

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 1, 2018

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2018. № 1

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:

Аляви Б.А. (Ташкент)
Арипов Б.С. (Ташкент)
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)
Рустомова М.Т. (Ташкент)
Тулабаева Г.М. (Ташкент)
Фозилов А.В. (Ташкент)
Хамраев А.А. (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 10.04.2018. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.
Усл. п.л. 18,5. Тираж 200. Заказ № 198.

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

СОДЕРЖАНИЕ

КАРДИОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ПАРАМЕТРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. <i>Расулова З.Д.</i>	5
ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ. <i>Абдукадирова Н.М., Маманазарова Д.К., Тулабоева Г.М.</i>	11
МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АЁЛЛАРДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЎРГАНИШ. <i>Эргашева М.Р., Зубайдуллаева М.Т., Ражабова Р.Ш.</i>	16
КОМОРБИДНОСТЬ–ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И МИГРЕНЬ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ПОДХОД К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ. <i>Саноева М. Ж.</i>	22
ОЦЕНКА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРОВОГО ДЕПО У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. <i>Дадажонов Ш.Н., Омаров Х.Б., Ражабова Р.Ш.</i>	27
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ. <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i>	32
NASLIY MOYILLIGI BOR OILALARDA OILAVIY GIPERXOLESTERINEMIYANING DIAGNOSTIKASI <i>Abbasov A.K., Usmonova G.</i>	40
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. <i>Искандерова С. Дж., Высогорцева О.Н., Мусеева Ш.З., Максудова М.Б.</i>	45
ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА. <i>Кенжаев М.Л., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Тухтаев А.А., Сайлиев Д.Р.</i>	50

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ <i>Аляви А. Л., Садыкова Г. А., Базарова С. А.</i>	53
ВОЗМОЖНОСТИ СВОБОДНЫХ КОМБИНАЦИЙ БУДЕСОНИДА И ФОРМОТЕРОЛА В ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>Арипов Б.С., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Садыкова Г.А.</i>	58
СОСТОЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Сабиржанова З.Т.</i>	61

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ГАСТРАЛ В КОМПЛЕКСЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ГАСТРИТАМИ <i>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З., Исламова Ш.З., Рустамова С.Т.</i>	64
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i> <i>Раимкулова Н.Р., Баратова Д.С.</i>	68
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УЗБЕКИСТАНЕ. ЛОКАЛЬНЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Каримов М.М., Исмаилова Ж.А., Дусанова Н.М., Саатов З.З., Дустмухамедова Э.Х.</i>	74

РЕВМАТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ <i>Ташпулатова М.М., Холиков О.Х.</i>	78
ОБЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В АСПЕКТЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Эгамбердиева Д.А., Абдурахманова Н.Ф., Эшонкулова О.А., Саидов Ш.Б.</i>	84
ФИБРОЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Гадаев А.Г., Тошева Х.Б., Элмурадов Ф.Х., Халилова Ф.А.</i>	86
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАТОВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>Ташпулатова М.М., Холиков О.Х.</i>	91

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ЁНДАШУВЛАР <i>Курбанов Р.Д., Абдуллаев Т.А., Шукуров Р.Т.</i>	94
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА В АСПЕКТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Эгамибердиева Д.А., Эшонкулова О.А., Абдурахманова Н.Ф., Саидов Ш.Б.</i>	98
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК И СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. <i>Гадаев А.Г., Халилова Ф.А., Элмурадов Ф.Х., Тошева Х.Б.</i>	100
ОСОБЕННОСТИ СПОРТИВНОГО СЕРДЦА. <i>Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш., Мухамедова М.Г.</i>	105
СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ ДЕКАДЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА <i>Нишонбоева Н.Ю., Буранова С.Н., Абзалова Д.А.</i>	111
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ. <i>Искандерова С.Дж., Высогорцева О.Н., Мусеева Ш.З., Маманазарова Д.К.</i>	115
ХАРАКТЕР БИОХИМИЧЕСКИХ СДВИГОВ У ЛИЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭМИРЧ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ТРУДА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИЗЛУЧЕНИЯ. <i>Хамидова Г.М., Каюмов У.К.</i>	120

ОБЗОРЫ

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. <i>Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б.</i>	124
СОЛЬ-ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ. <i>Мамедов М.Н.</i>	131
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Исхаков Ш.А., Узаков Ж.К., Азизов Ш.И., Юнусова Л.И.</i>	136
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САРТАНОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (Литературный обзор) <i>Тулабоева Г.М., Нуралиева Д.М., Сагатова Х.М., Азизова Ф.Ф.</i>	144

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ПАРАМЕТРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

РАСУЛОВА З.Д.

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

ХУЛОСА

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА МИОКАРДНИНГ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ ВА РЕМОДЕЛЛАНИШ ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ БИЛАН ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ

Расулова З.Д.

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

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор беморларда клиник кечиш, гемодинамик параметрлар ва буйракларнинг функционал ҳолати орасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганиш.

Тадқиқод материал ва усуллари: СЮЕ нинг I (50), II (100) и III (73) функционал синфли (ФС) юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бор бўлган 223та бемор текширилди. Беморлар MDRD формуласи бўйича ҳисоблаш йўли орқали коптокчалар филтрацияси тезлиги (хҚФТ) кўрсаткичига асосан 2 гуруҳга ажратилдилар: $\text{хҚФТ} \leq 60$ мл/мин/1,73м²–67 бемор ва $\text{хҚФТ} \geq 60$ мл/мин/1,73м²–156 беомр. Ҳамма беморларга баҳоланди: КХҶОШ ва ҳаёт сифати кўрсаткичи (ХС) Миннесот сўровномаси асосида, эхокардиография (ЭхоКГ), зардоб креатинини (Кр) даражаси, хҚФТ, пешобдаги ферментурия: аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза (АЛТ, АСТ, ИФ).

Тадқиқод натижалари. СЮЕ касаллигининг авж олгани сари $\text{хҚФТ} \leq 60$ мл/мин/1,73м² пасайиши, пешобдаги АЛТ, АСТ ва ИФ ферментларининг даражаси ортиши СЮЕ бор беморларда буйраклар дисфункциясининг эрта биокимёвий предиктори бўлиб, буйраклар функционал ҳолатининг ишонарли даражада бузилишларини акс эттиради. СЮЕ бор беморларнинг 30% ида $\text{хҚФТMDRD} \leq 60$ мл/мин/1,73м² пасайиши аниқланди.

