

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 2, 2019

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2019. № 2

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)
Рустамова 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 24.04.2019. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.
Усл. п.л. 18,5. Тираж 200. Заказ № 266.

Дизайн и печать ООО «Niso poligraf». Ташкентская область, Урта Чирчикский район,
ССГ «Ок-ота», махалля Машъал, улица Марказий, дом 1.

**РЕСПУБЛИКАНСКОМУ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМУ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМУ
ЦЕНТРУ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
(в прошлом НИИ курортологии и физиотерапии им. Н.А. СЕМАШКО)
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН – 100 лет**

История центра – это частица истории нашей республики, в которой нашли отражение основные этапы развития здравоохранения и медицинской науки Узбекистана.

Днем основания института физических методов лечения является 6 февраля 1919 г., когда было принято решение о реорганизации национализированной больницы братьев Слоним в Институт физических методов лечения и рентгенологии. Директором института был назначен профессор Слоним Соломон Ильич.

В июле 1931 г. было принято решение о реорганизации института в чисто физиотерапевтическое учреждение и выделения из его состава НИИ травматологии и ортопедии и НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии.

В 1932 г. институт был переименован в государственный научный институт физиотерапии и курортологии им. Н.А. Семашко.

25 февраля 1946 г. главным врачом клинической больницы им. Н.А. Семашко был назначен Я.К. Муминов, который в мае 1949 г. был утвержден директором. Он оставался на этом посту 28 лет и внес большой вклад в дело дальнейшего развития института физиотерапии и курортологии.

В послевоенные годы работы по изысканию и изучению курортных ресурсов стали проводиться в более широких масштабах. Был установлен контакт с организациями, занимающимися бурением скважин, изучен ряд месторождений минеральных вод, которые оказались ценными в бальнеологическом отношении и были рекомендованы для практического применения (Чартак, Ташминводы, Чимион, Кизилтепа, Южный Аламышик, Палванташ, Джейран-хана).

В 1951–1960 годы институтом была выдвинута идея создания специализированных физиотерапевтических больниц на базе минеральных вод, которая получила признание и была впоследствии внедрена в масштабе всей страны.

1981–1990 гг. научные изыскания в этот период проводились по важнейшим направлениям курортологии и физиотерапии.

Научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и физиотерапии (НИИ МРиФТ) МЗ РУз с 1988 до 1999 года возглавлял академик АН РУз Юлдашев Карим Юлдашевич. Основные научные направления, по которым проводились исследования в этот период, были связаны с изучением механизмов действия новых физических факторов, их эффективности при профилактике, лечении и реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов. В августе 1990 г. на базе областной физиотерапевтической больницы «Джайронхана» создан Термезский филиал НИИ медицинской реабилитации и физической терапии.

В 1999 году директором НИИ медицинской реабилитации и физиотерапии МЗ РУз назначен доктор медицинских наук, профессор Аляви Анис Лютфуллаевич.

2000–2009 гг. характеризуются структурными изменениями в жизни НИИ МР и ФТ, который в 2007 году был переименован в Научно-исследовательский институт терапии и медицинской реабилитации, а по постановлению Кабинета Министров от 21 мая 2009 года реорганизован в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации (РСНПМЦТ и МР).

С ноября 2014 года функционирует отделение интервенционной кардиологии – одно из основных структурных подразделений центра. В отделении пациентам с различной сердечно-сосудистой патологией проводятся высокотехнологичные вмешательства – баллонная ангиопластика, стентирование коронарных сосудов и сосудов нижних конечностей.

РСНПМЦТ и МР является методическим центром терапевтической службы и оказывает консультативно-практическую помощь, проводит широкомасштабный углубленный терапевтический осмотр населения в регионах страны. Регулярно проводятся семинары, мастер-классы, совещания с участием терапевтов, региональных главных специалистов областей по развитию и улучшению терапевтической службы. Внедряются новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.

В 2017 г. директором РСНПМЦТ и МР стал доктор медицинских наук Бахромхон Анисханович Аляви.

