper (60%), а в группе здоровых лиц—dipper (65%); достоверность различия частотного распределения Хи квадрат составила 25,67 (критерий достоверности для 6 степеней свободы— $p < 0,001$).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

СКОСЫРЕВА О.В., БАБАЖАНОВА Н.Р.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте липидокорректирующую эффективность розувастатина и аторвастатина у больных нефротической формой (НФ) хронического гломерулонефрита (ХГН).

Материал и методы. Обследовано 28 больных в возрасте $34 \pm 4,6$ года с клинически установленным диагнозом: хронический гломерулонефрит нефротическая форма, находившихся на стационарном лечении с последующим амбулаторным наблюдением в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА с сентября 2015 года по июнь 2016 года. Состояние липидного спектра крови изучалось в динамике по следующим показателям: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (Хс-ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (Хс-ЛПВП) и триглицериды (ТРГ), также контролировался уровень АСТ, АЛТ и билирубина. Контрольными точками исследования были 1, 10 и 30 лечения. Все больные получали в стационаре комплексную терапию, согласно Национальным стандартам. При этом 17 пациентов (I группа) дополнительно получали розувастатин в виде препарата «Разулип» по 0,01, г / сут., в течение 30 дней, другие 11 больных (II группа) – препарат аторвастатин в виде препарата «Аторис» в аналогичной дозе в те же сроки. Побочных эффектов от проводимой терапии не отмечено.

Результаты исследования. Исследование показало, что у всех больных до лечения имелись сдвиги в липидном спектре крови: уровень ОХ составил в среднем $7,21 \pm 0,51$ ммоль/л ($p < 0,001$), Хс- ЛПНП – $4,46 \pm 0,41$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс - ЛПВП $1,21 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТРГ – $2,62 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$); уровень АСТ, АЛТ, билирубин находились в пределах нормальных значений. Десятидневный курс комплексной терапии в обеих группах больных не привел к достоверным изменениям вышеперечисленных параметров. К 30 дню лечения у больных I группы в сравнении с исходными показателями уровень ОХ составил $4,81 \pm 0,39$ ммоль/л ($p < 0,001$), Хс- ЛПНП – $2,71 \pm 0,32$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс - ЛПВП – $2,18 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТРГ – $1,79 \pm 0,12$ ммоль/л ($p > 0,05$), соответственно, показатели АЛТ, АСТ и билирубина не вышли за пределы нормальных значений. У больных II группы динамика этих же параметров была аналогичной больным I группы при менее значимой депрессии ОХ – $5,9 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы. 1. У больных ХГН НФ имеется выраженная дислипидемия с повышением атерогенных фракций липопротеидов.

2. 30-дневный курс Розувастатина в дозе 0,01 г/сут. оказывает выраженный модулирующий эффект на липидный спектр крови больных НФ ХГН, сопоставимый с таковым у Аторвастатина, кроме менее значимого влияния на уровень ОХ.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

СУЛТАНОВА М.Х., ХОН А.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту встречаемости поражений клапанов сердца у больных СКВ с вторичным АФС, выявить корреляцию между наличием АФС и клапанными пороками сердца у больных СКВ.

Материал и методы. Исследование основано на результатах наблюдений 103 больных СКВ, находившихся на лечении в Республиканском Ревматологическом Центре при Ташкентской Медицинской Академии. Критериями включения пациентов в исследование были достоверный диагноз СКВ, верифицированный в соответствии с критериями SLICC (2012), информированное согласие

пациента на участие в исследовании. Диагноз вторичного АФС ставился на основании критериев Сиднейской классификации АФС (2006). Поражение клапанов сердца определялось по заключениям эхокардиоскопии (ЭхоКС). Достоверность частоты появления признака в группе сравнения определялась с помощью метода характеристических интервалов по Генесу.

Результаты исследования. В нашем исследовании АФС был верифицирован у 44 из 103 (42,7%) больных СКВ ($P < 0,05$, 95% CI). Распределение больных АФС по возрасту: 10 (22,7%), 21 (47,8%), 10 (22,7) и 3 (6,8%). В 29 из 44 (65%) слу-

чаев АФС диагностирован по основным проявлениям и только в 15 (35%) по наличию двух и более дополнительных признаков. Пороки сердца были выявлены у 45,4% больных СКВ с АФС и у 18,6% больных СКВ без АФС. Утолщение створок митрального клапана определялось у 22,7% больных с АФС и у 5% больных без АФС. Регургитация митрального клапана у 4,5 и 3,38%, соответственно. Митральный порок был сформирован у 20,4% больных с АФС и у 5% больных СКВ без АФС. Аортальный порок в виде утолщения

створок и регургитации был сформирован у 4,5% больных СКВ с АФС и у 5% больных СКВ без АФС. При этом такие редкие случаи поражения клапанов, как изолированные трикуспидальные пороки, выявлялись только при АФС (в 2,2% случаев) ($P < 0,05$, 95% CI).

Выводы. В результате наших исследований было установлено, что развитие вторичного АФС ассоциируется с более частым поражением клапанов сердца у больных СКВ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЛАКТАЗЫ

ТЕРЕШКИН К.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения остеоартроза (ОА) в зависимости от генотипа пациентов по гену лактазы (LCT).

Материал и методы. В исследовании задействованы 96 пациентов (23 мужского и 73 женского пола) в возрасте $46,9 \pm 0,9$ г. с верифицированным диагнозом ОА, которым дополнительно было проведено определение полиморфизма гена LCT (выполнено с использованием наборов фирмы «Human» (Германия) методом полимеразной цепной реакции для амплификации в режиме реального времени с использованием флуоресцентных меток на шестиканальном анализаторе Rotor-Gene™ 6000 («Corbett Research», Australia). Оценку тяжести проявлений ОА выполнено по методике WOMAC. Оценку стадии процесса выполнено с использованием рентгенологических критериев (Kellgren J.H. и Lawrence J.S.). При обобщении полученных результатов использованы методы клинко-статистического анализа и вариационной статистики (расчет средних величин, средних погрешностей, одностороннего критерия достоверности Стьюдента), а также элементы полиномиального анализа моделирования, реализованными стандартным пакетом прикладных программ вариационной статистики: Stadia 6.0, Statistica for Windows 6.0.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов преобладали гетерозиготы, частота которых выявлена достоверно более высокой, чем гомозиготы с генотипом СС и генотипом ТТ (соответственно $(51,0 \pm 5,1)\%$, $(39,6 \pm 5,0)\%$ и $(9,4 \pm 3,0)\%$, $p < 0,05$). При этом отметим, что частота гомозигот с генотипом СС достоверно (практически в 4 раза, $p < 0,001$) преобладала над частотой встречаемости гомозигот ТТ.

Обобщенный анализ показателя тяжести ОА (W,%) и его составляющих у пациентов с раз-

личными вариантами полиморфизма гена LCT обнаружил достоверно более высокий уровень проявлений скованности при сравнении с выраженностью боли и ограничениями функциональной активности больных ОА с СС гомозиготным вариантом полиморфизма (соответственно $(56,9 \pm 3,9)\%$ и $(42,7 \pm 4,1)\%$, $p < 0,05$). В целом, обобщенный индекс альгофункциональной активности достоверно в группах пациентов с различными вариантами полиморфизма составил $(48,8 \pm 1,8)\%$, с тенденцией к преобладанию в структуре тяжести проявлений скованности.

Взаимосвязь между полиморфизмом гена LCT и стадией ОА характеризовался преобладанием у гомозиготных по аллели СС и гетерозиготных пациентов более тяжелых рентгенологических проявлений дегенерации суставного хряща. Так, удельный вес клинических вариантов с II-й рентгенологической стадией – наиболее высокий в случае гомозиготного варианта СС и гетерозиготного варианта генотипа (соответственно $(16,7 \pm 3,8)\%$ и $(19,8 \pm 4,1)\%$), тогда как при гомозиготных вариантах ТТ – достоверно ($p < 0,001$) меньше – составляет $(4,2 \pm 2,0)\%$. В общем, можно констатировать, что у больных ОА наличие вариантов полиморфизма гена лактазы СС и СТ увеличивает относительный риск формирования более выраженного поражения суставного хряща и проявляется большей частотой поздних рентгенологических стадий ОА.

Выводы. Среди больных ОА по гену LCT преобладают пациенты-гетерозиготы (СТ) $(51,0 \pm 5,1)\%$, тогда как гомозиготы с генотипом СС и генотипом ТТ обнаружены, соответственно в $(39,6 \pm 5,0)\%$ и $(9,4 \pm 3,0)\%$. Обобщенный альгофункциональный показатель тяжести ОА и его составляющие у пациентов с различными вариантами полиморфизма гена LCT достоверно не отличаются, однако у гомозигот СС достоверно

преобладает показатель уровня скованности. Взаимосвязь между полиморфизмом гена LCT и стадией ОА характеризовалась преобладанием у

пациентов с генотипами СС и СТ более тяжелых рентгенологических проявлений деградации суставного хряща.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

ХАКИМОВА Р.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ХАН Т.А., ИСЛАМОВА Д.Н.

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

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение состояния нервно-мышечного аппарата у больных с анкилозирующим спондилоартритом (АС).

Материал и методы. В исследование было включено 15 больных с диагнозом АС. Все пациенты наблюдались на базе РСНПМЦТ и МР. Средний возраст больных составил 36 ± 3 лет. Продолжительность болезни 9 ± 3 лет. Диагноз был верифицирован по модифицированным Нью-Йоркским критериям. Перед исследованием определяли биоэлектрическую активность покоя в проксимальных и дистальных мышцах верхних и нижних конечностей, мышц спины. Затем определяли максимально произвольное мышечное сокращение (maximal voluntary contraction—MVC) при локтевом сгибании, отведении большого пальца кисти, тыльном сгибании стопы, подошвенном сгибании стопы с обеих сторон. Соответственно, ЭМГ активность регистрировали в m. biceps brachii, m. abductor pollicis brevis, m. tibialis anterior, m. gastrocnemius, m. serratus на электромиографе «Synapsis» фирмы «NEUROTECH» (Россия) методом накожного отведения в термонеutralных условиях (при температуре воздействия 22°C). Также проводилась стимуляционная электромиография с определением скорости проведения импульсов (СПИ) по проксимальным и дистальным участкам моторных волокон верхних и нижних конечностей. Исследовались СПИ (м/с) по моторным волокнам срединного, локтевого, большеберцового, малоберцового нервов с обеих сторон. Определялась амплитуда вызванных М-ответов (мВ). Обработку ЭМГ проводили на базе программного обеспечения «Synapsis» (Таганрог, РФ), включая измерение средней амплитуды (мВ).

Результаты исследования. Проведенное электромиографическое исследование показало, что у 10 больных отмечалось повышение амплитуды биопотенциалов прямых мышц спины, рефлекторная тоническая активность. Патологической спонтанной активности во всех исследованных мышцах выявлено не было. У 5 больных по передним большеберцовым мышцам отмечалось снижение амплитуды биопотенциалов и составило 0,87 мВ. При максимальном мышечном напряжении в икроножных мышцах у 7 больных отмечалось умеренное снижение амплитуды биопотенциалов и составило 0,75 мВ. По проксимальным мышцам верхних и нижних конечностей амплитуда оказалась в пределах нормы и составила 3,02 мВ и 3,25 мВ, соответственно. При проведении стимуляционной ЭМГ по моторным волокнам дистальных и проксимальных участков отмечалась нормальная СПИ у 8 больных и составила в среднем 42,7 м/с с нервов нижних конечностей и 55,2 м/с с нервов верхних конечностей. Амплитуда М-ответов по моторным волокнам малоберцовых и большеберцовых нервов с двух сторон была 7,48 мВ и 8,02 мВ, соответственно. По моторным волокнам срединных и локтевых нервов с обеих сторон регистрировалась следующая амплитуда М-ответов—12,5 мВ и 13,45 мВ, соответственно.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у большей группы больных с АС отмечались изменения в мышцах спины, характерные для рефлекторного мышечного болевого спазма, вторичные дистрофические изменения дистальных мышц нижних конечностей функционального характера, особенно выраженные на поздних стадиях болезни.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

ХАКИМОВА Р.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ХАН Т.А., ИСЛАМОВА Д.Н.

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

Материал и методы. Было обследовано 20 больных с диагнозом анкилозирующий спондилоратрит (АС). Диагноз верифицирован по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984г). Интегральная реография (ИРГТ) проводилась у 12 больных с центральной и у 8 больных с периферической и ризомелической формами заболевания. В качестве контрольной группы были обследованы 11 здоровых лиц. Системная гемодинамика у больных АС оценивалась методом интегральной реографии тела по методу М.Ю. Тищенко. С использованием полученных показателей расчетным путем получали следующие параметры, характеризующие системную гемодинамику: ударный объем сердца, индексированный к площади поверхности тела (УО); сердечный индекс (СИ)—минутный объем сердца, индексированный к площади поверхности тела; коэффициент резерва (КР)—отношение фактического СИ к должному, определяемому по таблицам Гарриса-Бенедикта с учетом роста, массы тела, возраста и пола больного; коэффициент дыхательных изменений (КДИ)—динамика кровенаполнения в зависимости от фаз дыхательного цикла; показатель напряженности дыхания (ПНД)—произведение КДИ на частоту дыхания; коэффициент интегральной тоничности (КИТ)—относительная продолжительность диастолы, отражающая величину системного артериального тонуса; показатель стабилизации тонуса (ПСТ)—величина, характеризующая колебания системного артериального тонуса в различные фазы дыхательного цикла.

Результаты исследования. У больных АС имело место тахипное. У больных с центральным поражением ЧД была достоверно выше, чем во второй группе. КДИ, характеризующий зависимость кровенаполнения тканей от фаз дыхатель-

ного цикла, у больных обеих групп нарушен не был. ПНД у больных первой группы был достоверно увеличен за счет прироста ЧД (во второй группе наблюдались умеренные, а в первой—выраженные изменения напряженности функционирования системы дыхания). Параметры центральной гемодинамики—ЧСС, УИ и СИ—у больных обеих групп оставались в пределах нормальных значений, также как и ПБ, характеризующий гидрофильность тканей. Однако при сопоставлении с данными, полученными у здоровых лиц, видно, что у больных АС ЧСС и УИ достоверно повышены, что способствует увеличению СИ ($p < 0,001$ по сравнению с показателями здоровых лиц). Подтверждением перестройки гемодинамики по гиперкинетическому типу является достоверное увеличение КР, как соотношение фактического УИ к должной, эмпирически рассчитанной величине. ПБ у больных АС был относительно выше, чем у лиц контрольной группы. КИТ свидетельствовал о значительном увеличении тонуса артериол у больных АС, при этом достоверно более выраженные нарушения наблюдались у больных с центральным поражением. PST был увеличен, что соответствовало увеличению сосудистого тонуса и снижению вазодилататорного резерва.