$\text{хҚФТ} \leq 60$ мл/мин/1,73м² гуруҳ беморларида $\text{хҚФТ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² гуруҳига нисбатан ОДҶОТ кўрсаткичлари 14,1% ($p < 0,005$) га пастроқ, КХҶОШ кўрсаткичлари – 16% ($p < 0,005$) га юқорироқ эди. Систолик ва диастолик функцияларнинг кўрсаткичлари ва хҚФТ орасида боғлиқлик аниқланди: $\text{хҚФТ} \leq 60$ мл/мин/1,73м² гуруҳ беморларида $\text{хҚФТ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² гуруҳ беморлари кўрсаткичларига нисбатан чап қоринчанинг (ЧҚ) эрта тўлиш тезлиги $E - 6,7\%$ га ($p < 0,05$), ЧҚнинг отилиш фракцияси (ОФ) – 8,0%га ($p < 0,05$) пастлиги, охири систолик ҳажм (ОСХ) эса 9,8%га ($p < 0,05$) юқори эканлиги аниқланди, корреляцион коэффициент билан $r = 0,38$ ва $r = 0,46$ –хҚФТ ва тезлиги E орасида, ва $r = 0,40$ ва $r = 0,38$ хҚФТ ва ЧҚОФ шу гуруҳ беморларида.

Қалит сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, диастолик дисфункция, коптокчалар филтрацияси тезлиги, буйраклар дисфункцияси.

SUMMARY

CLINICAL-FUNCTIONAL CONDITION AND PARAMETERS OF THE MYOCARDIAL REMODELATION IN THE INTERRELATION WITH THE FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Rasulova Z.D.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan

Objective: To study the relationship between the clinical course, hemodynamic parameters and functional state of the kidneys in patients with chronic heart failure (CHF).

Material and methods. A total of 223 patients with ischemic heart disease (IHD) with I (50), II (100) and III (73) FC of CHF were examined. Patients were divided into 2 groups depending on the estimated calculated the rate of glomerular filtration (cGFR): cGFR_{MDRD} ≤60 ml/min/1,73m² n – 67 patients and cGFR ≥60 ml/min/1,73m² – 156 patients. All patients were evaluated: SACS and quality of life (QOL) (Minnesota questionnaire), echocardiography (EchoCG), serum creatinine (Cr), calculated method determined cGFR according to the formula MDRD, fermentation in the urine: alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, alkaline phosphatase (ALT, AST, AP).

Results. In patients with CHF, as the disease progresses, there is a significant impairment of the functional state of the kidneys, characterized by a decrease in cGFR ≤60 ml/min/1,73m², an increase in the level of ALT, AST and AP in the urine, which are early biochemical predictors of renal dysfunction in patients with CHF. There was a decrease in cGFR ≤60 ml/min/1,73m² in 30% of patients with CHF. In patients with cGFR ≤60 ml/min/1,73m², the SMWT values were reliably lower by 14,1% (p<0,005) and the SACS was 16% higher (p<0,005) compared to those in patients with cGFR ≥60 ml/min/1,73 m². The relationship between diastolic and systolic function and cGFR parameters was established: the early filling rate of the left ventricle (LV) E in patients with cGFR_{MDRD} ≤60 mL/min/1,73m² by 6,7% (p<0,05), LV ejection fraction (EF) by 8,0% (p<0,05) is lower, and volume E is 9,8% (p<0,05) higher in comparison with these parameters in patients with cGFR ≥60 ml/min/1,73m², with a correlation coefficient of r = 0.38, r = 0.46, respectively, between the cGFR and the volume E, r=0,40 and r=0,38 between cGFR and LVEF, respectively, in these patient groups.

Key words: chronic heart failure, diastolic dysfunction, glomerular filtration rate, renal dysfunction.

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: ИЗУЧИТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН).

Расулова З.Д.

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

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 223 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I (50), II (100) и III (73) функциональным классом (ФК) ХСН. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле MDRD: с рСКФ ≤60 мл/мин/1,73м² – 67 больных и с рСКФ ≥60 мл/мин/1,73м² – 156 больных. Всем пациентам проводилось: оценка ШОКС и качества жизни (КЖ) по Миннесотскому опроснику, эхокардиография (ЭхоКГ), определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), рСКФ, у 120 больных определение ферментурии в моче – аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, щелочная фосфатаза (АЛТ, АСТ, ЩФ).

Результаты исследования. У больных ХСН по мере прогрессирования заболевания отмечается достоверное нарушение функционального состояния почек, характеризующееся снижением рСКФ_{MDRD} ≤60 мл/мин/1,73м², повышением уровня ферментов АЛТ, АСТ и ЩФ в моче, которые являются ранними биохимическими предикторами дисфункции почек у больных ХСН. Выявлено у 30% больных ХСН снижение рСКФ ≤60 мл/мин/1,73м². Выявлено, что у больных с рСКФ ≤60 мл/мин/1,73м² – показатели ТШХ были достоверно на 14,1% ниже (p<0,005), а ШОКС – на 16% выше (p<0,005) по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ ≥60 мл/мин/1,73м². Выявлена зависимость между показателями диастолической и систолической функции и рСКФ: скорость раннего наполнения левого желудочка (ЛЖ) E у больных с рСКФ ≤60 мл/мин/1,73м² на 6,7% (p<0,05) ниже, фракция выброса (ФВ) ЛЖ на 8,0% (p<0,05) ниже, а конечно-систолический объем (КСО) на 9,8% (p<0,05) выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ ≥60 мл/мин/1,73м², с коэффициентом корреляции r=0,38, r=0,46, соответственно между рСКФ и скоростью E, r=0,40 и r=0,38 между рСКФ и ФВ ЛЖ, соответственно у этих групп больных.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, диастолическая дисфункция, скорость клубочковой фильтрации, дисфункция почек.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также одной из наиболее частых причин госпитализаций [7]. По данным последних рекомендаций (2016), в течение одного года умирают 17% госпитализированных и 7% стабильных (амбулаторных) пациентов с СН [5]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ХСН в странах Европы и США варьирует от 0,4% до 2%, значительно увеличивается с возрас-

том, достигая 10% у лиц старше 60 лет. У больных ХСН наличие почечной дисфункции является предиктором неблагоприятного клинического исхода [8]. Распространенность нарушения функции почек при ХСН колеблется от 25% до 60% [2]. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза в популяции ССЗ, при СКФ <60 мл/мин/1,73 м² риск смертности увеличивается в 2,1 раза, при сниженной систолической функции ЛЖ риск смерти пациентов при наличии почечной недостаточности (ПН) возрастает в 3,8 раза [6].