Сотрудники Центра повышают профессиональный уровень в ведущих учреждениях зарубежных стран, таких как Испания, Финляндия, Италия, Россия, Венгрия, Нидерланды, Республика Корея, Франция, Чехия, Болгария, Австрия, Польша, Индия и Турция.

Ведется активная работа по международному сотрудничеству и Центр имеет договора с 7 зарубежными научно-исследовательскими центрами и клиниками (США, Индии, Украины и России).





ТЕЗИСЫ

Республиканской Юбилейной научно-практической конференции «Инновационные подходы к диагностике и лечению терапевтических заболеваний»

1–2 мая 2019 г., г. Ташкент

Кардиология

CONTINUOUS MONITORING OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION MARKERS IN LIVER AND KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

GRIGORENKO E.A., RUMMO O.O., MITKOVSKAYA N.P.

*Belarusian state medical University, Minsk scientific and practical center of Surgery;
Transplantation and Hematology, Minsk. Belarus*

Research Objective was to carry out a continuous monitoring of endothelial dysfunction markers in liver and kidney transplant recipients at the stages when they were included into the waiting list and during the long-term (12 months) postoperative period.

Materials and Methods. 164 patients were examined: 75 recipients who had undergone orthotopic liver transplantation (group 1), and 89 patients who had undergone kidney transplantation (group 2). The research had a prospective nature, which presupposed inclusion of the patients into the research groups at the stage when they were on the waiting list.

Results. The recipients of liver and kidney transplants showed an enhanced concentration of D-dimers ($704,5 \pm 32,71$ ng/ml and $403,5 \pm 24,82$ ng/ml, $p < 0,05$) and of the Willebrand factor ($138,5 \pm 24,21\%$ and $187,1 \pm 19,82\%$, $p < 0,05$) in comparison with normal readings; group 1 showed a verifiable decrease in the activity of antithrombin – III ($61,3 \pm 8,46\%$ and $82,6 \pm 11,35\%$, $p < 0,05$) and protein C ($49,2 \pm 4,26\%$ and $68,2 \pm 7,12\%$, $p < 0,05$) in comparison with the donor kidney recipients. At the same time the frequency of occurrence of reduction of the mean level of physiological anticoagulants and increase in the level of D-dimers after the orthotopic liver and kidney transplantations actually did not differ. The liver and kidney transplant recipients in the long-term postoperative period showed a verifiable increase in the level of nitric oxide metabolites: in group 1 the index was $45,8 \pm 3,57$ micromole on average; in group 2 it was $54,4 \pm 4,33$ micromole, $p < 0,05$. At the stage of selecting the liver and kidney recipients for the waiting

list, the level of nitric oxide metabolites was $49,9 \pm 4,77$ micromole and $51,8 \pm 5,12$ micromole accordingly. After the liver transplant operation the recipients showed a lower level of nitric oxide metabolites than the kidney transplant recipients, which may be linked with a more pronounced endothelial dysfunction, prior to the organ transplantation surgery. A comparison of endothelin-1 levels in liver and kidney transplant recipients confirms a verifiable increase in endothelin-1 content in the blood serum of kidney transplant recipients in the long-term postoperative period ($37,6 \pm 1,8$ ng/ml on the waiting list and $47,7 \pm 4,3$ mg/ml after the transplantation surgery, $p < 0,05$). In the course of statistical processing of the data it was ascertained that the endothelin-1 level in kidney transplant recipients also considerably exceeded the normal figures. At the stage when the patients were on the waiting list it was considerably lower than in the postoperative period ($38,3 \pm 6,1$ mg/ml and $51,3 \pm 8,5$ mg/ml accordingly, $p < 0,05$). It was stated that mean concentration of the adhesion molecule VCAM in kidney transplant recipients in the long-term postoperative period was $980,4 \pm 128,4$ ng/ml, while in the group of liver recipients the index was $565,24 \pm 46,26$ ng/ml, $p < 0,01$. At the waiting list stage of liver and kidney transplant recipients this index was $550,06 \pm 25,86$ ng/ml and $542,39 \pm 41,58$ ng/ml accordingly. Thus, the mean concentration of VCAM appeared to be verifiably higher in the long-term postoperative period in the group of kidney recipients, despite the lack of difference at the stage when the patients of both the groups under study were put on the waiting list. Mean concentrations of P-selectin in the postoperative period were for group 1– $251,4 \pm 14,28$ ng/