Выводы. У больных АС наблюдаются изменения показателей системной гемодинамики, приводящие к формированию гипердинамического (нерационального) режима кровообращения с увеличенным системным артериальным импедансом, повышенным напряжением функционирования системы дыхания. Изменения функционирования дыхательной и сердечно-сосудистой систем более выражены у больных с центральной, нервно-мышечного аппарата—при периферической формах заболевания.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

ХАН Т.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ХАКИМОВА Р.А., ИСЛАМОВА Д.Н.

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

Материал и методы. Было обследовано 30 больных с диагнозом аксиальный спондилоартрит узбекской национальности, находившихся

на стационарном лечении. Диагноз верифицирован по критериям ASAS (2012г). Средний возраст больных составил $42,4 \pm 10,2$ года, длительность

заболевания с момента дебюта в среднем была $8,2 \pm 3,7$ лет.

Результаты исследования. В клинической картине заболевания наиболее часто наблюдались утренняя скованность (93,3%), боли и тугоподвижность в поясничном отделе позвоночника (90%), ночные боли в позвоночнике и суставах (83,3%). Поражение грудино-ключичных суставов обнаружено у 4% от общего числа больных АС, верхнечелюстных — в 5%, межфаланговых кистей и стоп — соответственно, в 8%, пястно-фаланговых, плюснефаланговых и локтевых — соответственно, в 9%, лучезапястных — в 10%, плечевых и тазобедренных — соответственно, в 36%, голеностопных — в 14%, коленных — в 51%, крестцово-подвздошных — в 95%, сочленений шейного отдела позвоночника — в 65%, грудного — в 74 %, поясничного — в 87%. Периферический моноолигоартрит выявлен в 48% наблюдений, односторонний или двусторонний асимметричный сакроилеит установлен у 25% от общего числа больных и у 26% пациентов с поражением крестцово-подвздошных сочленений, двусторонний симметричный — соответственно, в 59 и 62%, анкилозирование этих суставов — соответственно, в 11% случаев. Из внесуставных поражений при аксиальном спондилоартрите поражения сердечно-сосудистой системы (кардиосклероз, миокардиодистрофия, нарушения проводимости и возбудимости, аортит) наблюдались у 7 (23%) больных, поражения

бронхо-легочной системы (хронический бронхит, фиброз верхушек легких)—у 10 (33%), пищеварительного тракта (хронический гастрит, энтероколит) — у 12 (40%), поражение почек (пиелонефрит, почечно-каменная болезнь) — у 3 (10%), поражение глаз (увеит, иридоциклит, катаракта) — у 10 (33%) больных. Системные проявления наиболее часто отмечались у больных с умеренной и высокой степенью активности процесса. У половины больных с длительностью симптомов аксСпА около 20 месяцев уже имеются структурные изменения в КПС, поэтому им может быть установлен диагноз «классического» АС. 80% пациентов с аксСпА длительностью ≤ 5 лет соответствуют диагнозу АС по российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев, причем до рентгенологической стадии болезни имеется у 1/3 из них. Доля мужчин среди больных, имеющих рентгенологически подтвержденный СИ и МРТ-СИ, была больше, чем среди больных без СИ. При наличии СИ чаще выявляется высокая активность по ASDAS.

Выводы. У больных с аксиальным спондилоартритом наиболее частыми вне аксиальными проявлениями были поражения крестцово-подвздошных сочленений, коленных, плечевых и тазобедренных суставов. Из внесуставных проявления преобладали изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ПО ИНДЕКСАМ АКТИВНОСТИ BASDAI И ASDAS

ХАН Т.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ХАКИМОВА Р.А., ИСЛАМОВА Д.Н.

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

Материал и методы. Исследованы 35 больных с диагнозом анкилозирующий спондилит. Диагноз верифицирован по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984г.) Средний возраст больных составил $42,4 \pm 10,2$ года, длительность заболевания с момента дебюта в среднем была $8,2 \pm 3,7$ лет. Активность заболевания определялась при помощи индексов BASDAI и ASDAS.

Результаты исследования. По оценке общей активности АС врачом высокую активность заболевания имели 42% больных, тогда как по индексу BASDAI—58%; по индексу ASDAS (СОЭ)—80%. 62% больных с изолированным аксиальным поражением имели высокую активность заболевания по mini-BASDAI, и лишь 60% —по BASDAI ($p=0,001$). Среди обследованных больных среднее значение СОЭ составило $33,8 \pm 9$ мм/ч. У 62% СОЭ была выше нормы (>19 мм/ч) и у 46%—выше 29 мм/ч, среднее значение вЧСРБ—32мг/л. У 79% боль-

ных уровень вЧСРБ был выше нормы (>5 мг/л). Выраженная корреляция была выявлена между ASDAS и СОЭ ($r=0,74$), в отличие от BASDAI, которые слабо коррелировали с СОЭ ($r=0,27$); ASDAS лучше коррелировал с общей оценкой активности, чем BASDAI ($r=0,4$). У женщин и мужчин не выявлено различий по возрасту (у женщин он составил $30,6 \pm 8,04$ лет, у мужчин— $32,4 \pm 9,2$ года), возрасту начала заболевания (соответственно $25,2 \pm 11,9$ и $26,1 \pm 11,6$ лет), возрасту, в котором был установлен диагноз ($26,12 \pm 8,49$ и $33,45 \pm 12,04$ года); $p>0,05$. Пациенты разного пола были сопоставимы по активности заболевания: индекс ASDAS у женщин— $3,18 \pm 1,24$, у мужчин— $2,74 \pm 0,97$, BASDAI—соответственно, $4,5 \pm 2,99$ и $4,82 \pm 2,14$ ($p>0,05$). У женщин показатели СРБ были выше, чем у мужчин: $11 \pm 10,9$ мг/л против $9,45 \pm 7,94$ мг/л, но различия статистически незначимы ($p>0,05$). Значимых отличий активности заболевания у

мужчин и женщин не было как по BASDAI ($4,8 \pm 2,1$ против $4,8 \pm 2,0$; $p=0,9$, соответственно), так и по ASDAS (COЭ) ($3,4 \pm 1,1$ против $3,3 \pm 1,1$; $p=0,7$, соответственно). Показатели активности и функционального состояния у лиц разного пола с длительностью аксиального СпА менее 10 лет, среди которых было 10 женщин и 15 мужчин, оказались сопоставимы. Анализируя возможные причины расхождения результатов оценки активности заболевания по индексам BASDAI и ASDAS (COЭ), мы выделили подгруппы больных периферическим артритом и без него. У больных с высокой актив-

ностью по ASDAS (COЭ) без периферического артрита отмечаются достоверно более интенсивные боли в шее, спине и тазобедренных суставах (BASDAI Q2; $p=0,049$).

Выводы. При сравнении результатов определения активности заболевания по индексам BASDAI и ASDAS (COЭ) существенных отличий у пациентов с высокой активностью заболевания не отмечалось, в то же время у больных с низкой активностью по BASDAI имела высокая активность по ASDAS (COЭ).

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

ЭРГАШОВА М.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинических признаков поражения сердца у больных ревматоидным артритом на основании данных ЭКГ, ЭхоКГ и обзорной рентгенографии грудной клетки.

Материал и методы. Обследованы 45 больных с РА. Среди них женщин 35 (78%), мужчин – 10 (22%), в возрасте до 30 лет 27%, 30–51 год – 42%, свыше 50 лет 31%. У 20% длительность заболевания до 1 года, у 31% 1–5 лет и у 49 % свыше 5 лет.

Результаты исследования. Нами было установлено, что 44,4% больных РА предъявляют жалобы, характерные для поражения сердца, а именно: боль в области сердца неопределенного характера, чувство нехватки воздуха при физической нагрузке, одышку, усиливающуюся к вечеру, чувство стеснения в груди, сердцебиение, связанное или несвязанное с физическим усилием, перебои и чувство замирания сердца, отеки на нижних конечностях в 27% случаев. При объективном исследовании у 55,6% пациентов обнаружили увеличение границ относительной сердечной тупости влево, у 7% в обе стороны, у 49% средний размер поперечника сердца был больше 15 см. Также были характерны слабый пульс, тахикардия в покое и приглушение тонов сердца. Рентгенологическое исследование способствовало выявлению изменений сердца у 62,2% больных, а именно расширение контуров левого желудочка, повышение кардио–торакального индекса более 40%, уплощение дуги аорты, снижение сократительной способности желудочков. При ЭКГ исследовании признаки нарушения ритма и проводимости сердца выявлены у 71,1% больных, в частности

синусовая тахикардия, желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия, фибрилляция предсердий, АВ блокада 1 степени и неполная блокада ножек пучка Гиса. ЭхоКГ исследование способствовало выявлению нарушения гемодинамики у 84,4% больных: систолическая дисфункция и перегрузку объемом ЛЖ. У 44,4% больных выявлены признаки скрытой ХСН (фракция выброса в пределах 50–60%), у 20,0% больных – явной (фракция выброса 49–40%), у 17,8% больных – тяжелой хронической сердечной недостаточности (фракция выброса – ниже 40%). В целом, у 84,4% больных РА были выявлены клинические и лабораторные признаки поражения сердца, которые были разделены на 5 групп: ИБС (11,1%), специфические поражения сердца: миокардит (17,8%), миокардиодистрофия (20,0%), пороки сердца (4,4%) и малосимптомный вариант сердечной патологии (31,1%). При этом, определенная клиническая форма поражений сердца у 53,3% больных входила в структуру диагноза, а в остальных случаях (31,1%) поражения сердца остались незамеченными.

Выводы. Исходя из вышеуказанного, следует отметить, что стандарты исследования больных должны включать ряд инструментальных методов для выявления кардиоваскулярных поражений, а именно: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ, доплерография артерий. Целенаправленное включение этих исследований в диагностический комплекс мероприятий при РА способствует раннему выявлению поражений сердца и гемодинамических нарушений.

Реабилитация

ХОБЛ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

КОЛОМИЕЦ В.М.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

При реализации государственного Национального проекта «Здоровье» заболеваемость населения Курской области продолжает снижаться на 3,5%–2,6% в течение последних трех лет, составляя в среднем 1252,71–1170,13/1000. Наиболее высокая заболеваемость болезнями органов дыхания (включая ХОБЛ, пневмонии, ХОБ, а также грипп, ОРВИ), опережая даже болезни системы кровообращения (на уровне 300/1000 против 130/1000), темпы снижения ее составляют не более 2,5%.

При наблюдении в течение 3 лет 800 больных ТБ, выявленных при профилактическом осмотре населения и 573 больных ТБ, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику в течение года активный туберкулез легких (ТБЛ) выявлен при профосмотре у 89 (6,48%) в сочетании с ХОБЛ и ХНЗЛ, и у 73 (5,31%) при их обращении с жалобами. В то же время ТБЛ в сочетании с гипертонической болезнью, как наиболее распространенной из болезней кровообращения, имел место у 5,315, язвенной болезнью желудка–3,08% и сахарным диабетом–всего у 2,76% (различия по всем группам существенны, $p < 0,05$).

Таким образом, болезни легких (в т.ч. ХОБЛ) являются факторами риска развития ТБ. При высокой распространенности ХОБЛ+ТБЛ необходимость патогенетической терапии не вызывает сомнений, не только из роста необратимого компонента бронхиальной обструкции, но и нарушений кровообращения на микроциркуляторном уровне,

что может влиять на фармакокинетические свойства препаратов, снижая эффективность лечения ТБ.

С целью интенсификации реабилитации исследовали ее эффективность по результатам лечения 52 больных ХОБЛ+ТБ (основная группа), которым проведена этиотропная терапия 4–5 противотуберкулезными препаратами с учетом устойчивости МБТ, бронхолитики в дозирочном аэрозоле и дополнительно кислородная терапия 2 раза в неделю на протяжении всей интенсивной фазы основного курса лечения (ИФ ОКЛ). В группе сравнения проводилась только базисная терапия и бронхолитики в дозирочном аэрозоле по показаниям. Эффективность этиотропной терапии на этом этапе ОКЛ оценивали по показателям прекращения бактериовыделения и изменения деструктивных изменений. Она оказалась практически одинаковой ($p < 0,01$), в то же время выявлены существенные изменения функционального состояния и гемодинамики, что проявилось в улучшении бронхиальной проходимости и уменьшении гипоксемии.

Выводы. Больные с патологией органов дыхания, ХОБЛ, остаются приоритетно группой риска по туберкулезу. Использование патогенетической терапии ХОБЛ при ХОБЛ-ассоциированном туберкулезе в интенсивной фазе этиотропной терапии позволяет повысить эффективность функциональной, что в конечном итоге повысит эффективность и клинической реабилитации.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МАМАНАЗАРОВА Д.К., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., КАРИМЖОНОВА Г.А., САДИРОВА К.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Комплексное лечение ревматических заболеваний (РЗ) включает в себя не только фармакологические и биологические препараты, но и раннюю и активную реабилитацию пациентов, основой которой является лечебная физкультура (ЛФК).

Основная задача реабилитации при РЗ это поддержание и/или восстановление функциональной способности пациента методами предупреждения развития инвалидности. В свою очередь, программа ЛФК при РЗ должна способствовать увеличению и поддержанию максимального объ-

ема движений в суставах; восстановлению мышечной силы; увеличению статической и динамической выносливости; увеличению функциональной способности пациента; уменьшению боли и проявлений воспаления в суставах; увеличению аэробной емкости; снижению веса тела. Наиболее приемлемыми принципами ЛФК при РЗ являются: постепенное увеличение нагрузок; комбинация силовых тренировок, упражнений на растяжку мышц и аэробных нагрузок в объеме, которые способен выполнить пациент. Несомненно, что для выбора оптимальной индивидуальной программы ЛФК, до начала занятий, необходимо оценить стадию и степень активности заболевания. У подавляющего большинства пациентов основой ЛФК являются активные упражнения (силовые тренировки, упражнения на растяжение мышц, аэробные и восстановительные упражнения). Силовые тренировки приводят к увеличению мышечной силы и укреплению связок, что способствует улучшению функции суставов. Существуют 3 типа активных упражнений, которые используют при ЛФК у больных РЗ: изометрические упражнения, изотонические упражнения, изокинетические упражнения. Одним из противопоказаний являются упражнения с осевой нагрузкой на позвоночник, при весе штанги более 8–10 кг: приседания со штангой на плечах, приседания со штангой на груди, наклоны со штангой, становая тяга со штангой, выпады со штангой. Аэробные упражнения способствуют увеличению выносливости у больных артритами

и артрозами и уменьшению количества пораженных суставов. При оптимальной нагрузке (частота сердечных сокращений не менее 50–70% от максимальной, длительность занятия не менее 20 минут, частота занятий не менее 3 раз в неделю, общая продолжительность не менее 6 недель) эти упражнения увеличивают мышечную силу и аэробную емкость пациента. Интенсивность и объем упражнений на растяжение мышц (стретчинг) варьируют в зависимости от активности воспаления, наличия и выраженности болевого синдрома и способствуют предупреждению контрактур, увеличению или поддержанию объема движений и могут проводиться в зале и бассейне.