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между клиническим течением, гемодинамическими параметрами и функциональным состоянием почек у больных ХСН.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 223 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I (50), II (100) и III (73) функциональным классом (ФК) ХСН. Средний возраст больных составил $62,3 \pm 5,6$ лет. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от расчетной $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}}$: $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \leq 60$ мл/мин – 67 больных (29 больных – в 1 группе, 38 – во 2 группе) и $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \geq 60$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – 156 больных (89 больных – в 1 группе, 67 – в 2 группе). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев мужского пола, сопоставимого возраста. Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), клиническое состояние больных оценивали по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), КЖ исследовали с помощью «Миннесотского опросника КЖ при СН» (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), эхокардиографию (ЭхоКГ), доплерографию сосудов на уровне общей сонной артерии (ОСА), определяли уровень сывороточного креатинина (Кр) и ферментов в моче. Клиренс креатинина и СКФ высчитывали по расчетным формулам Кокрофта-Гаулта (Cockcroft-Gault) и формуле, полученной в исследовании MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) [5,6].

Таблица 1

Клиническая характеристика больных, включенных в протокол исследования

Группы больных	n (%)
Всего больных	223
Мужчины	139 (62,3%)
Женщины	84 (37,7%)
ХСН I ФК	50 (22,4%)
ХСН II ФК	100 (44,8%)
ХСН III ФК	73 (32,7%)
Больные с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \leq 60$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$	67 (30%)
Больные с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \geq 60$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$	156 (70%)
ГБ	210 (94,2%)
ПИКС	83 (37,2%)
ФП	15 (6,7%)
ЖЭС	18 (8,1%)
НЖЭС	12 (5,4%)

Примечание: ФП – фибрилляция предсердий, ЖЭС – желудочковая экстрасистолия, НЖЭС – наджелудочковая экстрасистолия

Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводилось с оценкой конечно-диастолического

размера ЛЖ (КДР), конечно-систолического размера ЛЖ (КСР), конечного систолического объема (КСО), конечного диастолического объема (КДО), фракции выброса (ФВ). Анализ диастолической функции по определению показателей: максимальной скорости раннего наполнения левого желудочка (Е), максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А), соотношения Е/А, DT – время замедления скорости потока в фазу раннего наполнения ЛЖ (мс), времени изоволюметрического расслабления левого желудочка (IVRT, мс).

Состояние азотвыделительной, ионрегулирующей и парциальных (клубочковой фильтрации) функций почек оценивалось по определению Кр сыворотки крови, ККр, pСКФ , ферментов в моче аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, щелочная фосфатаза (АЛТ, АСТ, ЩФ) которые определялись исходно и в динамике лечения у всех больных.

Статистический метод обработки данных.

Для статистической обработки данных использован программный пакет Microsoft Office Excel – 2013, включая использование встроенных функций статистической обработки с помощью программы STATISTICA – 6,0. Использовали методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (М), среднего квадратического отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определяли по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (Р) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера). За статистически значимые изменения приняли уровень достоверности $p < 0,05$. При сравнении групп по качественным признакам использовали критерии χ^2 . Для изучения зависимости между количественными переменными применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с ХСН по мере прогрессирования заболевания ухудшалось КЖ больных, с увеличением клинических проявлений ХСН, снижением толерантности к физической нагрузке больных с ХСН, что выражалось в уменьшении дистанции ТШХ, увеличении суммы баллов ШОКС, увеличении суммарного индекса КЖ в обеих группах.

Оценка показателей функционального состояния почек у больных с ХСН показало, что у 67 (30%) обследованных больных было выявлено снижение pСКФ ниже $60 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$ (рис.1), у 156 больных (70%) pСКФ более $60 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$, что свидетельствует о том, что

даже «изолированная» ХСН может приводить к нарушению функционального состояния почек. Анализ показателей рСКФ по группам показал, что у больных первой группы с I–III ФК ХСН у 29 больных (24,6%) рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м², у 89 больных (75,4%) рСКФ более 60 мл/мин/1,73 м²; у больных второй группы с I–III ФК ХСН у 38 больных (36,2%) рСКФ < 60 мл/мин, у 67 больных (63,8%) рСКФ более 60 мл/мин/1,73 м².

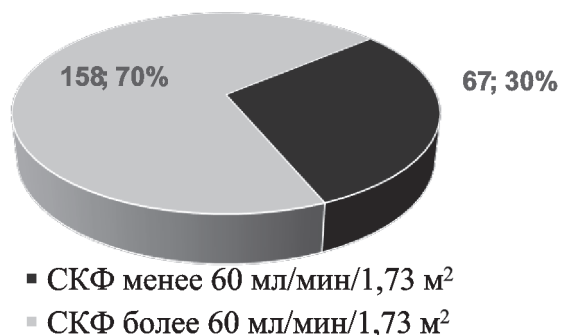


Рис.1. Структура дисфункции почек у больных ХСН.

Доказана ассоциация ТШХ и ШОКС от рСКФ. Анализ показателей ТШХ, ШОКС и КЖ у больных с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² показал достоверные различия ТШХ и ШОКС по сравнению с этими показателями у больных с рСКФ_{MDRD} > 60 мл/мин/1,73 м². У больных с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² сумма баллов ШОКС и ТШХ составили 6,93±2,0 баллов и 302,8±84,8 метров, соответственно. У больных с рСКФ_{MDRD} > 60 мл/мин/1,73 м²: ШОКС и ТШХ составили 6,0±2,25 баллов и 352,4±89,5 метров (рис.2). Показатель ТШХ у больных с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² был

на 14,1% (p<0,005) соответственно ниже, а ШОКС на 16% (p<0,005) выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ_{MDRD} ≥ 60 мл/мин/1,73 м².