ml, for group 2—309,5±10,18 ng/ml, $p<0,05$. Before the transplantation these indices were comparable in both the groups and were 289,5±9,12 ng/ml, and 299,2±11,45 ng/ml accordingly. Mean levels of E-selectin were practically the same in both the groups: 59,4±4,37 ng/ml and 69,9±6,37 ng/ml in group 1 before and after the transplantation; 54,5±2,98 ng/ml and 67,3±8,12 ng/ml in dynamics in group 2.

Conclusion. Recipients of liver and kidney transplants in the long-term postoperative period showed a verifiable rise in the level of nitric oxide metabolites, of endothelin-1, of cell-cell adhesion molecules VCAM and of P-selectin, which means that organ transplantation does not solve the problem of reducing cardiovascular risk for patients on the whole and of endothelial dysfunction in particular.

TRIGLYCERIDE / HIGH-DENSITY LIPOPROTEIN CHOLESTEROL RATIO AS A CRITERION OF INSULIN RESISTANCE IN HYPERTENSIVE WOMEN

VIZIR M.A.

Kharkiv national medical University, Kharkiv. Ukraine

Insulin resistance (IR) often accompanies and aggravates such pathological conditions as essential hypertension (EH), obesity and others. According to recent studies the ratio of triglyceride (TG) to high-density lipoprotein cholesterol level HDL-C (the TG/HDL-C index) may be used as an indirect criterion of metabolic syndrome and impaired insulin sensitivity. It is regarded as a simple method to identify patients with IR and higher cardiometabolic risk. The aim of present analysis was to study this index in population of women with EH and such carbohydrate disorders as prediabetes (PD) or type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Material and methods. a total of 49 women aged 42–76 years underwent in-patient examination. All patients were divided into groups in the following way: Group 1–27 (55%) patients with EH and normoglycemia, Group 2–10 (20%) patients with EH and PD, Group 3–12 (25%) patients with EH and T2DM. EH has been verified on the basis of 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. T2DM verification was based on recommendations of the American Diabetes Association (ADA, 2014). Lipid and carbohydrate metabolism was assessed using biochemistry blood tests. Insulin levels (mkIE/ml) were determined by ELISA method. IR was assessed with Homeostasis

Model Assessment Insulin Resistance (HOMA-IR)= concentration of insulin (mkIE/ml) × fasting glucose (mmol/L) / 22,5.

Results. Patients with EH and normoglycemia or PD had significantly lower ($p<0,01$) values of TG/HDL-C than patients with EH and T2DM [G1: 1,34 (0,97–1,82); G2: 1,37 (1,22–1,99); G3: 1,82 (1,48–2,55)].

The TG/HDL-C index positively correlated with HOMA-IR (ρ : 0,189; $p<0,05$) in all hypertensive patients. Following distribution of HOMA-IR into quartiles showed that the effect of TG/HDL-C on IR was the most significant in the lowest HOMA-IR values (ρ : 0,573; $p<0,001$). The TG/HDL-C index was significantly associated with insulin level in HOMA-IR Q1 (ρ : 0,364; $p<0,05$). Results of HOMA-IR Q2 showed that the TG/HDL-C index had positive correlation with postprandial glucose level (ρ : 0,886; $p<0,001$).

Conclusion. The results of the study demonstrate that the TG/HDL-C index is associated with insulin sensitivity in hypertensive women. TG/HDL-C was associated with insulin and postprandial glucose levels. Thus, the plasma TG/HDL-C ratio may serve as a simple and clinically useful approach to identify patients with insulin resistance and higher cardiometabolic risk.