У больных анкилозирующим спондилоартритом для увеличения объема движений суставов могут использоваться пассивные растяжения мышц. В свою очередь, форсированные растяжения нельзя выполнять при выраженном синовите, в связи с возможностью повреждения капсулы сустава. Критерием эффективности занятий, включающим силовые упражнения, стретчинг и аэробные упражнения, является наличие умеренной слабости, усталости, болевых ощущений, уменьшение объема движений и отека суставов в течение 1–2 часов после окончания упражнений.

Следовательно, ЛФК является обязательной частью лечения и реабилитации больных РЗ, индивидуальный подход которой способствует восстановлению основных функций организма.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У СТУДЕНТОВ

РУБАН Л.А., ПЕШКОВА О.В.

Харьковская государственная академия физической культуры, Харьков, Украина

Цель исследования. Определить характер влияния дыхательной гимнастики с элементами закаливания на состояние дыхательной системы у студентов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ХСГБ. Под нашим наблюдением находилось 49 студентов мужского пола, страдающих заболеваниями органов дыхания, в возрасте 17–19-ти лет, которые были отнесены к основной группе (ОГ). Контрольную группу (КГ) составили 35 студентов ВУЗов г. Харькова, не имеющие бронхолегочной патологии. Студенты КГ выполняли утреннюю гигиеническую гимнастику и занимались физической культурой по программе своего ВУЗа, а студентам ОГ было предложено во время утренней гигиенической гимнастики применять специальные дыхательные упражнения на укрепление дыхательных мышц и расслабление; в течение дня выполнять звуковую гимнастику. Для

систематического закаливания организма прогулки на свежем воздухе в облегченной одежде (в зависимости от погоды); систематическое обмывание ног перед сном прохладной водой (27–29°C) с постепенным снижением до комнатной температуры; систематическое полоскание рта и зева холодной водой.

Результаты исследования. В начале и в конце курса физической реабилитации был проведен сравнительный анализ показателей спирометрии студентов ОГ и КГ. При повторном опросе пациентов ОГ у 82% опрошенных наблюдалось значительное улучшение состояния здоровья, уменьшение частоты простудных заболеваний, статистически значимо увеличилась величина экскурсии грудной клетки (ЕГК) с 3,4 см до 4,5 см. При проведении анализа спирометрического исследования у студентов ОГ статистически значимо снизились ЧД (частота дыхания) с $14,14 \pm 0,16$

до $12,96 \pm 0,12$ дыхательных движений в мин., величина МОД (минутного объема дыхания) с $13,12 \pm 0,18$ л до $11,16 \pm 0,16$ л, увеличилась величина ДО (дыхательного объема) с $0,59 \pm 0,02$ л до $0,79 \pm 0,05$ л, увеличились величины РОвд (резервного объема вдоха) с $1,59 \pm 0,02$ л до $1,79 \pm 0,05$ л и РОвыд (резервного объема выдоха) с $0,90 \pm 0,18$ л до $1,40 \pm 0,21$ л, увеличилась величина ЖЕЛ (жизненной емкости легких) с $3,90 \pm 0,21$ л до $4,94 \pm 0,20$ л, а также увеличилась величина МВЛ с $102,32 \pm 2,75$ л * мин⁻¹ до $105,29 \pm 2,77$ л * мин⁻¹.

Выводы. Одной из форм применения средств физической реабилитации для профилактики заболеваний органов дыхания может быть дифференцированное применение упражнений дыхательной гимнастики с элементами закаливания. Систематическое закаливание организма и тренировки способствует оптимизации защиты организма от воздействия поллютантов окружающей среды.

ВЛИЯНИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ ФОСФОЛИПАЗЫ A_2 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

УТЕМУРАТОВ Б.Б., КАСИМОВА Г.М., ШАРИПОВА Р.М., УСАНОВА С.Т.

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

Цель исследования. Выяснить пути влияния ударно-волновой терапии на молекулярное взаимодействие перекисного окисления липидов, фосфолипидной активности в реализации регенеративного эффекта среднечастотной ударно-волновой терапии при экспериментальном атеросклерозе.

Материал и методы. В исследование включены 20 кроликов породы Shinshilla с экспериментальной моделью атеросклероза. Для получения среднечастотного диапазона были использованы аппликаторы, производящие фокусированную ударную волну.

Результаты исследования. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) играет важную роль в этиологии и патогенезе атеросклероза, а фосфолипиды, в которых локализованы полиненасыщенные жирные кислоты, легко подвержены свободнорадикальному перекисному окислению в присутствии кислорода с образованием соответствующих перекисей липидов. Выявленное повышение малонового диальдегида (МДА) при экспериментальном атеросклерозе отражает степень нарушения баланса между (ПОЛ) и системой антиоксидантной защиты, что подтверждается снижением активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы. После проведения сеансов ударно-волновой терапии к концу срока лечения уровень МДА заметно снижался на фоне возрастания активности СОД и каталазы. Представленные показатели свидетельствуют об эффективности данного энергетического воздействия. Одним из важнейших механизмов регуляции фосфолипидного состава, а значит и целостности структуры

биологических мембран является активация липолитической системы, в частности фосфолипаза A_2 . Фосфолипазы участвуют в деградации мембран, обусловленной как гидролизом фосфолипидов, так и действием продуктов ферментативного гидролиза жирных кислот и лизофосфолипидов. При этом образующиеся продукты фосфолипаз могут эффективно действовать сами по себе как вторичные мессенджеры в передаче сигналов от механорецепторов при действии сфокусированной ударной волны и в дальнейшем под действием энергетического потока могут быть метаболизированы до эйкозаноидов, тромбоцит-активирующего фактора и лизофосфатидной кислоты. Повышение фосфолипидной активности при экспериментальном атеросклерозе способствует образованию целой серии метаболитов, которые увеличивают уровень внутриклеточного кальция и стимулируют воспалительные процессы. Снижение активности фосфолипазы A_2 после среднечастотной ударно-волновой терапии способствует определенной стабилизации обменных процессов при экспериментальном атеросклерозе.

Выводы. Воздействие ударной волны в среднеэнергетическом диапазоне с плотностью потока энергии $0,3$ мДж мм² и увеличением сроков лечения положительно сказывается на клеточный метаболизм. Клетки сердечной мышцы полностью поглощают энергетический поток в среднеэнергетическом диапазоне, оказывая восстановительный и лечебный эффект при экспериментальном атеросклерозе, на что указывает взаимодействие представленных показателей.

ВЛИЯНИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

УТЕМУРАТОВ Б.Б., КАСИМОВА Г.М., РАХМАТУЛЛАЕВ Х.У., ШАРИПОВА Р.М., УСАНОВА С.Т.

*АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и
медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Исследование влияния среднечастотной ударно-волновой терапии на уровень белков острой фазы воспаления в регуляции клеточного метаболизма при экспериментальном аллергическом артрите.

Материал и методы. При экспериментальном аллергическом артрите (ЭАА) у кроликов в количестве 10 штук, оценены биохимические (титр ревматоидного фактора, С-реактивного белка) и иммуноферментные параметры (IL-1 бета, альфа-ФНО, IL-6). У подопытных животных был воспроизведен экспериментальный аллергический артрит по следующей методике: в течение 5 дней сенсибилизировали животных путем ежедневного введения в коленные суставы 0,25 мл. нормальной лошадиной сыворотки, затем через 18–20 дней в те же суставы проводили одноразовую реинъекцию лошадиной сыворотки (0,25 мл). Среднеэнергетическую ударно-волновую терапию (СУВТ) проводили при пороговом значении энергии в зависимости от типа ткани и органа, при этом диапазон давления колебался от 6 МПа до 20 МПа.

Результаты исследования. Как показали полученные данные, в процессе лечения аппликатором, генерирующим средне-энергетические сфокусированные ударные волны, отмечается заметное снижение уровня интерлейкинов (IL-1 бета: ЭАА–55,7±4,91, ЭАА+СУВТ–30,6±3,6 (пг/мл), альфа-ФНО: ЭАА– 44,1±3,8, ЭАА+СУВТ–22,4±1,84 (пг/мл), IL-6: ЭАА–55,7±4,91, ЭАА+СУВТ–30,6±3,6 (пг/мл), что свидетельствует об ускорении мета-

болических процессов в клетках воспаленного сустава при экспериментальном аллергическом артрите. На снижение уровня воспаления указывает существенное уменьшение концентрации маркера эндогенной интоксикации С- реактивного белка в 2 раза. Об улучшении состояния воспаленного сустава свидетельствует и снижение титра ревматоидного фактора в 2,5 раза, по отношению к группе животных, не получавших среднечастотную ударно-волновую терапию. Вследствие применения ударных волн химическое окружение клеток изменяется свободными радикалами, которые производят субстанции, затормаживающие боль. Воспроизводство достаточного количества коллагена является необходимым условием в процессе восстановления тканей. Ударно-волновая терапия ускоряет синтез проколлагенов. Новые коллагенные волокна соединяются с продольной структурой. Происходит восстановление клеток хрящевой ткани.

Выводы. Под воздействием средне-энергетических сфокусированных ударных волн в тканях воспаленного сустава усиливается микроциркуляция, возрастает клеточный метаболизм. Следовательно, данный диапазон ударно-волновой терапии оказывает благоприятное воздействие при лечении экспериментального аллергического артрита. Именно при данной позиции ударно-волновая терапия снижает уровень воспалительного процесса и активизирует процессы клеточного метаболизма, тем самым способствует частичному улучшению патологического состояния суставов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ХАЗРАТОВ У.Х., НАРЗИЕВ Ш.С.

*Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарский филиал Ташкентского
Государственного стоматологического института, Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить влияние комплексной этапной реабилитации больных БА.

Материал и методы. Обследовано 45 больных БА с I-II степенью активности в возрасте от 21 до 56 лет (мужчин–24, женщин–21). I- на стационарном этапе лечения больные (20- группа контроля) получали в клинике базисные препараты: β 2 агонисты, ксантины, ингаляционные кортикостероиды, отхаркивающие средства. II- реабилитационный этап проведен в физиотерапевтическом отделении клиники БухМИ, в ком-

плексе с базисными средствами дополнительно больные принимали бальнеофизиотерапевтические процедуры с включением ультразвуковой ингаляции 0,9% раствора натрия хлорида до 20 мл в сутки и противовоспалительный препарат инспирон по 80 мг 2 раза в сутки внутрь, в течение 10 дней. Изучали клинические показатели, данные пневмотахографии, местную защиту и микрофлору слизистых оболочек верхних дыхательных путей по Наджимутдинову С.Т.

Результаты исследования. После первого этапа лечения у всех больных I и II группы отмечалась регрессия клинических симптомов, достоверно уменьшилась интенсивность кашля, одышки и сухих хрипов и показателей спирографии по сравнению с исходными ($p < 0,05$). Хотя нивелировалась клиническая симптоматика, на мазках, полученных со слизистых оболочек зева и носа, ещё сохранялись признаки хронического воспалительного процесса, которые проявлялись увеличением количества сегментоядерных нейтрофилов у 85% больных. Обнаружились единичные лимфоциты, количество фагоцитирующих нейтрофилов было снижено, у 1/3 больных обнаруживали обсеменённость, в основном кокковой флорой. После второго этапа лечения только у больных II группы по сравнению с I этапом и с контролем наблюдалось достоверно отличное изменение показателей спирографии. Прирост ОФВ_{1,0} составил 7,1% ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении брон-

хиальной проходимости под влиянием комплексной терапии. При анализе данных мазков со слизистой нёбных миндалин выявлено выраженное снижение обсеменённости кокковой микрофлорой, соответственно в I и II группе у 22% и 70% больных по сравнению с исходными данными. Также у больных II группы выявлено в мазках повышение количества фагоцитарных нейтрофилов. Эти данные свидетельствуют об активации местной защиты и переходе активного воспалительного процесса в стадию разрешения. Длительность периода ремиссии у больных I группы продолжалась до 9–11 месяцев.

Выводы. Таким образом, у больных БА после стационарного этапа лечения необходимо проведение реабилитационной терапии, которая приводит к улучшению клинко-функциональной и цитологической картины, способствует снижению прогрессирования заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

ШАРИПОВА Р.М., КАСИМОВА Г.М., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УТЕМУРАТОВ Б.Б.

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

Цель исследования. Выявление молекулярных механизмов образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волнового воздействия при экспериментальном атеросклерозе.

Материал и методы. Были проведены эксперименты *in vitro* у 20 кроликов (порода шиншилла) и вызван экспериментальный атеросклероз (ЭА) по методу Аничкова. Уровень интерлейкина ИЛ-8 в сыворотке крови при ЭА определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе «Humareader Single», используя реактивы фирмы «Вектор Бест» Россия. Для получения высокоэффективного ударно-волнового воздействия были использованы специальные экспериментальные насадки, генерирующие ударные волны.

Результаты исследования. Ударно-волновая терапия (УВТ) представляет собой новый инновационный метод лечения. В основе этого метода лежит новейшая неинвазивная технология реваскуляризации (образование новых сосудов) миокарда, путём дистанционного воздействия сфокусированной акустической волны. Как показали полученные данные, ударная акустическая волна стимулирует выработку ангиогенных факторов, таких как ИЛ-8, NO-синтаза, а также ряд других факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез», который представляет собой контролируемую индукцию или стиму-

ляцию образования новых кровеносных сосудов. Влияние ударных волн на эндотелиальную синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота (NO). В исследованиях было отмечено, что ударно-волновая терапия приводит к увеличению продукции суммы нитритов и нитратов за счет активации эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). Рассмотрение молекулярных механизмов позволило предположить, что активация eNOS с последующим увеличением синтеза NO и противовоспалительным действием в виде деактивации транскрипционного ядерного фактора каппа В (NF-каппа В) связана с тирозинзависимым дефосфорилированием eNOS. Подобный механизм действия ударно-волновой терапии также может быть реализован через влияние ударно-волновой терапии на неферментативный синтез NO из перекиси водорода и L- аргинина.