Выявлена обратная высокая корреляционная зависимость ТШХ с показателями ШОКС (r=−0,91 и r=−0,91) и СИ КЖ по Миннесотскому опроснику (r=−0,88 и r=−0,86), средняя положительная корреляционная зависимость между показателями рСКФ_{MDRD} и ТШХ (r=0,41, r=0,48) в группах с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² и рСКФ_{MDRD} ≥ 60 мл/мин/1,73 м², соответственно.

Проведенный анализ показателей ремоделирования ЛЖ, диастолической функции в зависимости от ФК ХСН и рСКФ показал, что процесс патологического ремоделирования сердца сопровождается структурно-геометрической перестройкой ЛЖ с прогрессированием систолической и диастолической дисфункции, усиливающейся при нарушении функционального состояния почек.

Выявлена зависимость между показателями диастолической и систолической функции и рСКФ: скорость раннего наполнения ЛЖ Е у больных с рСКФ ≤ 60 мл/мин/1,73 м² на 6,7% (p<0,05) была достоверно ниже, ФВ ЛЖ – на 8,0% (p<0,05), а КСО на 9,8% (p<0,05) выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м²; отмечена средняя положительная корреляционная зависимость между рСКФ и скоростью раннего наполнения левого желудочка Е (r=0,38, r=0,46) и между рСКФ и ФВ ЛЖ (r=0,40, r=0,38) в группах больных с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² и рСКФ_{MDRD} ≥ 60 мл/мин/1,73 м² (r=0,38, r=0,46).

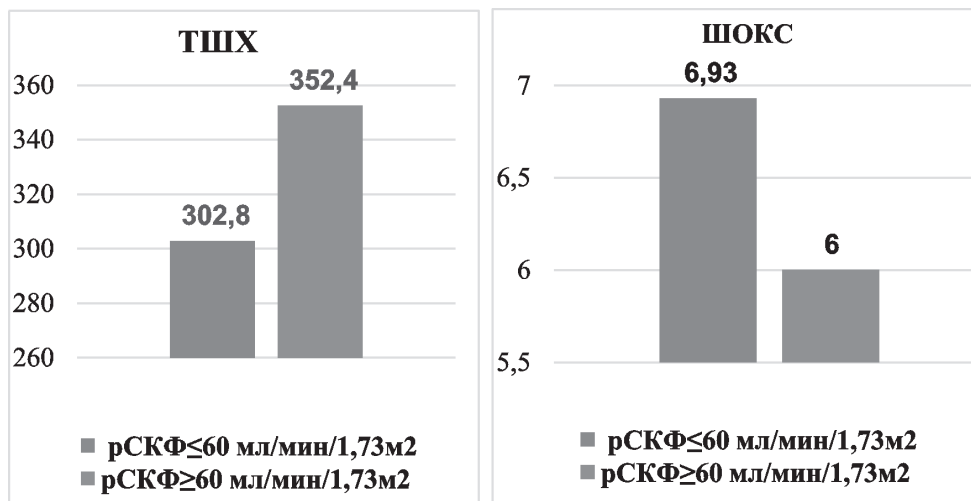


Рис. 2. Показатели ТШХ и ШОКС у больных с рСКФ менее и более 60 мл/мин/1,73 м²

Нарушения диастолической функции исходно были определены у 81,8% (185 больных) больных обеих групп. При этом I тип (замедленной релаксации) был зафиксирован у 59,3% (134 больных), II тип – (псевдонормальный) у 19,5% (44), III тип (рестриктивный) – у 3,1% (7) больных.

Выявлена зависимость между показателями диастолической и систолической функции и рСКФ: скорость раннего наполнения ЛЖ Е у больных первой и второй группы с рСКФ_{MDRD} ≤ 60 мл/мин/1,73 м² на 6,7% и 10,5% (p<0,05), ФВ ЛЖ на 8,4% и 8,0% (p<0,05) достоверно ниже

по сравнению с показателями больных с $\text{pСКФ} \geq 60$ мл/мин/1,73м². В группах больных с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \leq 60$ мл/мин/1,73м² и $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \geq 60$ мл/мин/1,73м² отмечена средняя положительная корреляционная зависимость между pСКФ и скоростью раннего наполнения левого желудочка Е ($r=0,38$, $r=0,46$), между pСКФ и ФВ ЛЖ ($r=0,40$, $r=0,38$).

У больных с I–III ФК ХСН данные доплерографии БЦС на уровне ОСА показали, что прогрессирование ХСН ассоциируется с сосудистым ремоделированием с уменьшением усредненной скорости кровотока V_{mean} , скорости кровотока в диастолу V_d и систолу V_s , увеличением индекса **индексов резистентности**

RI и пульсативности **PI**, как основных показателей периферического сопротивления и достоверным утолщением стенки ТИМ по сравнению с контролем, полученные данные также подтверждаются данными ряда авторов [1].

Установлено достоверное повышение уровня ферментов в моче АЛТ, АСТ и ЩФ у больных со I–III ФК ХСН по сравнению с показателями контроля (рис.3), повышение уровня ферментов в моче может служить ранним маркером оценки тубулоэпителиального аппарата почек, и можно считать достоверным предиктором дисфункции почек у больных ХСН, что подтверждается данными ряда авторов [4].