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

АБДУСАТТАРОВА С.К., САЙДАЛИЕВ Р.С., ГАЮПОВА У.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияния аторвастатина на функциональное состояние почек у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 138 больных с ОКС без

подъема сегмента S-T в возрасте – с 40 до 75 лет (в среднем – 55±6). Всем больным проведена коронароангиография (КАГ) в отсроченном порядке, с последующим проведением ЧКВ коронарных артерий, связанных с инфарктом. Все больные были разделены на 2 группы. В первую группу включены 68 пациентов, получивших высокую дозу атор-

вастатина (80 мг) в течение 2 суток до проведения КАГ; во вторую группу включены 70 пациентов, принимавших стандартную дозу аторвастатина. Группы соответствовали по возрасту, полу и антропометрическим показателям. Был определен и оценен сывороточный креатинин и на основе его содержания скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI до проведения манипуляции и после проведения в течение 48 часов.

Результаты исследования. Острое повреждение почек диагностировано у 5 (3,6%) пациен-

тов: 1 (1,5%) пациент в группе аторвастатина и 4 (5,7%) пациента в контрольной группе. Уровень сывороточного креатинина у пациентов в группе аторвастатина снизился на 15,6% больше, чем в контрольной группе. СКФ повысилась на 12,2% больше в группе аторвастатина по сравнению с контрольной группой ($p < 0,005$)

Выводы. Таким образом, применение высокой дозы аторвастатина до проведения КАГ/ЧКВ может привести к снижению содержания сывороточного креатинина и повышению СКФ.

ВОЗМОЖНОСТЬ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АДИЗОВА Д.Р., ТУЛАБОЕВА Г.М., АСКАРОВА Н.А., АЗИЗОВА Ф.Ф.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности 12-недельной терапии препаратом эсциталопрам у больных с ХСН, тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. В исследование включены 133 женщины с ХСН II–III ФК по NYHA; из них у 101 пациентки ХСН (76%) в сочетании с признаками тревожно-депрессивных расстройств. Выраженность психопатологических расстройств и эффективность 8-недельного лечения препаратом севпрам оценивали по шкале оценки тревоги и депрессии Гамильтона, госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, шкале самооценки Спилберга и шкале общего клинического впечатления. Качество жизни оценивали по результатам опросника SF-36. В работе использовались стандартные методики ЭхоКГ-исследования, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру с определением основных показателей ВРС.

Результаты исследования. Из 101 пациента 96 (95%) был назначен эсциталопрам (севпрам) перорально 10 мг один раз в сутки вне зависимости от приема пищи на 12 недель. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза увеличена до максимальной – 20 мг/сут. После исчезновения симптомов депрессии, еще в течение

3 месяцев продолжали терапию для закрепления полученного эффекта. 5 (5%) пациентов отказались от приема препарата. В результате курсового лечения больных с ХСН препаратом севпрам у большинства пациентов с признаками тревоги и депрессии наблюдалась значительная редукция тревожно-депрессивных расстройств, повышение толерантности к физической нагрузке, качество жизни, улучшение вегетативной регуляции функций сердца и снижение частоты наджелудочковых и желудочковых аритмий.

Выводы. Тревножно-депрессивные расстройства у больных с ХСН сопровождаются выраженными нарушениями вегетативной регуляции функций сердца, частым возникновением наджелудочковых и желудочковых аритмий, снижением толерантности к физической нагрузке, и снижением качества жизни. 12-недельное лечение препаратом севпрам за счет ингибирования обратного захвата серотонина приводит к повышению концентрации этого нейромедиатора в синаптической щели, усиливает и пролонгирует его действие на постсинаптические рецепторные участки. В результате препарат у большинства больных ХСН в значительной мере уменьшал вышеперечисленные симптомы и достоверно улучшал качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

АКИЕВА Б.А., АТАЕВА А.Э., АМАНОВА ДЖ.О., АННАМУХАММЕДОВА О.Г.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабат. Туркменистан

Цель исследования. Сравнительный анализ двух групп пациентов с ИБС и при сочетании ИБС с СД 2.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено у 90 больных на базе научно-клинического кардиологического центра в отделении инфаркта миокарда. Пациенты были распределены на 2 группы: ИБС (48,9%) и ИБС с

СД 2 (51,1%), а также по возрасту и полу. При ИБС мужчин – 52,3%, женщин – 47,7%, при ИБС+СД 2 мужчин – 45,6%, женщин – 54,4%. В каждой группе пациенты были распределены по общепринятым параметрам, по возрасту и полу.