Выводы. Таким образом, ускорение обмена веществ в зоне воздействия увеличивает регенерацию тканей в 2–3 раза. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани, подвергающейся воздействию, расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание и кислород, что способствует активизации обменных процессов.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН

АБДУЛЛАЕВ А.Х., НУРМУХАМЕДОВ А.И., АЛЯВИ Б.А., ТУРСУНБАЕВ А.К.,
ШОСАИДОВ Ш.Ш., ЛЫСЕНКО Т.Е.

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

Цель исследования. Изучить эффективность растительного сбора ЦистоХелп у женщин с урогенитальными расстройствами.

Материал и методы. В исследование включили женщин с климактерическим синдромом (КС) в возрасте 50–55 лет, которых разделили на 2 группы. Пациентки I группы (23) получали менопаузальную гормональную терапию (МГТ) строго по схеме с учетом длительности заболевания, а пациентки II группы – на фоне МГТ растительный сбор ЦистоХелп (HealthHelpers) по 1 капсуле 3 раза в день, за 5–10 минут до еды, в течение 10 дней и далее ежеквартально по 10 дней. До и после наблюдения изучали содержание гормонов (фолликулостимулирующего, лютеинизирующего, эстрадиола, прогестерона), проводили необходимые клиничко-лабораторные исследования (анализы мочи, бакисследования из уретры и влагалища, ультразвуковые исследования и пр.). При необходимости пациенток консультировал маммолог.

Результаты исследования. Актуальна проблема урогенитальных расстройств у женщин, а также вопросы профилактики, лечения различных воспалительных процессов и их осложнений. Особую роль играют препараты растительного происхождения.

Ослабление мышц уретры и мочевого пузыря и нарушение пассажа мочи приводили к развитию воспалительных процессов (циститы, уретриты, пиелонефриты) и образованию солей и уролитаза. Это вызывало потерю трудоспособности и ухудшение качества жизни. У больных, принимавших только МГТ, отмечено стимулирующее

влияние на пролиферативные процессы эпителия нижних отделов мочевых путей и слизистую влагалища. У пациенток II группы, принимавших МГТ + ЦистоХелп, позитивные изменения и нормализация изученных лабораторно-инструментальных показателей выявлялись на более ранних этапах лечения, уже в первые 1–2 месяца. У них значительно уменьшились или исчезли дизурические расстройства (зуд, жжение, эмоциональное неддержание мочи) боли при половом контакте, что способствовало восстановлению трудоспособности и качества жизни. В одной капсуле ЦистоХелп содержатся экстракты почечного чая, березы, брусники, карликовой пальмы, петрушки, элеутерококка.

ЦистоХелп, обладает салуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным эффектами, а также нормализует минеральный обмен. Эти свойства значительно усилили эффект МГТ. Нежелательных явлений и осложнений от лечения не наблюдали. Адекватное лечение женщин с КС с дизурическими явлениями позволит предупредить развитие воспалительных процессов, локализующихся в различных отделах мочевыделительной системы (цистит, уретрит, пиелонефрит и др.). В этом отношении ЦистоХелп оказался удачным растительным сбором, особенно в комбинации с МГТ.

Следовательно, растительный сбор ЦистоХелп можно рекомендовать для профилактики и лечения урогенитальных расстройств и воспалительных процессов мочевыводящих путей у женщин с КС.

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

АКБАРОВ З.С., РАХИМОВА Г.Н., ТАХИРОВА Ф.А., АКРАМОВА Г.Г., КАЮМОВА Д.Т.,
АЛИМОВА Н.У., САДЫКОВА А.С.

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

Цель исследования. Изучение распределения частот аллелей и генотипов +405C>G полиморфизма гена VEGF-A при СД2 в узбекской популяции в зависимости от наличия и степени тяжести диабетической ретинопатии.

Материал и методы. Пациентам были проведены осмотр глазного дна методом прямой офтальмоскопии и генетические методы исследования (выделение ДНК и полимеразная цепная реакция с последующим электрофорезом полученных продуктов).

Результаты исследования. 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). 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 частоты встречаемости аллеля G достоверно не отличались и составляли соответственно $71,9\pm5,6\%$, $62,9\pm5,78\%$ и $62,7\pm4,2\%$. В указанных группах частота встречаемости аллеля C также

не имела достоверной разницы и составила соответственно $28,1\pm5,6\%$, $37,1\pm5,78\%$ и $37,3\pm4,2\%$. Частота встречаемости генотипа GG по мере усугубления тяжести диабетической ретинопатии имела тенденцию к уменьшению. Так, частота встречаемости генотипа GG при ДР0 составила $56,3\pm8,7\%$, при ДР1 $42,9\pm8,36\%$ и при ДР3 $35,8\pm5,86\%$. 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 $53,7\pm6,09\%$, тогда как этот показатель в группах с ДР0 и ДР1 был меньше и составил соответственно: $31,3\pm8,19\%$ ($P<0,05$) и $40,0\pm8,28\%$ ($P>0,05$). 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 ретинопатией (ДР3), по сравнению с пациентами без ДР3 (ДР0, ДР1).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С И БЕЗ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

АКРАМХОДЖАЕВА Д.Ш., КАМАЛОВ З.С.

Городская нефрологическая больница, Институт иммунологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинко-лабораторных различий течения нефропатии у беременных с и без антифосфолипидного синдрома (АФС).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 25 больных женщин со вторичным АФС (ВАФС), ассоциированной беременностью, которые составили основную группу. Контрольную группу составили такое же количество 25 беременных женщин с нефропатией без АФС. Исследования проведены в отделении нефрологии для беременных в городской нефрологической больнице.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее тщательное изучение

анамнеза, уточнение особенностей течения заболевания, физическое, лабораторное и инструментальное обследование, консультации невролога, окулиста и, при необходимости—других специалистов. Лабораторное обследование включало: клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов; исследование биохимических показателей крови, выполнение иммунологических тестов, клинический анализ мочи с микроскопией мочевого осадка, определение суточной протеинурии; проведение функциональных почечных проб, исследование показателей коагулограммы; исследования серологических маркеров АФС. Обязательное инструментальное обследование включало рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое

исследование почек, электро- и эхокардиографическое исследование.

Результаты исследования. Беременность у женщин с АФС характеризуется большей частотой осложнений гестационного периода по сравнению с женщинами без антифосфолипидного синдрома. АФС-нефропатия у беременных, сочетание АГ (выявляется у 93% больных НБ с АФС и у 80% больных НБ, протекающим без АФС-нефропатии), стойкого нарушения функции почек (соответственно, у 85% и 60% больных), коррелирующие с развитием артериальных тромбозов ($p < 0,01$), что позволяет рассматривать АФСН как вариант тромботического сосудистого поражения почек. У беременных нефропатия с АФС имеет характерные клинические особенности течения, отличающие ее от нефропатии беременных без АФС: большую частоту тяжелой АГ, стойкого снижения СКФ (85% и 62%, соответственно). У беременных

с антифосфолипидным синдромом в сыворотке крови выявлены достоверные изменения параметров гемостаза по сравнению с показателями у женщин с нефропатией без АФС повышена степень (на 42,7%) и скорость (на 56,9%) агрегации тромбоцитов. У беременных при нефропатии без АФС и НБ с антифосфолипидным синдромом (АФСН) коррелирует с артериальными тромбозами, которые развиваются 2 раза чаще венозных ($p < 0,001$), поражением ЦНС ($p < 0,01$), сердца ($p < 0,01$) и периферических сосудов ($p < 0,01$), что позволяет выделить в рамках АФС особый клинический вариант болезни, проявляющийся генерализованным ишемическим повреждением органов в результате артериальных/артериоларных тромбозов.

Вывод. Таким образом, имеется ряд клинико-лабораторных различий в течении беременности с и без антифосфолипидного синдрома (АФС).

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ТРАНСРАДИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

АЛЯВИ Б.А., САЙФИЕВ Н.Я., ТУЛАГАНОВА Д.К., РАДЖАБОВА Д.И., ИСХАКОВ Ш.А.

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

Цель исследования. Выявление и анализ частоты и факторов, влияющих на окклюзию лучевой артерии (ОЛА), в современной литературе.

Результаты исследования. Мы искали в MEDLINE и EMBASE те исследования, которые включали ОЛА после трансрадиального доступа. Соответствующие исследования были найдены и были взяты данные. Данные были синтезированы путем систематического обзора. В общей сложности проанализированы 10 исследований с общим количеством 1 145 больных. Частота ОЛА колебалась от $<1\%$ до 33% и она варьировала в зависимости от сроков оценки проходимости лучевой артерии (частота ОЛА в течение 24-х часов составила 7,7%, а после при наблюдении более 1 недели снизилась до 5,5%).

Наиболее эффективной мерой снижения ОЛА было применении более высоких доз гепарина,

так как более низкие дозы гепарина были связаны с увеличением частоты ОЛА ($p < 0,05$), в то время как более короткое время сжатия лучевой артерии также уменьшает частоту ОЛА ($p < 0,01$).

Было также найдено несколько факторов, которые связаны с частотой ОЛА, включающих возраст, пол, размер интродьюсера и диаметра лучевой артерии, но эти факторы не были достоверными во всех исследованиях.

Выводы. ОЛА является частым осложнением трансрадиального доступа. Сохранение проходимости лучевой артерии должно быть неотъемлемой частью всех процедур, проведенных с помощью радиального доступа. Высокие дозы гепарина наряду с более коротким временем компрессии лучевой артерии и патентный гемостаз рекомендуются для уменьшения частоты ОЛА.

МАРКЕРНЫЙ ПРОФИЛЬ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В, С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

АХМЕДОВА А.Х., ИНОЯТОВА Ф.И.

Республиканский научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить особенности маркерного профиля HBV-инфекции у детей, больных хроническим гепатитом В, в зависимости от состояния их полового развития.

Материал и методы. Обследованы 243 ребёнка, больных хроническим гепатитом В (ХГВ), в возрасте от 12 до 17 лет. Из них 112 (46,0%) составили девочки, 131 (54,0%) – мальчики. Диагноз ХГВ верифицирован на основании анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Лабораторное обследование включало в себя проведение общепринятых в гепатологии биохимических и серологических исследований. Серологическое исследование маркеров HBV было направлено на определение в сыворотке крови HBsAg и антител против HBV – анти HBs, анти HBc, анти HBe, а также анти-HCV и анти-HDV для исключения сочетанных форм ХГВ с использованием тест-систем фирмы «Roche» (Швейцария), «Ebbot» (США). Половое развитие подростков оценивали в соответствии со стадиями полового развития по Таннеру. В зависимости от состояния полового развития больные распределены на две группы: I группу больных с задержкой полового развития (ЗПР) составили 100 детей, II группу пациентов с нормальным половым развитием (НПР) – 70 детей, больных ХГВ.

Результаты исследования. Показатели частоты выявления серологических маркеров HBV в сравниваемых группах статистически различались. Так, у $94,0 \pm 2,3\%$ больных I группы в крови был обнаружен HBsAg, тогда как среди пациентов II группы поверхностный антиген выявлялся в 1,2 раза реже – в $78,5 \pm 4,9\%$ случаях ($p < 0,05$), что

указывает на преобладание активности патологических процессов в печени у больных I группы. Антитела к HBsAg в I группе больных выявлялись у $17,0 \pm 3,7\%$ пациентов, что почти в 2 раза реже, чем во II группе больных ($31,4 \pm 5,5\%$, $p < 0,05$). У 11,0% больных I и 37,1% пациентов II группы обнаружение HBsAg сочеталось с выявлением анти HBs. Эти антитела не обнаруживались при наличии активности процесса и были характерны для интегративной фазы заболевания.

Частота выявления маркера активной репликации HBV вируса – HBeAg и антител к нему в сыворотке крови также зависела от состояния полового развития больных. HBeAg в группе больных с ЗПР определялся в 2,5 раза чаще, чем в группе больных с НПР, а антитела к HBeAg в группе пациентов с НПР – у $20,0 \pm 4,8\%$ против $7,0 \pm 2,5\%$ больных с ЗПР. Это указывает на преобладание активности патологических процессов в печени у больных с ЗПР. Антитела же к HBcAg чаще обнаруживались в группе пациентов с ЗПР – $68,0 \pm 4,6\%$, тогда как в группе больных с НПР этот показатель составил $45,7 \pm 5,9\%$, что в 1,5 раза реже, чем в сравниваемой группе. Возможно, это связано с преобладанием у больных с ЗПР аутоиммунных процессов, так как эти антитела, по данным литературы, имеют аутоиммунную природу.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более глубоком поражении и преобладании активности патологических процессов в печени у детей, больных ХГВ с ЗПР, что необходимо учитывать при ведении данной категории пациентов.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

БАХРИТДИНОВ Ш.С., ЗАКИРХОДЖАЕВ Ш.Я., КАМИЛОВА А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Дать гигиеническую оценку питанию детей первого года жизни в условиях жаркого климата.

Материал и методы. Анкетный, опросный, весовой, лабораторный, статистический.

Результаты исследования. В малых группах нами обнаружен дефицит белка. Степень соответствия питания потребностям детского организма определяет состояние иммунологической резистентности, способность преодоления стрессор-

ных ситуаций, темпы физического и психического развития, поэтому первый год жизни ребенка является периодом критически высокой чувствительности к нарушениям питания. Это объясняется тем, что на первом году жизни происходит интенсивное новообразование клеточной массы различных систем организма. Поэтому особое значение имеет обеспечение роста числа клеток, что достигается достаточным подвозом различных питательных веществ. Оказалось, что дефи-

цит питания на первом году жизни не может быть компенсирован, ни в какие последующие периоды. Особенную чувствительность к дефициту питания имеет центральная нервная система, что объясняется ее быстрым ростом в этот период жизни. Считается, что к рождению сформировано около двух третей от конечного количества клеточных элементов головного мозга, остальные же развиваются в первые месяцы жизни. Голодание в раннем возрасте у экспериментальных животных вызывает уменьшение массы вещества мозга, обеднение его клеточными элементами, при этом обнаруживается снижение содержания нуклеиновых кислот и миелина. У детей, перенесших голодание в первые месяцы жизни, отдельные исследователи констатировали снижение памяти, способности к обучению и интеллектуального развития в целом. Между тем нельзя недооценивать большой значимости и обратного состояния-перекорма детей раннего возраста. В последние годы имеет место явная и прогрессирующая тенденция к увеличению удельного веса детей с признаками паратрофии и ожирения. Показано, что нередко

тучность, возникающая в подростковом возрасте даже у взрослого человека, имеет корни, уходящие в период раннего детства, и непосредственно отражает избыточность питания в первые месяцы и годы жизни ребенка. Оказалось, что именно раннее детство и особенно первые недели жизни ребенка являются тем критическим периодом развития, когда происходит основное количественное формирование жировой ткани, форменных элементов. При избыточном калораже питания в первые недели и месяцы жизни количество адипоцитов в жировой ткани может возрасти в 4–5 раз.