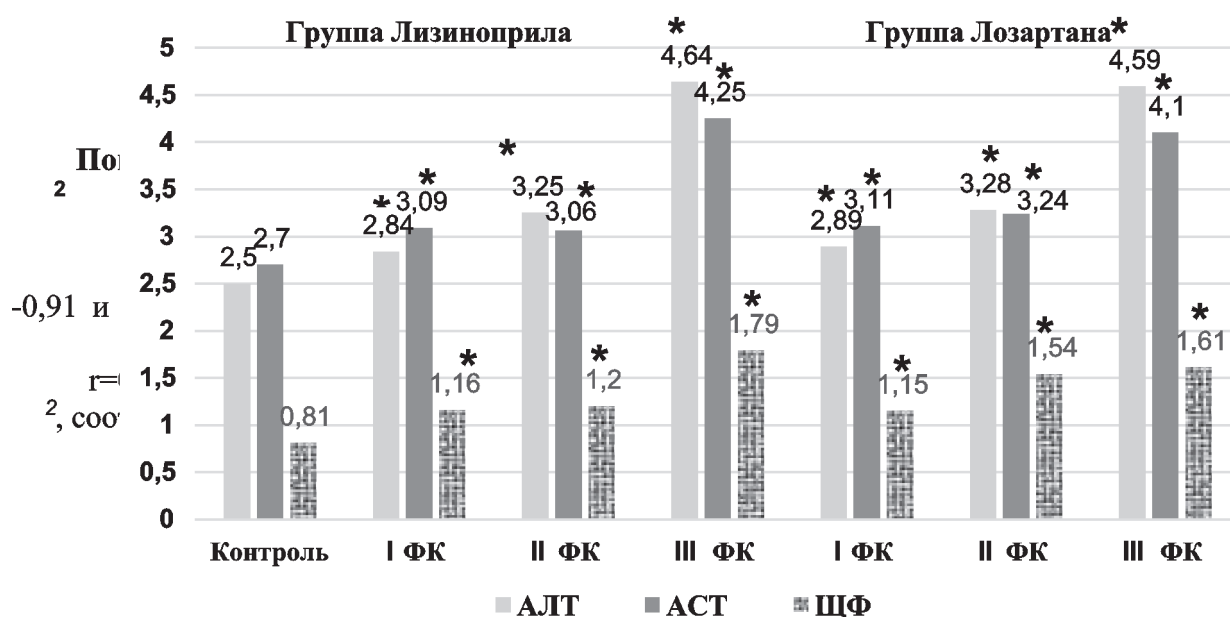


Рис.3. Показатели ферментурии у больных первой и второй группы с I – III ФК ХСН

ВЫВОДЫ

У больных ХСН по мере прогрессирования заболевания отмечается достоверное нарушение функционального состояния почек, характеризующееся снижением $\text{pСКФ} \leq 60$ мл/мин/1,73м², повышением уровня ферментов АЛТ, АСТ и ЩФ в моче, которые являются ранними биохимическими предикторами дисфункции почек у больных ХСН. Выявлено снижение $\text{pСКФ} \leq 60$ мл/мин/1,73м² у 30% больных ХСН. Гиперферментурия (повышение уровня ферментов АЛТ, АСТ и ЩФ), как маркер, характеризует дисфункцию гломерулярного и тубулярного аппаратов почек.

У больных с ХСН с прогрессированием заболевания отмечается ухудшение функции почек, клинического течения заболевания, сопровождаемое снижением толерантности к физической нагрузке по ТШХ и ухудшением качества жизни, которое было наиболее выражено у больных с наличием дисфункции почек. Выявлена обратная высокая корреляционная зависимость ТШХ с по-

казателями ШОКС ($r=-0,91$ и $r=-0,91$) и СИ КЖ по Миннесотскому опроснику ($r=-0,88$ и $r=-0,86$) в обеих группах, соответственно; отмечалась средняя положительная корреляционная зависимость между показателями pСКФ и ТШХ в группах больных с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \leq 60$ мл/мин/1,73м² и $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \geq 60$ мл/мин/1,73м² ($r=0,41$, $r=0,48$). У больных с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \leq 60$ мл/мин/1,73м² –показатель ТШХ был достоверно ниже на 14,1% ($p<0,005$), а ШОКС выше –на 16% ($p<0,005$) по сравнению с данными показателями у больных с $\text{pСКФ}_{\text{MDRD}} \geq 60$ мл/мин/1,73м².

У больных ХСН при увеличении ФК ХСН процесс патологического ремоделирования сердца сопровождается структурно-геометрической перестройкой ЛЖ с прогрессированием систолической и диастолической дисфункции с преобладанием нарушения диастолической дисфункции по типу замедленной релаксации у 59% больных, а у больных с III ФК ХСН увеличение рестриктивного типа нарушения диастолической функции

ЛЖ. Выявлена зависимость между показателями диастолической и систолической функции и рСКФ: скорость раннего наполнения ЛЖ Е у больных с рСКФ $\leq$ 60 мл/мин/1,73м² на 6,7% (p<0,05) была достоверно ниже, ФВ ЛЖ—на 8,0% (p<0,05), а КСО на 9,8% (p<0,05) выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ $\geq$ 60 мл/

мин/1,73м²; отмечена средняя положительная корреляционная зависимость между рСКФ и скоростью раннего наполнения левого желудочка Е (r=0,38, r=0,46) и между рСКФ и ФВ ЛЖ (r=0,40, r=0,38) в группах больных с рСКФ_{MDRD} $\leq$ 60 мл/мин/1,73м² и рСКФ_{MDRD} $\geq$ 60 мл/мин/1,73м² (r=0,38, r=0,46).

ЛИТЕРАТУРА

1. Беловол А.Н., Михайлова Ю.А., Петюнина О.В., Лапшина Л.А. Особенности кардиогемодинамики, изменений маркеров дисфункции почек и цитокиногенеза при хронической сердечной недостаточности и хронической сердечной недостаточности в сочетании с хронической болезнью почек//Украинский терапевтический журнал, 2012; 3–4: 20–25.
2. Ефремова Е.В., Шутов А.М. Клинические особенности, качество жизни и прогноз больных с хроническим кардиоренальным синдромом//Нефрология, 2015; 19(2): 63–67.
3. Жантудуева А.И., Батюшин М.М., Уметов М.А. Дисфункция почек у больных ишемической болезнью сердца//Кардиология, 2015; 1: 29–32.
4. Камилова У.К., Аликулов И.Т. Оценка показателей дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью//Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 2 (13): 51–54.
5. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016//Российский кардиологический журнал, 2017; 1 (141): 1–81.
6. Akbari A., Clase C.M., Acott P., Battistella M. et al. Canadian Society of Nephrology Commentary on the KDIGO Clinical Practice Guideline for CKD Evaluation and Management//Am J Kidney Dis, 2015; 65(2): 177–205.
7. Krum H., Driscoll A. Management of heart failure, 2013; Med J: 199 (5): 334–339.
8. Plischke M., Neuhold S., Kohl M. et al. Renal function in heart failure: a disparity between estimating function and predicting mortality risk//Eur J Heart Fail, 2013; 15(7): 763–770.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

АБДУКАДИРОВА Н.М., МАМАНАЗАРОВА Д.К., ТУЛАБОЕВА Г.М.