Результаты исследования. На фоне ИБС в двух возрастных группах 30–39 лет и 40–49 лет наблюдается незначительное преобладание жен-

щин (9,5%) над мужчинами (8,7%), причем показатели в обеих группах одинаковы. При сочетании ИБС с СД 2 совершенно иная картина. В возрасте 30–39 лет у женщин ИБС развивается в 1,7 раза больше, чем у мужчин (женщины – 8%; мужчины – 4,8%). Наиболее опасным возрастом для мужчин при сочетании ИБС с СД 2 является возраст 40–49 лет. В данной возрастной категории риск развития ИБС в 4,7 раза выше, чем у женщин (мужчины – 19%, женщины – 4%). В группе ИБС при возрасте 50–59 лет наблюдается преобладание мужчин в 1,8 раза (34,8%) над женщинами (19%), тогда как при сочетании ИБС с СД2 показатели

близки (мужчины – 38,2%, женщины – 36%). Возраст 60–69 лет при ИБС также выявляет преобладание мужчин (39,1%) над женщинами (28,6%). В данном возрастном параметре при сочетании ИБС с СД у женщин (44%) в 2,3 раза выявляется чаще, чем у мужчин (19%). В возрасте 70–79 лет имеется четкое преобладание женщин (33,4%) над мужчинами (8,7%) при ИБС, тогда как при ИБС с СД 2 наблюдается противоположная ситуация (мужчины – 19%, женщины – 8%).

Выводы. В разные возрастные периоды как при ИБС, так и в сочетании ИБС с СД 2 наблюдаются гендерные особенности.

РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ХУДАЙБЕРДИЕВА ДЖ.П., ЧЕРКЕЗОВА А.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабат. Туркменистан

Цель исследования. Изучение роли и особенностей лечения психических тревожных расстройств у больных артериальной гипертензией с кризовым течением.

Материал и методы исследования. В отделении ревматологии и кардиологии Госпиталя с НКЦК под нашим наблюдением находились 60 больных (из них – 38 женщин и 22 мужчины), страдающих от АГ с кризовым течением, в возрасте 51–67(4,1±8,1) лет. Все больные были разделены на две группы: I группу составили 25 больных (из них – 14 женщин и 11 мужчин), страдающих от АГ с кризовым течением, а II группу составили 35 больных (из них – 23 женщины и 12 мужчин), страдающих от АГ с кризовым течением, сочетающимся с психическими тревожными расстройствами. Всем больным помимо общих лабораторных исследований провели ЭКГ и ЭхоКГ, а так же исследования на основании вопросника, составленного по шкале Гамильтона, больным обеих групп проводили посуточный мониторинг артериального давления. По данным вопросника, составленного по шкале Гамильтона у больных II группы показатели психической депрессии и тревожных состояний были достоверно выше по сравнению с больными I группы. Больным I группы во время лечения в течение 3 месяцев назначили бисопролол в дозе 5 мг/г-г

утром и амлодипин 5 мг/г-г вечером, индап по 2,5 мг утром натошак; больным II группы помимо вышеуказанных лекарственных средств комбинированно, за 1,5 часа до сна назначили феварин в дозе 50 мг.

Результаты исследования. 3-месячное наблюдение в течение лечения у обеих групп больных с АГ кризовым течением показал достоверное снижение уровня АД. У больных I группы уровень АД по сравнению с первоначальными показателями снизился на 25%, а у больных II группы эти показатели снизились на 35%. Кроме того, у больных II группы устранились признаки психических тревожных расстройств и депрессии, повысилась самооценка, появилось желание регулярно принимать рекомендованные лекарственные средства и вести здоровый образ жизни в целях поддержание соответствующего АД.