Выводы. Общая энергетическая потребность как сумма основного обмена, трат на теплопродукцию и активность и затрат на обеспечение роста ребенка, должна составлять 120 ккал /кг. Потребность в белках детей первого года жизни в теоретическом плане должна составлять 0,9 г на кг белка на 1 кг массы тела ребенка. Потребность в жире у недоношенных детей должна составлять 5–6 г/кг массы тела. Потребность в углеводах составляет 12–15 г/кг.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО МИКСТ ГЕПАТИТА В+С У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВАЛИЕВА Н.К., ИНОЯТОВА Ф.И., ИНОГАМОВА Г.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент

Цель исследования. Изучить клинические особенности хронических вирусных микст гепатитов В+С (ХВМГ) у детей в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 83 ребёнка, больных ХВМГ В+С в возрасте от 3 до 18 лет. Длительность заболевания составила в среднем $5,5 \pm 1,4$ лет, из которых I группа – 28 (33,7%) детей с давностью заболевания до 3х лет; II – 55 (66,3%) детей с давностью заболевания свыше 3х лет. Этиология ХВМГ подтверждалась методом ПЦР и ИФА-анализа.

Результаты исследования. Анализ клинических синдромов ХВМГ В+С у детей показал, что у всех обследованных больных имело место нарастание частоты их выявления по мере увеличения длительности болезни. Так, проявления астено-вегетативного синдрома преобладали в группе детей с давностью свыше 3х лет в виде жалоб на слабость, вялость и повышенную утомляемость (100% против 82,1%, 67,8%, $p < 0,001$ относительно I группы). Аналогично проявлялись диспепсические явления такие, как понижение аппетита, боли в животе и метеоризм, соответственно у 92,7%, 72,7% и 78,2% больных II группы против 71,4%, 39,3% и 35,7% больных I -группы ($p < 0,001$). Внепеченочные проявления, как «пальмарная эри-

тема», капилляриты на щеках, венозная сеть на груди и животе отмечались в 1,6 раза чаще среди больных с давностью ХВМГ В+С свыше 3х лет ($p < 0,05–0,01$). Геморрагический синдром в виде кровотечений из носа и десен регистрировался у большинства детей II группы (70,9% против 28,6%, $p < 0,001$). Признаки холестатического синдрома, как иктеричность кожи и склер также преобладали среди детей II-группы (соответственно 50,0% и 70,0% против 17,8% и 32,1%, $p < 0,001$). Но интенсивность желтушных проявлений не зависела от давности заболевания. У большинства детей, больных ХВМГ В+С отмечались большие размеры печени (свыше 5 см) причем с практически одинаковой частотой 43,6% и 42,8%, соответственно в II и I группах. Увеличение в размерах печени от 3х до 5 см регистрировалось среди больных с давностью заболевания до 3х лет в 57,1% случаях и свыше 3х лет – относительно реже в 18,2% случаев ($p < 0,001$). В тоже время, гепатомегалия до 3 см при длительности заболевания до 3х лет не была выявлена ни у одного ребенка, а в случае свыше 3х лет только у 38,2% детей. В отличие, спленомегалия значительно чаще выявлялась у больных ХВМГ В+С с давностью заболевания свыше 3х лет (83,3% против 46,4% больных с давностью до 3х лет, $p < 0,001$).

Выводы. У детей клинически ХВМГ В+С более манифестно протекал по мере увеличения длительности заболевания. По-видимому, одним из факторов активности патологического процесса в печени является продолжительная репликация вирусов в организме. В условиях микст инфицирования происходит конкурентная взаимообусловленность, что провоцирует дефектность иммуни-

тета, способность уклоняться от эффекторов иммунитета (мутации, нейтрализация цитокинов и их рецепторов, блокада системы ИНФ-генеза) что в целом, приводит к снижению адаптационных возможностей организма. Это диктует необходимость постоянного контроля вирусной активности при клиническом ведении детей, больных ХВМГВ+С.

АҲОЛИ ВА БЕМОРЛАР СУТКАЛИК РАЦИОНИДА ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ҲАҚИҚИЙ МИҚДОРИГА ГИГИЕНИК БАҲО БЕРИШ

ЗАКИРХОДЖАЕВ Ш.Я., БАХРИТДИНОВ Ш.С., ПАРПИБОЕВА Д.А., САТТОРОВ А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Тошкент шаҳар аҳолиси (коллеж ва лицей) ва ошқозон ичак раки беморлари суткалик рациониди озиқ-овқат маҳсулотлари-ни ҳақиқий исътемоли ҳолатини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Аҳоли ва беморлар суткалик рациониди озиқ-овқат маҳсулотлари миқдорини аниқлаш умум қабул қилинган анкета ва ҳисоб-китоб усулида амалга оширилди. Жами тарқатилган анкеталар сони 150 та ташкил қилди.

Тадқиқод натижалари. Илмий маълумотлар ёшга, жинсга ва иқлимга қараб таҳлил қилинди. Кўрсаткичлар миқдори республикада кучга кирган СанҚваМ 135–03 бўйича солиштирилганда, улар рационал ва мутаносиблик овқатланиш гигиеник қоидаларига мос эмаслиги аниқланди. Коллеж талабалари рациониди; сут ва сут маҳсулотлари 1,5–2,5 марта, гўшт маҳсулотлар миқдори кўрсаткичларини 10 та маҳсулот бўйича ўрганганимизда гўшт гигиеник меъёрдан 1,2–1,8 марта камлиги, қўй гўшти 0,7 –1,3 марта, парранда –1,5–2,4 марта, колбаса- 1,1–1,5 марта, балиқ жуда кам истеъмол қилиниши аниқланди. Балиқ консервалари 2,2–4,5 марта кам истеъмол қилиниши аниқланди. Академик лицей ўқувчилари орасида гўшт маҳсулотлар миқдори кўрсаткичларини маҳсулот бўйича

ўрганганимизда; сут ва сут маҳсулотлари 1,6–2,2 марта, гўшт гигиеник меъёрдан 1,1–1,5 марта камлиги, қўй гўшти 0,9–1,2 марта, парранда –1,2–1,8 марта, колбаса- 1,1–1,4 марта, балиқ худди коллеж талабалари сифатида жуда кам истеъмол қилиниши аниқланди. Республика онкология илмий тадқиқот институтида олиб борилган текширишлар ошқозон ва ичак саратони беморлар рациониди алмаштириб бўлмайдиган аминикослотлар, ярим тўйинган ёғ кислоталари, функционал маҳсулотлар, атеросклерозга ва инфекцияга қарши витаминлар ва айниқса сабзовот ва мева-лар 20–40 камлиги, унинг таркибидан жой олган пектин ва протопектин овқат толалари миқдори 5–30% кам миқдорни ташкил қилди.

Хулоса. Олийгоҳ ва академик лицей талабалари суткалик рациониди озиқ –овқат маҳсулотлари миқдорий кўрсаткичлари мослик ва мутаносиблик мезонларига мос эмас. Ушбу ҳолат, яъни гўшт ва сут маҳсулотларини суткалик рационда дефицити уларнинг антропометрик кўрсаткичларига салбий таъсир қилиши мумкин. Овқат толаларини рационда камлиги канцероген моддаларини организмда ушланиб қолишига сабаб бўлади ва бу ҳолат ўсмаларни ўсишини стимуллаиди.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: ЗНАЧИМОСТЬ ЭТИОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ

ИНОГАМОВА Г.З., ИНОЯТОВА Ф.И.

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

Цель исследования. Установление частоты и особенностей течения осложнений цирроза печени (ЦП) в зависимости от этиологии у детей.

Материал и методы. Обследованы 202 ребенка с диагнозом ЦП, в возрасте от 3-х до 15 лет, которые находились на «Д» учете в РСНПМЦ Педи-

атрии. Мальчиков 58,4%, девочек 41,6%. Диагноз ЦП основывался на данных анамнестического, клинического, биохимического и инструментального обследования (УЗИ с доплерографией сосудов печени, селезенки и портальной системы; МРТ; ЭГДС). Степень тяжести ЦП оценивалась по

Child-Pugh с вычислением индексов APRI и GUCI [Durand F., 2005]. Методами ПЦР и ИФА проводили верификацию HBV, HCV и HDV, TORCH-инфекции, определение аутоантител (ANA, SMA, антиLKM-1) в крови, церулоплазмينا и гемосидерина в моче.

Результаты исследования. Анализ этиологической структуры показал, что значимым фактором в развитии ЦП у детей является вирусная инфекция (73,3%, $p < 0,001$), где большая доля принадлежит гепатотропным вирусам (90,6%) с акцентом микст-инфицирования (69,7%). В меньших случаях ЦП формируется в исходе аутоиммунного гепатита (4,9%) с доминированием I типа (70%), наследственного генеза (6,9%) в виде болезни В-Коновалова (42,7%), гликогеноза (28,6%), склерозирующего холангита и вторичного гемохроматоза (по 14,2%), а также их сочетанных форм (9,9%). Вместе с тем, частота и проявления осложнений ЦП в зависимости от этиологии были неоднозначны. Наиболее подвержены к развитию осложнений были дети с аутоиммунным ЦП (100%), особенно в случаях наложения вирусной инфекции ($p < 0,01$). На втором месте находились дети с ЦП вирусного генеза (73,1%) и, соответственно, на последнем – ЦП наследственного генеза (56,6%). Среди осложнений, определяющими прогноз заболевания, обращали на себя внимание такие, как кровотечения из варикозно-расширенных вен (КВРВ – 61,8%), печеночная энцефалопатия (ПЭ – 41%), бактериальная инфекция (БИ – 32,9%) и гепаторенальный синдром (ГРС – 15%). При этом, выраженность и характер проявлений определялись этиологическим фактором. Так, печеночно-клеточная недостаточность с развитием ПЭ наиболее

часто формировалась у больных с аутоиммунным (80%) и наследственным (78,5%) ЦП ($p < 0,001$). При вирусном ЦП только у 34,8% детей, из которых в 18,7% случаев ПЭ развивалась в результате портосистемной недостаточности. КВРВ пищевода и/или желудка имели место у большинства детей с аутоиммунным (90%) и вирусным (69,7%) ЦП, в основном класса В и С ($p < 0,01$). Эндоскопическая степень варикозных узлов коррелировала с сонографической степенью портальной гипертензии, где вероятность кровотечения была высокой при портальной гипертензии III ст. и ВРВ пищевода III–IV ст. Кроме размера ВРВ, риск развития кровотечения зависел от наличия red colors sings ($p < 0,02$). После эпизодов КВРВ значительно увеличивалась оценка по Child-Pugh. Из других осложнений, ГРС характерно выявлялся при аутоиммунном ЦП, особенно в случаях наложения вирусной инфекции (70%, $p < 0,05$). Частота присоединения БИ (пневмония, плеврит, миокардит и др.) зависела от тяжести ЦП (класс В – 77,1%; класс С – 97%), но отличалась изотропностью к этиологии заболевания.

Выводы. Частота и выраженность нозологических осложнений ЦП у детей определяются этиологическими факторами. Наиболее частые осложнения с раскладкой всех видов проявлений характерны для ЦП аутоиммунного генеза. Для ЦП вирусного генеза характерно развитие КВРВ, наследственного – ПЭ. Развитие осложнений усугубляет течение и прогноз ЦП у детей, что требует изыскания новых профилактических мер и эффективных методов лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

ИНОЯТОВА Ф.И., ЮСУПАЛИЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Совершенствование диагностики хронических вирусных гепатитов (ХВГ) В, С, D у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в комплексной клинко-лучевой диагностике.

Материал и методы. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковых диагностических аппаратах SSD-630 “Алока” (Япония), “Sterling Philips” (Голландия) в РСНПМЦ педиатрии, «Sonoscape 5000» (Китай) в клинике ТашПМИ, «ISTYL-TOSHIBA (Япония)» с использованием мультимодальных конвексных и линейных датчиков. Оценивали УЗ признаки изменений в печени при ХВГ у детей сопоставляя их с клинко-лабораторными показателями. Нами было

обследовано 270 детей, больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), у 207 (76,5%) детей установлен ХВГ, у 43 (16,0%) ХГС, у 20 (7,5%) ХГД. Диагноз основывался, в первую очередь на данных клинического и лабораторного обследования. У 61 ребёнка изучена нормальная комплексная эхографическая анатомия печени и селезёнки (контрольная группа).

Результаты исследования. Для постановки диагноза хронических вирусных гепатитов у детей применялся комплекс исследований, включающий в себя клинические, лабораторные и инструментальные методы исследований. В результате исследований детям с ХВГ помимо серологической эхографии и эхографической ангиографии были

проведены следующие эластографические исследования. Характеристика больных ХВГ и разделение их на 3 степени активности патологического процесса: минимальный, умеренный и выраженный основывались на данных клинического и биохимического обследований.

Использованный нами метод ультразвуковой эластографии печени позволил более точно прогнозировать развитие осложнений, наличие степени выраженности фиброза, особенно в тех ситуациях, когда состояние больного не позволяло выполнить пункционную биопсию печени.

По данным проведения эластографии, у пациентов с ХВГ минимальной степени активности признаки фиброза или отсутствовали (F0), или был диагностирован минимальный фиброз (F1) со звездчатым расширением портальных трактов без образования септ, средний показатель эластичности ткани печени составил $4,6-5,9 \pm 0,3$ кПа, у детей с ХВГ умеренной активности средний

показатель эластичности ткани печени был равен $7,7 \pm 0,5$ кПа, что соответствовало умеренной степени фиброза по шкале Metavir (F2), с расширением портальных трактов с единичными порто-портальными септами, у детей с ХВГ выраженной активности (продолжительность заболевания составила в среднем от $7,3 \pm 2,1$ лет) средний показатель эластичности ткани печени был равен $9,5 \pm 1,2$ кПа, что соответствовало фиброзу с многочисленными порто-центрными септами без цирроза по Metavir (F3).

Выводы. Использование современных неинвазивных технологий эхографии дает возможность проследить за изменением величины и структуры печени у детей с хроническими вирусными гепатитами в ходе ее течения, определить наличие фиброза, уточнить локализацию и глубину расположения выраженных фиброзных участков, получить объективное изображение в реальном масштабе времени.

ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ФЕНОТИПА ГАПТОГЛОБИНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В СЕМЕЙНЫХ СЛУЧАЯХ

ИНОЯТОВА Ф.И., АБДУЛЛАЕВА Ф.Г.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить клинико-биохимические особенности ХГВ у детей из семейных случаев во взаимосвязи с носительством фенотипа Нр.

Материал и методы. Основную группу составили 120 детей с ХГВ в возрасте от 3 до 18 лет из семейных случаев. Контрольная группа 80 детей из монослучаев ХГВ. Все дети были разделены по принадлежности гаптоглобина (Нр): Нр2–2; Нр2–1 и Нр1–1. Диагноз ХГВ подтверждался данными родословной, клинико-биохимических, серологических и инструментальных методов исследований. Определение фенотипа Нр–методом дискэлектрофореза в ПААГ по методу Davis в модификации Осиной Н.А. (1982).

Результаты исследования. Результаты исследований выявлено, что встречаемость фенотипов Нр у детей в семейных и монослучаях ХГВ различалась, среди больных ХГВ, дети с носительством фенотипа Нр2–2 больше подвержены формированию внутрисемейной концентрации хронической HBV-инфекции (59,0% против 20%, $p < 0,001$). Результаты клинического обследования детей с ХГВ из семейных случаев позволили сделать вывод о том, что течение заболевания в общей сгруппированности детей характеризуется регистрацией высокой частоты и выраженности ($p < 0,01$ относительно контроля) астеновегетативного (100%), диспепсического (89%) и относитель-

но низкой–холестатического (34,3%), геморрагического (28,2%) синдромов. У детей из основной группы ХГВ с принадлежностью фенотипа Нр1–1 наблюдалось наиболее тяжелое течение с выраженной активностью патологического процесса. Так, средний уровень АлАТ достигал до $3,03 \pm 0,15$ мкмоль/лс, что в 1,4 раза было выше у детей с Нр2–1 ($2,05 \pm 0,15$ мкмоль/лс, $p < 0,001$) и в 2,1 раза показателя детей с Нр2–2 ($1,39 \pm 0,12$ мкмоль/лс, $p < 0,001$). Тогда как в группе контроля эти значения составляли $2,45 \pm 0,21$; $1,55 \pm 0,10$ и $0,77 \pm 0,04$ мкмоль/лс, соответственно. Холестатический синдром достоверно чаще отмечался у “семейных” детей, что в 1,5 раза превышал у детей из группы сравнения при различных фенотипах Нр, соответственно уровень общего билирубина $51,1 \pm 3,20$ мкмоль/лс; $39,5 \pm 3,43$ и $25,9 \pm 2,71$ мкмоль/лс против $26,3 \pm 1,52$ мкмоль/лс; $30,4 \pm 1,83$ и $16,7 \pm 0,37$ мкмоль/лс (Нр1–1, 2–1и 2–2, $p < 0,01$ – $p < 0,001$). Нарушения белково-синтетической функции у детей с Нр1–1 не выявили достоверных различий внутри групп, при этом значения общего белка и альбумина снижались практически до одинаковых величин. Связь активности ХГВ от наследования фенотипа Нр у детей характеризуется проявлением у лиц с фенотипом Нр2–2 и 2–1 большим иммунитетом, чем с носительством Нр1–1.

Выводы. У детей, больных ХГВ, необходимо проводить определение носительства фенотипа

Нр для предупреждения тяжелых прогрессирующих форм заболевания ХГВ. Наиболее тяжелые формы ХГВ с прогрессирующим течением характерны для носителей фенотипа Нр1–1. Носители

Нр2–1 характеризуются умеренно выраженным и Нр2–2–маловыраженным клинико-биохимическим течением ХГВ.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В РАЗВИТИИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV- ИНФЕКЦИЕЙ

ИНОЯТОВА Ф.И., ИКРАМОВА Н.А.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение патогенетических аспектов на основе исследования интерлейкина–6 (IL–6) и его рецептора в развитии анемии воспаления у детей, больных с хронической HBV-инфекцией.

Материал и методы. Обследовано 140 детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ), в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 85 (60,7%) детей с рефрактерной анемией (РА) и 55 (39,3%) больных детей с нерепрактерной анемией (НРА). В диагностике анемии воспаления использовался «Алгоритм дифференциальной диагностики анемии воспаления у детей, больных ХВГ», согласно которому коэффициент насыщения трансферина (КНТ) ниже 1,00 свидетельствует о перераспределительном дефиците железа, КНТ более 2,00–истинном дефиците железа [Иноятлова Ф.И. 2013]. Верификация HBV проводилась методами ИФА и ПЦР. Диагноз ХГВ у детей основывался на данных анамнеза, клинико-лабораторного и инструментального обследования. Методом ИФА определяли маркеры: Гепсидин, интерлейкин IL–6, sIL–6R с использованием наборов «Biochimmas», (Москва). Группа контроля –30 практически здоровых детей.

Результаты исследования. Доказано, что стимулом в синтезе гепсидина в печени является воспалительный процесс, а именно медиатор воспаления интерлейкин–6. Исследование маркера системного воспаления IL–6 выявило высокие значения данного параметра. Так, при общем колебании предельных значений от 9,2 pg/ml до 16,5 pg/ml, его уровень соответствовал $12,85 \pm 0,50$ pg/ml у детей с РА, что было достоверно ($p < 0,05$) выше показателей детей с НРА ($9,20 \pm 0,43$ pg/ml) и контроля ($7,75 \pm 0,75$ pg/ml). На поверхности клеток IL–6 опосредует свои эффекты за счет связывания с мембранным рецептором IL–6R. Если учесть, что многие рецепторы имеют раствори-

мые формы, то на наш взгляд, имело целесообразность исследовать его растворимые формы -sIL–6R. Так, из общего числа детей, не зависимо от варианта анемии воспаления, анализ средних значений sIL–6R выявил их повышение в 2,5 раза относительно контроля ($6,67 \pm 0,35$ ng/ml против $2,5 \pm 1,7$ ng/ml, $p < 0,05$). Учитывая действие sIL–6R как агониста вместе со своим лигандом и, как антагониста с мембраносвязанным рецептором–то, можно предположить инактивацию мембранного рецептора IL–6 на уровне гепатоцитов и соответственно развитие дисрегуляции молекулярных механизмов транскрипции Гепсидина–частичное, а возможно в некоторых случаях и полное блокирование внутриклеточной сигнальной системы. Так, результаты нашего исследования Гепсидина свидетельствовали о дискордантности изменений его значений, а именно у детей с РА в виде снижения ($28,68 \pm 0,63$ ng/ml) и, напротив, у детей с НРА в виде повышения ($56,37 \pm 1,6$ ng/ml, при контроле $39,40 \pm 6,5$ ng/ml, $p < 0,01$). Объяснение этому мы усмотрели в снижении адаптационных возможностей организма детей, больных ХГВ, по мере увеличения активности патологического процесса в печени, связанных с истощением резерва компенсаторных внутриклеточных механизмов.

Выводы. У детей, больных ХГВ, анемия воспаления инициирует каскад патофизиологических реакций с развитием дезинтеграции функциональных систем на уровне клеточного метаболизма железа в гепатоцитах, что свидетельствует о поломке молекулярных механизмов, ведущим к двум патогенетическим вариантам течения заболевания. Эти данные подчеркивают важность продолжения научных исследований в этом направлении с перспективой разработки эффективных схем лечения.

РЕФРАКТЕРНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

ИНОЯТОВА Ф.И., КАДЫРХОДЖАЕВА Х.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить клинические особенности и показатели феррокинетики у детей больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с рефрактерным вариантом течения анемии воспаления (АВ).

Материал и методы. Обследовано 70 больных ХГВ в возрасте от 3 до 18 лет с рефрактерным вариантом течения АВ, из них—мальчики составили 56,6%, девочки—43,4%. Диагноз ХГВ устанавливался на основании общепринятых лабораторных и клинических исследований. Общий анализ крови проводили на гематологическом анализаторе «Mindray» модели BC-5800 (Китай). Маркеры феррокинетики—ферритин (Ft), растворимый рецептор трансферрина (sTfR) в сыворотке крови определяли методом ИФА («Biochemtrack», Москва, 2011). Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле $sTfR/\log Ft$. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. При помощи реакции на берлинскую лазурь определяли гемосидерин (ГС) в моче.

Результаты исследования. По результатам анализа КНТ, все больные были распределены по градациям: 12 (17,1%) больных имели КНТ ниже 0,2, в пределах от 0,2 до 0,5— 25 (35,8%) и 33 (47,1%) детей имели КНТ выше 0,5. Низкие значения КНТ свидетельствовали о наиболее выраженной перегрузке железом организма. Изучение гемограммы показало, что у всех детей с КНТ выше 0,5 анемия была нормохромной ($MCH-31,23 \pm 0,61 pg$). В группе детей с КНТ от 0,2 до 0,5 (68,0%) имелся гиперхромный тип анемии ($MCH-39,23 \pm 0,81 pg$), тогда как большинство (75,0%) детей с КНТ ниже 0,2 имели гипохромную анемию ($MCH-26,94 \pm 0,68 pg$), $p < 0,05-0,001$ между группами. Анализ параметров MCV выявил нормоцитарный вид анемии у 100% детей с КНТ выше 0,5 ($84,46 \pm 0,74$) и у 69,7% ($83,81 \pm 1,42$) детей с КНТ от 0,2 до 0,5. В группе детей с КНТ ниже 0,2 75,0%

($77,87 \pm 0,95$) детей имели микроцитарный тип анемии. Ориентиром в разграничение степени СПЖ служил индекс MCV/RDW в соотношении с MCH. Расчет индекса MCV/RDW выявил его снижение по мере увеличения степени перегрузки железом (СПЖ)— $6,2 \rightarrow 6,1 \rightarrow 4,8$. В нашем исследовании наличие ГС в моче было обнаружено в 29,0% случаев, в числе которых были дети с КНТ выше 0,5. Причем по мере снижения КНТ нарастала частота выявления ГС в моче, где только с при КНТ ниже 0,2 достигала 91,6% ($p < 0,001$ к группам сравнения и контроля), что подтверждало наличие СПЖ. Анализ клинического течения ХГВ не выявил достоверной разницы в группах детей с КНТ от 0,2 до 0,5 и КНТ ниже 0,2. Поэтому дальнейшее сопоставление результатов проводилось между детьми с КНТ ниже 0,5 и КНТ выше 0,5. У детей с КНТ ниже 0,5 заболевание протекало значительно тяжелее, пролонгируя обострение ХГВ с превалированием прогрессирующих форм заболевания (67,1%). На фоне выраженного СПЖ стойко преобладали ($p < 0,05\%$) астеновегетативный (93,8%), геморрагический (77,1%) синдромы и выраженная гепатоспленомегалия (55,7%).

Выводы. Сопоставление СПЖ с градациями КНТ позволило предположить наличие трех вариантов перегрузки железом организма в виде минимальной (КНТ выше 0,5), умеренной (КНТ от 0,2 до 0,5) и выраженной (КНТ ниже 0,2) степени. По мере увеличения СПЖ нормоцитарная нормохромная анемия переходила в состояние микроцитарной гипохромной. У детей с ХГВ ГС в моче выявлялся только в случаях выраженной перегрузки организма железом. Выраженность клинической симптоматики ХГВ у детей значительно усугубляется синдромом перегрузки железом организма и протекает значительно тяжелее, что диктует необходимость своевременной диагностики РА при ХГВ у детей и оказание специализированной помощи.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1799929 ГЕНА NAT2 В ПАТОГЕНЕЗЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КАРИМОВ Х.Я., ИКРАМОВ О.А., АБДУРАХМАНОВА Н.Н., БОБОЕВ К.Т.

Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить роль полиморфизма rs1799929 гена N-ацетилтрансферазы (NAT) 2 в патогенезе миелопролиферативных заболеваний (МПЗ).

Материал и методы. В исследование были включены 170 пациентов с МПЗ (из них с хроническим миелолейкозом—109, с эритремией—51 и сублейкемическим миелозом—10 больных), на-

блюдавшихся на базе клиники НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз. Контрольная группа была сформирована из 86 условно здоровых лиц. Геномную ДНК выделяли из периферической крови с использованием набора Рибо-сорб (AmpliSens®, Россия). Концентрацию и чистоту выделенной ДНК определяли на приборе NanoDrop 2000 (США). Тестирование полиморфного локуса rs1799929 гена NAT2 проводилось на программируемом термоциклере фирмы «AppliedBiosystems» (США). Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

Результаты исследования. При анализе распределения частот генотипов в группе контроля обнаружено статистически достоверное отклонение частот генотипов от равновесия Харди-Вайнберга (PXB) ($\chi^2=4,7$; $P=0,03$). Подобное отклонение, возможно, связано со снижением гомозиготности (генотип Т/Т=6,5%), т.е. недостатком гомозигот в популяционной группе за счет увеличения фактического количества представителей, с гетерозиготным С/Т вариантом генотипа (50,6%). Частоты встречаемости С-и Т-аллелей в исследованных основной и контрольной группах составили 42,9% и 50,6% против 62,8% и 37,2%, соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов риск развития МПЗ у носи-

телей данного аллеля статистически значимо повышен почти в 2 раза ($\chi^2=9,59$; $P=0,002$, $OR=2,04$ 95% CI 1,30– 3,184, что свидетельствует о достоверной ассоциации данного аллеля с развитием МПЗ.

Показано, что в группе больных частота дикого генотипа С/С была достоверно ниже ($OR=0,4$) чем в контроле (62,8% против 42,9%, соответственно; $\chi^2=8,2$; $P=0,004$; 95%CI 0,262– 0,7594). Гетерозиготный генотип С/Т, наоборот—чаще встречался среди больных, чем в контрольной группе (37,2% против 50,6%). При этом гомозиготный мутантный генотип Т/Т был выявлен у 5,5% больных МПЗ, а в контрольной группе вообще не был найден. Оказалось, что наличие гетерозиготного генотипа С/Т статистически значимо повышает шанс развития МПЗ в 1,7 раза ($\chi^2=4,1$; $P=0,04$; $OR=1,7$; 95%CI 1,02– 2,93), а носительство гомозиготного мутантного генотипа Т/Т также статистически значимо повышает риск развития МПЗ более чем в 2,2 раза ($OR=2,2$; $\chi^2=8,2$; $p=0,004$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты подтверждают вовлеченность полиморфного варианта rs1799929 гена NAT2 в процессы развития МПЗ, что свидетельствует о наличии возможной зависимости возникновения МПЗ от функционального состояния генов системы биотрансформации ксенобиотиков.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ФОСФОЛИПАЗ И СИСТЕМНОГО МАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

КАСИМОВА Г.М., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УТЕМУРАТОВ Б.Б., ШАРИПОВА Р.М.