*Ташкентский педиатрический институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан*

ХУЛОСА

ДИНАМИКАДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАРИ КУРСАТКИЧИ БЕМОРЛАРДА ХАЕТ СИФАТИНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА УРГАНИШ САМАРАДОРЛИГИ.

Абдукадирова Н.М., Маманазарова Д.К., Тулабоева Г.М.

Ташкент Педиатрия институти, Ташкент Врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистон

Мақсад: метаболик бузулишлари бор гипертония касаллиги билан ҳасталанган беморларда тиббий кўрик ўтказишни ҳар хил оралиғларида тана вазни индекси кўрсаткичини амбулатор шароитда ўрганишнисамарадорлиги. Артериал гипертензия I–II даражаси билан касаллаган (ВОЗ/МОАГ (1999 г)) 190 нафар 33–65 ёшли беморлар (шу жумладан 99та эркак ва 91 аёл) текширувдан ўтказилган. 3 ва 6 ойлик динамик кузатувдан сўнги–II даражадаги АГли беморларда тана вазни индекси (ТВИ) пасайиши қайдэтилди. Артериал қон босими I даражали беморларда ҳар 12ойда бир марта кузатилган беморларда ТВИ ўзгаришсиз қолди.

Қалит сўзлар: артериал гипертензия, семизлик, тана вазни индекси.

SUMMARY

STUDY OF QUALITY OF LIFE AND COMPLICATION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH METABOLIC DISTURBANCES, DEPENDING ON THE MULTIPLICITY OF THE DYNAMIC OBSERVATION.

Abdukadirova N.M., Mamanazarova D.K., Tulaboeva G.M.

Tashkent Pediatric Institut, Tashkent Institut Improvement of doctors, Uzbekistan

The goal is to study affiance of medical examination of various frequency rate on a body mass index in patients with arterial hypertension in out-patient conditions. It is examined 190 patients with arterial hypertension in the 1–3 stages (WHO–ISH (1990) and PMC–4). With obesity in the 1–3stages including 29 men end 91 women aged 35–65. At dynamic observation with the frequency rate once in 3–6months was a recorded BMI decrease in patients with AH Disease in the 1–3stage; once in 12 month BMI remained with out dynamics only in patients with AH disease in the 1stageby 12 months cases it is noted BMI increase.

Key words: arterial hypertension, obesity, body mass index.

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Абдукадирова Н.М., Маманазарова Д.К., Тулабоева Г.М.

Ташкентский педиатрический институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: изучение качества жизни у больных с АГ и метаболическими нарушениями в зависимости от кратности динамического наблюдения. Обследовано 120 больных с артериальной гипертензией I–III степени (ВОЗ/МОАГ (1999 г)) с ожирением I–III степени, в том числе 29 мужчин и 91 женщина в возрасте 35–65 лет. Установлено, что между кратностью динамического наблюдения и показателями КЖ прослеживается положительная корреляционная связь ($r=0,52$, $p<0,05$). То есть, диспансерное наблюдение может быть рассмотрено как самостоятельный фактор, позволяющий улучшать КЖ больных АГ с метаболическими нарушениями.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, индекс массы тела.

Артериальная гипертония (АГ) является широко распространенным заболеванием в современный период. Актуальность проблемы возрастает в связи с высокой частотой встречаемости данного заболевания у больных пожилого возраста

и большим процентом смертности от сердечно-сосудистых осложнений (ССО), вследствие длительного течения АГ [1,2]. По данным Р.Г. Оганова и соавт. (2002), в 90% наблюдений АГ сочетается с различными компонентами метаболического синдрома

(МС). Крупномасштабные эпидемиологические исследования (Фрамингемское, MRFIT – Multiple Risk Factor Intervention Trial) среди больных АТ подтвердили частое сочетание с нарушениями липидного, углеводного обменов, которые приводят к экспоненциальному росту риска развития ССО. Согласно данным проспективных исследований, лежащая в основе МС инсулинорезистентность (ИР) в 50% случаев прогнозирует развитие ишемической болезни сердца (ИБС) и её осложнений в ближайшие годы [3,5]. Изучение данной проблемы в настоящее время актуально, так как до сих пор смертность больных от ССО составляет наибольший процент летальности в мире.

Метаболический синдром в популяции, по данным различных авторов, встречается в 10–24% случаев. Сочетание АГ и метаболических нарушений несет в себе угрозу преждевременной инвалидизации и смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Так, если при сахарном диабете 2-го типа без сопутствующей АГ риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) повышается в 2–3 раза, хронической почечной недостаточности – в 15–20 раз, полной потери зрения – в 10–20 раз, то при присоединении АГ риск этих осложнений возрастает еще в 2–3 раза [2,3,4]. **Исходя из выше изложенных данных, целью данного исследования явилось:** изучение качества жизни у больных с АГ и метаболическими нарушениями в зависимости от кратности динамического наблюдения.

Материалы и методы исследования

Исследование было клиническим, сравнительным, в параллельных группах, длительностью 12 месяцев, проводилось согласно поставленной цели и задачам. В исследование были включены 120 больных с АГ и МС в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $55,2 \pm 1,3$ лет), среди них 91 женщина (75,8%, средний возраст $56,1 \pm 1,5$ лет) и 29 мужчин (24,2%, средний возраст $50,5 \pm 1,1$ лет).

Из включенных в исследование пациентов, в зависимости от кратности диспансеризации, были сформированы три группы:

– 1-я группа (52 человека) наблюдалась у кардиолога один раз в 3 месяца;

– 2-я группа (38 человек) – один раз в 6 месяцев;

– 3-я группа (30 человек) – один раз в 12 месяцев.

Контрольные визиты в 1-й группе осуществлялись один раз в 3 месяца, во 2-й группе один раз в 6 месяцев, в 3-й группе один раз в 12 месяцев.

В конце исследования (через год) из 52 пациентов в 1-й группы остались 42 пациента, из 38 во 2-й группе 29, из 30 в 3-й группе 30 пациентов.

Антропометрическое обследование включало измерение роста, массы тела, окружности талии в сантиметрах на уровне пупка и окружности бедер на уровне верхней трети бедра (уровень галифе). Для оценки степени АГ определение АД по методу Короткова, проводилось двухкратно тонометром с точностью до 2 мм.рт.ст. Если по результатам хотя бы одного измерения ДАД было меньше 90 мм.рт.ст. и САД меньше 140 мм.рт.ст., то считали, что у пациента лабильное течение АГ. Стабильную АГ диагностировали при САД 140–179 и ДАД 90–109 мм.рт.ст. при всех измерениях (что соответствует АГ I–II ст по ВОЗ/МОАГ 1999г.). Для исключения гипертонии «белого халата» и контроля эффективности проводимой терапии, каждой пациентке рекомендовали, двух кратное (утром и вечером) измерение АД в домашних условиях с заполнением дневников. У всех больных регистрацию ЭКГ в 12 общепринятых отведениях проводили с помощью аппарата «BIOSET». Исследование качества жизни проводилось с помощью методики «SF-36». Вопросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни (КЖ) и дают полное представление, как о физическом, так и о психическом компонентах здоровья. В результате расчетов получают показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий КЖ, имеющие значение от 0 до 100, причем более высокий показатель указывает на более высокий уровень качества жизни. Методика была валидизирована при исследовании лиц, относящихся к различным популяциям. Она включает 36 вопросов, подразделённых на 8 концепций здоровья (шкал):

1. *PF (ФФ) – физическое функционирование (степень ограничения*

выполнения различных физических нагрузок).

2. *RP (РФ) – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья (влияние физического состояния на выполнение работы или повседневной деятельности).*

3. *RE (РЭ) – ролевые ограничения, обусловленные личными или*

эмоциональными проблемами (влияние эмоционального состояния на выполнение работы или повседневной деятельности).

4. *EF (ЭУ) – энергичность/усталость (ощущение прилива жизненных сил и энергии или усталости и бессилия).*

5. *EW (ЭС) – эмоциональное самочувствие (наличие изменений в психо-эмоциональной сфере).*

6. *SF (СФ) – социальное функционирование (степень ограничения социальной активности).*

7. *BP (ТБ) – телесная боль (интенсивность боли и ее влияние на занятие повседневной деятельностью и работой).*

8. *GH (ОВ)–общее восприятие здоровья (оценка пациентом своего общего состояния здоровья и перспектив на будущее).*

9. *НС (СС)–сравнение самочувствия с предыдущим годом.*

Оценка производилась в баллах, более высокий балл соответствует лучшему

состоянию здоровья. В настоящее время «SF-36» считается «золотым стандартом» общих методик оценки качества жизни.

Статистическая обработка результатов

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием статистического пакета «Statistica v.6.0» (Statsoft Inc., USA). Рассчитывалось среднее арифметическое (М), ошибка среднего (m). Нормальность распределения выборки оценивалась по критерию Колмогорова–Смирнова. Достоверность различий между величинами определялась с помощью t-критерия Стьюдента при нормальном распределении при-

знака, при распределении признака, отличного от нормального – с помощью непараметрического метода Манна–Уитни. Для анализа качественных признаков использовались точный критерий Фишера и χ^2 . Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Для установления взаимосвязи признаков проводили корреляционный анализ по Пирсону (при нормальном распределении признака) или по Спирмену (при распределении признака, отличного от нормального).

Результаты исследования. В течение года в 1-группе гипертонический криз (ГК) был зафиксирован у 2 из 49 больных (10%). Во 2-й группе из 29 гипертонический криз (ГК) был зафиксирован у 13 (16,67%) больных, умер 1 (5,56%) пациент, ОНМК зафиксировано у 1 (5,56%), ОИМ перенес 1 (5,56%). В 3-й группе из 29 у 15 (50%) зафиксирован ГК, умер 1 (7,69%) человек, ОНМК перенесли 2 (15,38%), ОИМ – 2 (15,38%).