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

Цель исследования. Изучение активности эндогенных фосфолипаз и неспецифического маркера системного воспаления—С-реактивного белка при экспериментальном атеросклерозе.

Материал и методы. Были проведены эксперименты in vitro у 20 кроликов (порода шиншилла) и вызван экспериментальный атеросклероз (ЭА) по методу Аничкова. Активность фосфолипаз определяли по продуктам гидролиза основных фосфолипидов. С-реактивный белок методом латексной агглютинации.

Результаты исследования. Развитие экспериментального атеросклероза, сопровождается усилением активности эндогенных фосфолипаз в плазматических мембранах эритроцитов, что ведет к образованию мембранотоксичных метаболитов, таких как лизофосфатидилхолин (контроль— $3,63 \pm 0,11$; ЭА— $7,5 \pm 0,19$ мкг/липид/мг белка) и лизофосфатидилэтаноламин (контроль— $5,1 \pm 0,20$; ЭА— $10,1 \pm 0,11$ мкг/липид/мг белка). Учитывая цитолитические, мембрано-

литические свойства лизофосфолипидов, можно предположить, что повышение их концентрации приводит к существенному нарушению липидного бислоя плазматических мембран эритроцитов при ЭА. ЭА сопровождается повышением активности эндогенной фосфолипазы С (контроль— $1,6 \pm 0,11$; ЭА— $5,6 \pm 0,38$ ус.ед/мг.белка). Вследствие гидролитической активности фосфолипазы С, в отношении основных фосфолипидов, образуются следующие метаболиты: фосфорилхолин, фосфорилэтаноламин и 1,2-диацилглицерид. Нарастание 1,2-диацилглицерида в мембранах эритроцитов приводит к образованию небислойных участков в липидном бислое, что ведет за собой нарушение проницаемости мембран для гидрофильных и липофильных веществ. Судя по наличию высокой активности фосфолипазы С при ЭА, можно утверждать, что образующийся метаболит при гидролизе фосфатидилхолина—фосфорилхолин, может проявлять холинолитическую активность, т.е. связываться с ацетилхолиновыми рецепторами и

конкурировать с ацетилхолином, блокируя его физиологическую активность. С повышением уровня С-реактивного белка—ЭА- 24 мг/л; контроль—6 мг/л снижается сосудистый ответ на инфузию ацетилхолином. Можно допустить, что С-реактивный белок способен связывать ацетилхолин и ограничивать его влияние на сердечно-сосудистую систему.

Выводы. Таким образом, повышение активности эндогенных фосфолипаз при ЭА, помимо прямой деструкции липидного бислоя, формирует пул системных маркеров эндогенной интоксикации, который дополнительно усугубляет метаболические нарушения при данном патологическом процессе.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕЛИОТРИНОВОМ ГЕПАТИТЕ

КАСИМОВА Г.М., УТЕМУРАТОВ Б.Б., МУХТАРОВ А.А., КАРИМОВА Г.М., ЮСУПОВА У.Р.

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

Цель исследования. Исследование влияния низкочастотного ударно-волнового воздействия на биохимические параметры и уровень белков острой фазы воспаления в регулировании клеточного метаболизма при гелиотриновом гепатите.

Материал и методы. У экспериментальных животных при гелиотриновом гепатите (40 крыс) оценены биохимические (С-реактивный белок, уровень липидов и активность печеночных ферментов) параметры сыворотки крови. Проведено моделирование хронического повреждения печени у крыс (гелиотриновая гепатопатия), которое достигалось внутрибрюшинным введением 50% масляной эмульсии гелиотрина 2 раза в неделю в течение 45 дней в дозе 1 мл/кг. Экстракорпоральную ударно-волновую терапию проводили при пороговом значении энергии в зависимости от типа ткани и органа, при этом диапазон давления колебался от 1 МПа до 5 МПа.

Результаты исследования. Как показали полученные данные, воздействие при экспериментальном гепатите аппликатором, генерирующим низко-энергетические радиальные ударные волны, приводило к заметному снижению уровня аминотрансфераз, что свидетельствует о улучшении процессов восстановления. На уменьшение активности гидролитических процессов указывает низкий уровень СЖК. Отмечается незначительное повышение количества холестерина, что свидетельствует об усилении метаболических про-

цессов в печеночной ткани. При рассмотрении морфологии печени наблюдалась слабая перипортальная мезинхимальная активность. Умеренная белковая дистрофия гепатоцитов. Балочное строение гепатоцитов хорошо сформировано. Полученные данные однозначно указывают на то, что низко-энергетические радиальные ударные волны стимулируют регенеративные процессы в печеночной ткани при экспериментальном гепатите. Результаты эксперимента свидетельствуют о выраженной гепатопротективной активности радиальных низкоэнергетических ударных волн, препятствующих развитию деструкции и метаболических нарушений в паренхиме печени, способствующих улучшению обмена жиров.

Выводы. В проведенных экспериментальных исследованиях установлен характер нарушений липидного обмена при хроническом воспалительном процессе в печени, который протекает с нарушением транспортных форм холестерина, и как следствие, происходит изменение жирнокислотного состава ткани печени, приводящего к образованию липидных инфильтратов. В результате эксперимента по влиянию низкочастотной ударно-волновой терапии отмечается определенная гепатопротективная активность, препятствующая развитию более глубоких деструктивных и метаболических нарушений в паренхиме печени, при этом способствующая частичному улучшению обмена жиров.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

МАХКАМОВА О.Д., УСМАНОВА Г.М., ЮСУПАЛИЕВА Г.А., ДАВИДХОДЖАЕВА А.А., АБЗАЛОВА Ш.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определение диагностической эффективности бактериальной деструкции легких у детей путём использования метода сонографии.

Материал и методы. В работе представлены результаты обследования 30 детей. Обследование включает в себя подробный сбор анамнеза, физическое исследование, анализы крови, комплексную сонографию в клинике ТашПМИ на ультразвуковых аппаратах Соноскейп 5000.

Результаты исследования. У 30 больных (12 мальчиков, 18 девочек) комплексным исследованием были установлены деструктивные поражения лёгких. В ранние сроки заболевания при выявлении обширного участка воспалительной трансформации легочной ткани с деструктивными изменениями было невозможно определить, как будет развиваться заболевание в дальнейшем: произойдет ли развитие крупного внутрилегочного абсцесса или возникнут бронхо-плевральные осложнения. В любом случае на фоне гиперэхогенного участка легочной паренхимы определялись неправильной формы гипо-анэхогенные участки деструкции паренхимы легкого. У детей с бактериальными деструкциями лёгких при динамическом эхографическом контроле в лёгочном инфильтрате появилось несколько анэхогенных мелких включений округлой (21 больных) и неправильной формы (9 больных) с ровными и неровными контурами, которые представляли собой формирующи-

еся очаги деструкции лёгочной ткани. При данном осложненном течении пневмонии безвоздушные участки увеличивались в размерах, несколько мелких очагов сливались в более крупные. Очагово-сливная форма сопровождалась нагноением. В этих случаях в безвоздушной части легкого появлялись небольшие участки несколько повышенной эхогенности, в центре которых затем возникали анэхогенные включения с нечетким контуром, которые были окружены эхопозитивным ободком. Такие участки часто были множественными и являлись также формирующимися очагами деструкции. Участок воспалительной инфильтрации легочной ткани определялся, как фрагмент безвоздушной легочной паренхимы с неровными контурами, отделяющими этот участок от непораженных частей легкого. На фоне безвоздушного фрагмента легкого определялись линейной или «ветвистой» формы фрагменты воздухоносных бронхов—так называемый, феномен «воздушной бронхограммы».

Вывод. Таким образом, возможность ранней диагностики и осложнений пневмоний у детей, отсутствие ионизирующего излучения и возможность динамического наблюдения выдвигает проблему ультразвуковой диагностики заболеваний органов грудной полости одной из актуальных в педиатрии и способствует своевременной диагностике и коррекции лечебно-оздоровительных мероприятий.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОСТЕОПЕНИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ПАСИЕШВИЛИ Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости ОП у лиц молодого возраста с СД 1 типа и разработка лечебных мероприятий.

Материал и методы. Обследовано 29 больных СД 1 типа в возрасте $24,5 \pm 6,2$ лет и длительностью заболевания от 2 до 14 лет; преобладали женщины (55,2%). Исследовались показатели общего и ионизированного кальция сыворотки крови, их распределение в биологических жидкостях и УЗИ костной ткани—денситометрия.

Результаты исследования. Отсутствие изменений в костной ткани при денситометрии

выявили в 4 случаях (13,8%); в 9 (31,0%)—остеопению и у 16 больных (55,2%) разной степени выраженности остеопороз. При исследовании показателей кальциевого обмена у больных с СД и ОП было выявлено снижение показателей ионизированного ($1,19 \pm 0,02$ ммоль/л при норме— $1,30 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,05$) и общего кальция сыворотки крови ($2,24 \pm 0,02$ ммоль/л при норме— $2,68 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,05$) с его перераспределением между биологическими жидкостями—кальциевый коэффициент составил $53,1 \pm 0,03\%$ при норме— $48,4 \pm 0,02\%$). Наличие

остеопении также сопровождалось изменением кальциевого баланса, что соответствовало показателям: $1,28 \pm 0,01$ ммоль/л, $2,54 \pm 0,02$ ммоль/л и $50,4 \pm 0,02\%$. Разработанная программа ведения таких больных включала: диетические рекомендации, назначение пищевых добавок в виде препаратов кальция (кальцецин, кальцецин-адванс, кальций Д3-никомед), а также препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей, в

частности, бивалоса, в основе которого лежит 2 г стронция ранелата. Бивалос назначали по 1 саше перед сном в 100 мл воды, курсом по 2 месяца 2 раза в год при остеопении и в течение не менее года – при остеопорозе. Такой лечебный подход позволяет контролировать состояние кальциевого гомеостаза и течение остеопенических состояний у пациентов с СД.

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

РАИМКУЛОВА Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Оценить состояние липидного спектра крови у больных подросткового возраста с нефротическим синдромом и его динамику в процессе патогенетической коррекции.

Материал и методы. В исследование были включены 40 больных хроническим гломеруло-нефритом (ХГН) с НС; средний возраст больных составил $14,29 \pm 0,80$ лет, длительность заболевания – $2,71 \pm 1,67$ лет. В качестве контрольной группы было обследовано 10 практически здоровых добровольцев, на что было получено согласие их родителей. Всем больным при поступлении (исходно) и через 3 мес. (на фоне патогенетической терапии назначались: преднизолон из расчёта $0,75\text{--}1\text{ мг/кг}$, фраксипарин $0,3\text{ мл е/д}$, курантил $25\text{ мг по }2\text{ т.}\times 3\text{ р. в день}$), проводилось исследование липидного спектра крови, включающее концентрацию свободного холестерина (Хс), триглицеридов (Тг), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП).

Результаты исследования. Среди 40 больных, включенных в исследование, исходные параметры липидного профиля крови у больных ХГН значительно отличались от показателей, характерных для здоровых лиц. Так, уровень концентрации Хс, Тг, ЛПНП и ЛПОНП был достоверно выше ($p < 0,01$) по сравнению с показателями контрольной группы, соответственно. А исходный уровень ЛПВП был достоверно снижен ($p < 0,01$) по сравнению с данными контрольной группы.

Через 3 месяца на фоне проводимой стандартной трёхкомпонентной патогенетической терапии уровень показателей липидного спектра в группе больных НС приближался к показателям контрольной группы.

Выводы. Таким образом, настоящее исследование выявило достоверное нарушение липидного спектра крови у больных ХГН с нефротическим синдромом. В связи с этим, необходимо всем больным ХГН с нефротическим синдромом исследовать липидный спектр крови с целью его коррекции.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

САБИТОВА В.И., ИНОЯТОВА Ф.И.

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

Цель исследования. Изучить показатели ремоделирования и гемодинамики сердца у детей с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ).

Материал и методы. Обследовано 94 детей с ХВГ (средний возраст – $12,6 \pm 0,4$). Больные хроническим гепатитом С (ХГС) составили $62,8\%$, хроническим гепатитом В (ХГВ) – $37,2\%$. Этиология устанавливалась методами ИФА и ПЦР. Все дети

находились в стадии репликации и выраженной активностью ХВГ. ЭКГ регистрировалась на аппарате BTL-08 SD (Великобритания). УЗИ сердца проводилось в М-модальном, двумерном и импульсном доплеровских режимах с помощью секторных датчиков $3,5\text{--}5,0\text{ МГц}$ (Philips HD3, Голландия). В качестве индикатора ранней дисфункции миокарда определялся биомаркер NT-proBNP

в сыворотке крови методом ИФА (Biomedica, Австрия). Группу контроля составили 30 практически здоровых детей.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у 84,7% детей с ХГС и 71,4 % детей с ХГВ выявлены изменения на ЭКГ. Синусовые аритмии ($68,4 \pm 8,5$), внутрижелудочковая блокада ($56,3 \pm 9,1$) и нарушения процессов реполяризации ($64,3 \pm 11,2$) регистрировались чаще у детей с ХГС, в отличие от детей с ХГВ— $38,2 \pm 9,7$; $21,7 \pm 6,5$ и $15,3 \pm 5,1$, соответственно, $p < 0,05$. Тогда как перегрузка правого желудочка ($24,6 \pm 8,7$), гипоксически-ишемические процессы в миокарде ($10,7 \pm 5,1$) и снижение сократимости ($22,5 \pm 8,8$) отмечались только у детей, больных ХГС. Для более точной оценки показателей гемодинамики и ремоделирования сердца детям выполнено эхоплеркардиографическое исследование. Наиболее выраженные структурные изменения также выявлены у детей с ХГС. Так, показатели геометрии левого желудочка (ЛЖ) сердца: ТМЖП, ТЗСЛЖ и ИММЛЖ были достоверно увеличены относительно группы детей с ХГВ— $0,94 \pm 0,04$; $0,92 \pm 0,02$; $100,1 \pm 1,8$ против $0,81 \pm 0,07$; $0,82 \pm 0,07$; $88,6 \pm 2,5$ ($p < 0,02$) и контроля $0,65 \pm 0,02$; $0,60 \pm 0,05$; $68,4 \pm 3,4$ ($p < 0,001$). У 18,6% больных ХГС и 11,4% ХГВ выявлена легочная гипертензия. Патологические типы ремоделирования ЛЖ статистически значимо ($p < 0,01$) чаще отмечались у детей с ХГС—88,1%

против 11,4% детей, больных ХГВ с преобладанием концентрического ремоделирования ЛЖ (8,5% при ХГС и 8,6%—ХГВ) и эксцентричной ГЛЖ (15,2% против 11,4%, соответственно). При оценке гемодинамики было установлено, что систолическая функция была сохранена у всех детей и соответствовала эукинетическому типу центральной гемодинамики. Анализ значимости диастолических нарушений ЛЖ установил более выраженные изменения у детей, больных ХГС, что проявлялось преобладанием псевдонормального (18,6%) и ригидного (15,2%) типов диастолической дисфункции (ДДФ) в отличие от детей с ХГВ, у которых ригидная ДДФ выявлялась у 5 (14,2%) больных, а псевдонормальный тип ДДФ—ни у одного ребенка ($p < 0,01$). Уровень NT-proBNP был достоверно выше у детей как с ХГС, так и с ХГВ в сравнении с группой контроля, $p < 0,01$, причем у больных ХГС показатели были выше относительно детей с ХГВ— $184,48 \pm 5,7$ и $92,46 \pm 1,8$, соответственно, $p < 0,001$.