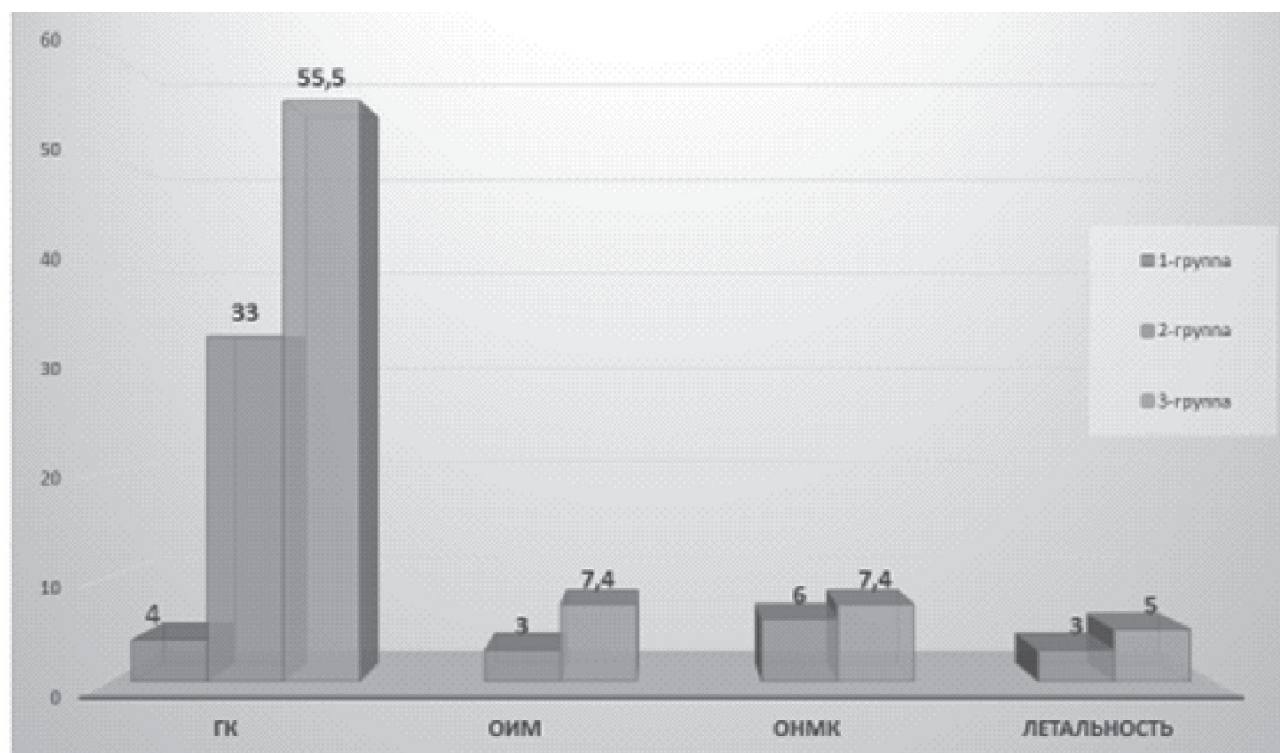


Рис. 1. Частота осложнений в обследуемых группах

Госпитализация, связанная с прогрессированием нарушений углеводного обмена, была зафиксирована в течение года у 3 (6,1%) больных 1-й группы, у 5 (8,1) % больных 2-й и у 7 (25%) больных 3-й группы.

У больных 1-й группы, наблюдавшихся один раз в 3 месяца, госпитализации, связанные с прогрессированием АГ и нарушениями углеводного обмена, встречались статистически достоверно реже, чем во 2-й и 3-й группах.

У больных, наблюдавшихся у врача – кардиолога один раз в 3 месяца (1-я группа),

было выявлено достоверное улучшение КЖ по категориям, характеризующим физический компонент здоровья – «ролевые ограничения вследствие физических проблем» – на 11,73%, «восприятие общего здоровья» – на 9,85%, а также по категориям психического компонента здоровья: «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» – на 36,80%, «психическое здоровье» – на 11,85% ($p < 0,05$).

Качество жизни больных, посещавших кардиолога один раз в 6 месяцев (2-я группа) в конце исследования, снизилось, достоверно

по шкале: «физическое функционирование» на 9,84%, то есть произошло ухудшение физической составляющей качества жизни, по остальным шкалам существенной динамики не отмечалось.

У больных, наблюдавшихся один раз в 12 месяцев (3-я группа), отмечалось достоверное снижение КЖ по всем шкалам опросника по сравнению с исходными значениями: «физическое функционирование» – на 24,73%, «ролевые ограничения вследствие физических проблем» – на 19,04%, «физические боли» – на 35,08%, «восприятие общего здоровья» – на 23,50%, «энергичность/ жизнеспособность» – на 17,12%, «социальное функционирование» – на

13,28%, «ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем» – на 33,33%, «психическое здоровье» – на 21,63%.

Таким образом, страдали оба компонента здоровья, но в большей степени – физический. Так как во 2-й и 3-й группах отмечалось снижение показателей КЖ в течение 12 месяцев наблюдения, то было решено сравнить выраженность этих изменений. При сравнении КЖ больных 2-й и 3-й групп, в последней отмечалось статистически достоверное снижение ЮК по таким шкалам, как: «физическое функционирование», «физические боли», «энергичность/ жизнеспособность»

Таблица № 1

Изменения качества жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями в зависимости от кратности динамического наблюдения (M±SD)

Шкалы качества жизни	1- группа		2- группа		3-группа	
	Исходно (n=52)	Через год (n=49)	Исходно (n=38)	Через год (n=28)	Исходно (n=30)	Через год (n=27)
1. Физическое функционирование	60,63 ± 12,47	62,50 ± 14,32	62,25 ± 9,85	56,67 ± 14,78 *+	61,98 ± 11,14	49,69 ± 18,05
2. Ролевые ограничения вследствие физических проблем	52,08 ± 10,90	58,19 ± 15,09 *	52,50 ± 11,91	49,58 ± 14,91 +	52,08 ± 11,34	43,75 ± 19,64
3. Физические боли	63,61 ± 14,42	65,83 ± 15,59	63,58 ± 13,99	58,50 ± 17,60	64,58 ± 14,36	47,81 ± 20,37 *,0
4. Восприятие общего состояния здоровья	55,76 ± 11,89	61,25 ± 14,04 *	54,42 ± 11,76	51,67 ± 14,25 +	57,50 ± 11,98	46,56 ± 18,31 *+
5. Энергичность/ Жизнеспособность	54,38 ± 11,75	56,67 ± 14,58	56,83 ± 8,88	54,92 ± 13,36	56,98 ± 8,86	48,65 ± 18,01
6. Социальное функционирование	49,83 ± 11,45	52,79 ± 14,97	48,53 ± 10,94	46,18 ± 13,84 +	49,21 ± 11,22	43,44 ± 16,41 *+
7. Ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем	41,28 ± 21,35	56,47 ± 22,64 *	39,60 ± 16,97	37,95 ± 15,87 +	44,00 ± 17,13	33,00 ± 22,58 *+
8. Психическое здоровье	52,47 ± 12,20	58,69 ± 14,63	49,63 ± 11,01	54,03 ± 66,72	50,83 ± 11,87	41,79 ± 19,01

Примечание: 1) достоверность отличий показателей через год от исходных представлена: * – $p < 0,05$; 2) достоверность отличий от такового показателя в группе 1 представлена: + – $p < 0,05$; 3) достоверность отличий от такового показателя в группе 2 представлена: ° – $p < 0,05$.

Отрицательная динамика КЖ во 2-й и в 3-й группах, по всей видимости, была связана с нестабильностью сомато-висцеральных показателей, вследствие недостаточности контроля за состоянием пациентов в амбулаторных условиях.

Основными итогами анализа КЖ больных АГ с метаболическим синдромом можно назвать следующее.

Наибольшие ограничения испытывают респонденты не в выполнении ими физических нагрузок, а в исполнении социальных ролей, в общении, осу-