Выводы. Повышение уровня NT-proBNP выявлено у всех детей, больных ХВГ, с наиболее высокими значениями при ХГС, что коррелировало с эхографическими показателями изменений гемодинамики и геометрии сердца. Выявленные данные свидетельствуют о субклинической дисфункции миокарда.

ВОЗДЕЙСТВИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

УСАНОВА С.Т., КАСИМОВА Г.М., УТЕМУРАТОВ Б.Б., ШАРИПОВА Р.М.

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

Цель исследования. Исследовать влияние среднечастотного диапазона ударно-волнового воздействия на синтез цитокинов и уровень белков острой фазы воспаления в регулировании клеточного метаболизма при экспериментальном атеросклерозе.

Материал и методы. Вызвана модель экспериментального атеросклероза у подопытных животных (по 10 кроликов в каждой группе эксперимента). Определен биохимический (ревмафактор, С-реактивный белок, липиды) и иммуноферментный (фактор некроза опухоли—(ФНО- α), интерлейкины (IL—1бета, IL—6, IL—10), как критерий воспалительного процесса в качестве контрольных показателей оценки влияния ударно-волнового воздействия.

Результаты исследования. Использование среднечастотных сфокусированных ударных волн при экспериментальном атеросклерозе сопровождается снижением уровня холесте-

на, триглицеридов и холестерина—липопротеидов низкой плотности. В результате воздействия среднечастотных сфокусированных ударных волн в клетках сердечной мышцы ускоряется метаболизм, способствующий улучшению состояния сердечной мышцы. На положительное влияние ударно-волновой терапии указывает снижение основного маркера воспаления С-реактивного белка, что приводит к уменьшению воспалительного процесса при экспериментальном атеросклерозе. Частичное снижение уровня провоспалительных цитокинов в процессе воздействия аппликатором генерирующего среднечастотные сфокусированные ударные волны, благоприятно влияет на клетки сердечной мышцы. Видимо, под действием ударной волны происходит активация внутриклеточных процессов, что приводит к частичной нормализации биохимических показателей крови. Это отражается в ускорении метаболизма сердечной мышцы, что подтверждается частичной стаби-

лизацией показателей крови экспериментальных животных. Стимуляция биологических механизмов создает оптимальные условия для восстановления поврежденной области и ускорения процесса восстановления тканей и роста клеток. Усиление реваскуляризации, хорошее кровообращение жизненно важно для процессов восстановления поврежденных тканей. Применение среднеэнергетической ударно-волновой терапии существенно увеличивают индикаторы роста, поддержания и регенерации тканей. Оба процесса стимулируют рост и возобновление новых артериол.

Выводы. Новые кровеносные сосуды улучшают кровообращение и насыщение кислородом, что приводит к быстрому восстановлению соединительной ткани. Частичное снижение уровня провоспалительных цитокинов и белков острой фазы воспаления в процессе воздействия аппликатором генерирующего среднеэнергетические сфокусированные ударные волны, благоприятно влияют на регулирование клеточного метаболизма и клетки сердечной мышцы при экспериментальном атеросклерозе.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

УСМАНОВА Г.М., ЮСУПАЛИЕВА Г.А., ВАХИДОВА Н.Т., МАХКАМОВА О.Д., АЛИМХАНОВА Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оптимизация диагностики острых пневмоний и их осложнений у детей путём применения ультразвукового сканирования в системе комплексного обследования больных.

Материал и методы. Объектом исследования явились 315 детей. Настоящее исследование основано на результатах комплексного клинического и инструментально-лабораторного обследования, проведённого в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ). Из них у 255 детей установлены острые пневмонии и их осложнения, а у 60 детей патологии со стороны лёгких не выявлено (контрольная группа). При проведении исследований применялись клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические исследования, а также метод математической статистики.

Результаты исследования. Настоящее исследование основано на результатах комплексного клинического и инструментально-лабораторного обследования 315 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет в отделениях клиники ТашПМИ.

У 255 детей установлены различные клинические формы острых пневмоний и лёгочные осложнения, а у 60 детей патологии со стороны лёгких не было выявлено (контрольная группа). Мальчи-

ков было 150, девочек 105. 182 (71,3%) детей поступили в клинику с различными клиническими формами пневмоний, а у 73 (28,7%) больных заболевание сочеталось с лёгочными осложнениями. Детализирована эхографическая семиотика острой пневмонии в зависимости от клинической формы воспалительного процесса, ранних признаков скопления выпота в плевральных синусах, формирующегося абсцесса, эмпиемы, пневмоторакса и пиопневмоторакса, способствующая своевременной диагностике и коррекции лечебно-оздоровительных мероприятий.

Выводы. Установлена высокая чувствительность, специфичность и диагностическая точность ультразвукового исследования при плевритах (100%), абсцессах ($96,6 \pm 3,4\%$; 100,0%; $96,6 \pm 3,4\%$), воспалительных инфильтратах ($91,2 \pm 2,1\%$; 100,0%; $96,7 \pm 1,3\%$), что выдвигает его в ряд высокоинформативных методов медицинской визуализации при перечисленных заболеваниях лёгких; Точность ультразвукового исследования значительно ниже рентгенологических данных при пневмотораксе и пиопневмотораксе ($85,0 \pm 8,0\%$). При перечисленных осложнениях острой пневмонии ультразвуковое сканирование следует сочетать с рентгенологическим исследованием.

ВЛИЯНИЕ ТАУРИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

ЭШОНОВ Ш.Н., СКОСЫРЕВА О.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность таурина в коррекции дислипидемии у больных сахарным диабетом (СД) II типа с диабетической нефропатией (ДН) III стадии по Могенсену.

Материал и методы. Обследовано 39 больных в возрасте $57 \pm 6,6$ лет с клиническим диагнозом СД II с ДН III стадии (по Могенсену), находившихся на стационарном лечении с последующим амбулаторным наблюдением в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА с октября 2014 года по май 2015 года. Состояние липидного спектра крови определялось в динамике по следующим показателям: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (Хс-ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (Хс-ЛПВП) и триглицериды (ТГ), также контролировался сахар крови и гликированный гемоглобин (HbA1). Контрольными точками исследования были 1, 10 и 30 лечения. Все больные получали стационарный курс комплексной терапии в соответствии с Национальными стандартами, часть из них (23) дополнительно получала таурин в виде препарата «Дибикор» в дозе 0,5 г по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 30 дней. Побочных явлений от проводимой терапии не отмечено.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования, у всех больных до лечения имелись сдвиги в липидном спектре крови в сочетании с гипергликемией. Так, уровень ОХ составил в среднем $6,71 \pm 1,1$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс-

ЛПНП $-3,46 \pm 0,31$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс - ЛПВП $1,31 \pm 0,33$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТГ $-2,5 \pm 0,52$ ммоль/л ($p < 0,05$), сахар крови в среднем составил $10,87 \pm 1,3$ ммоль/л ($p < 0,05$), HbA1 $-8,9 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$), соответственно. Десятидневный курс комплексной терапии в обеих группах больных не привел к достоверным изменениям параметров, кроме уровня гликемии, снизившейся у пациентов в среднем до $7,43 \pm 0,66$ ммоль/л ($p < 0,05$). К 30 дню лечения у больных, получивших только стандартную патогенетическую терапию, отмечена только четкая тенденции к улучшению лабораторных показателей. У пациентов, получавших дополнительно таурин, в эти же сроки лабораторные показатели в сравнении с исходными были следующими: уровень ОХ $-4,53 \pm 0,44$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс- ЛПНП $-2,38 \pm 0,60$ ммоль/л ($p < 0,05$), Хс - ЛПВП $-2,22 \pm 0,34$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТГ $-2,2 \pm 0,42$ ммоль/л ($p > 0,05$), сахар крови $-6,01 \pm 0,94$ ммоль/л ($p < 0,001$), соответственно.

Выводы. 1. У больных СД II типа с ДН III стадии (по Могенсену) имеется дисбаланс в липидном спектре крови в сторону повышения атерогенных фракций липопротеидов.

2. 30-дневный курс комплексной стандартной терапии не приводит к устранению дислипидемии.

3. Применение таурина в виде препарата «Дибикор» в течение 30 дней улучшает липидный спектр крови и уровень гликемии без значимого влияния на ТГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

ЮСУПАЛИЕВА Г.А., ИНОЯТОВА Ф.И.

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

Цель исследования. Улучшение диагностики хронических вирусных гепатитов печени у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в комплексной клинико-лучевой диагностике.

Материал и методы. проведено комплексное клиничко-лабораторно-эхографическое обследование 261 ребёнка с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), из них 206 (78,9%) детей с ХГВ, 36 (13,8%) детей с ХГС, 19 (7,3%) детей с ХГД. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковом сканере «Sonoscape

5000» конвексным датчиком частотой 3,5–5,0–7,5 МГц.

Результаты исследования. При интерпретации данных доплерографии у детей, больных ХВГ, отмечались изменения резистентности и скорости кровотока сосудов данные полученные при доплерографии у детей, больных ХВГ, свидетельствовали о повышении тонуса сосудов, о возможности сосудистого спазма, как следствие поражений стенок кровеносных сосудов, о ранних или выраженных признаках, склонных к синдрому портальной гипертензии. Выявленные наруше-

ния сосудистого русла позволяли в более ранние сроки диагностировать формирующуюся портальную гипертензию. Если по данным серошальных УЗ-исследований портальная гипертензия была выявлена только у 58% больных детей, то по данным доплерографии она присутствовала в 93,3% случаев. На основании данных доплерографии, ряд больных был переведен в смежные группы, что имело значение для дальнейшей тактики ведения этих больных: 14,0% детей с минимальной активностью были отнесены в группу умеренной, 26,0% больных с умеренной активностью – в группу выраженной и 37,0% детей с выраженными отклонениями гемодинамики сосудов были отнесены к группе риска по развитию цирроза печени. Результаты исследования позволили выделить основные и косвенные УЗ-признаки, позволяющие обнаружить скрытые или выраженные изменения в печени и селезенке, а также своевременно определить признаки портальной гипертензии. Основные признаки: спленомегалия, расширение вен воротной системы более 9 мм и селезеночной артерии более 7 мм, снижение линейных ско-

ростей кровотока (V_{min} , V_{max} , $TAMX$), повышение индексов сопротивления (PI и RI), снижение объемного кровотока (V_{vol}) по всем исследуемым артериям. Совокупность трех и более признаков свидетельствовала о формировании портальной гипертензии и возможности развития цирроза печени. Косвенные признаки – плотность капсулы печени, неровность контуров, извитой ход внутрипеченочных сосудов, наличие множественных разноплотных очагов уплотнения. Эти показатели имели высокую специфичность – 66,0% и оценивались как косвенные признаки портальной гипертензии и фиброзирования паренхимы печени у наблюдаемых больных детей.

Выводы. Доступность, относительная дешевизна, неинвазивность и отсутствие облучения ультразвукового исследования определяют его как первичный метод лучевой диагностики при патологии печени у детей. Применение современных технологий эхографии, включая доплерофлуометрию расширяет диагностические возможности клинициста, повышают информативность эхографии.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

ЮСУПАЛИЕВА Г.А., УСМАНОВА Р.М., ВАХИДОВА Н.Т., АБЗАЛОВА Ш.Р., АЛИМХАНОВА Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оптимизация диагностики различных клинических форм острых пневмоний у детей путём применения сонографии в комплексной диагностике больных.

Материал и методы. У 182 больных различными формами пневмонии установлены острые неосложнённые пневмонии. В преобладающем большинстве наблюдений поражение легкого было двухсторонним – у 158 (86,8%) больных. У 18 (9,8%) детей отмечена правосторонняя пневмония, а у 6 (3,4%) – левосторонняя пневмония. У всех 182 больных детей при обзорной рентгенографии грудной клетки определялось затемнение легочного поля, размеры которого зависели от распространённости поражения. Для определения его характера больным была выполнена эхография органов грудной полости.

Результаты исследования. Клинико-эхографически у 152 (83,5%) были диагностированы **очаговые**, у 8 (4,5%) очагово-сливные, у 20 (11%) полисегментарные, а у 2 (1%) долево-формы пневмонии. При эхографическом исследовании у 182 больных воспалительный инфильтрат лёгкого визуализировался в виде паренхиматозного гипохогенного участка с чёткими ровными наружными

контурами. Внутрилегочные контуры были нечёткими за счёт граничащей с инфильтратом воздушной лёгочной паренхимой. Форма пневмонического очага была различной. В случае очаговой пневмонии он имел округлую у 28, но чаще неправильную форму – у 125 больных, при очагово-сливных формах отмечались безвоздушные очаги пониженной эхогенности, которые сливались друг с другом (8 больных), при полисегментарной имел пирамидальную форму с основанием, обращённым к плевре (20 больных), в случае долево-пневмонии он повторял форму доли (2 больных).

Выводы. Точность эхографии в диагностике острых неосложнённых пневмоний, по нашим данным, составила $96,7 \pm 1,3\%$, а обзорной рентгенографии $80,2 \pm 3,0\%$. Исследования свидетельствуют о том, что эхография в диагностике воспалительных инфильтратов при неосложнённых пневмониях у детей обладает высокой информативностью. Эхография позволяет уточнить характер затемнения при рентгенографии и при обнаружении воспалительного инфильтрата – провести контроль эффективности лечения, без применения повторных ионизирующих методов диагностики.