Выводы. Проведенное исследование показало, что признаки психических тревожных расстройств и депрессии являются основным фактором риска в возникновении артериальной гипертензии, способствуют возникновению осложнений, связанных с этим заболеванием, и поэтому стало известно, что сочетанное применение антидепрессантов и седативных средств в лечении артериальной гипертензии продлевают жизнь больному и снижают показатели смертности.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., САБИРЖАНОВА З.Т., НУРИТДИНОВА С.К., ШОДИЕВ Ж.Д.

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

Цель исследования. Изучение влияния статинов на уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в крови больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 50 больных ИБС (средний возраст – 55,8±5,7) стабильной стенокардией напряжения, находившихся на стационарном ле-

чении в кардиологическом отделении центра. Все больные были разделены на 2 группы: I группу составили больные ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) II ФК (25 человек), получавшие симвастатин (Zo-20 GMP, Грузия) в дозе 20 мг/сут; II группу составили больные со стенокардией напряжения (ССН) II ФК (25 человек), получавшие розувастатин (Roxera, KRKA (Словения) в дозе 10 мг/сут. Определение ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 и ФНО- α в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа на твердофазном анализаторе.

Результаты исследования. У больных ССН II ФК выявлены высокие значения противовоспалительных цитокинов при нормальных показателях провоспалительных цитокинов, а параметры ИЛ-4 и ИЛ-10 были пониженными. Так, уровень маркеров воспаления СРБ определялся в количестве $22,4 \pm 1,8$ мкг/мл ($p < 0,05$), ИЛ-4 $4,1 \pm 1,0$ пг/мл ($p < 0,05$) и ИЛ-10 $5,9 \pm 0,8$ пг/мл ($p < 0,05$) соответственно. Концентрация ФНО- α составила $14,74 \pm 1,9$ пг/мл, ИЛ-6 $4,35 \pm 2,9$ пг/мл ($p < 0,05$) соответственно.

Изучение содержания динамики СРБ к концу лечения (12 и 24 недели) симвастатином показало его статистически достоверное уменьшение на 11,6 и 25,8% ($p < 0,05$), тогда как концентрация ИЛ-4 и ИЛ-10 через 12 и 24 недель лечения до-

стоверно не изменилась ($p > 0,05$). Концентрация ФНО- α уменьшилась на 12,4 и 11,5% соответственно, уровень ИЛ-6 оставался неизменным. Во II группе больных принимавших розувастатин, – к 12 неделе произошло достоверное уменьшение уровней провоспалительных цитокинов. Содержание ИЛ-1 β на 16,8%, ИЛ-6 – на 18,1%, ФНО- α – на 20,4% соответственно. К 24 неделям также наблюдалось достоверное уменьшение уровней всех провоспалительных цитокинов. Содержание ИЛ-1 β на 35,9% ($p < 0,05$), ИЛ-6 – на 38,2% ($p < 0,05$), ФНО- α – на 42,7 % ($p < 0,05$), тогда как концентрация противовоспалительных цитокинов через 12 и 24 недели лечения достоверно увеличилась: ИЛ-4 на 20,7 % и ИЛ-10 – на 28,4% ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, активация системы цитокинов у больных ИБС является маркером прогрессирования заболевания, что требует особой фармакотерапевтической тактики ведения данных пациентов с использованием лекарственных средств, обладающих множественными эффектами, в том числе и противовоспалительными. Полученные данные могут быть использованы в практической медицине, а также помочь врачам – терапевтам и кардиологам проводить оценку тяжести ИБС.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., НУРИТДИНОВА С.К., РАДЖАБОВА Д.И., ЮНУСОВА Л.И.

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

Цель исследования. Изучение особенностей ремоделирования левого желудочка и уровней провоспалительных цитокинов у больных (ИБС) на фоне постинфарктного кардиосклероза (ПИКС).

Материал и методы исследования. Обследовано 30 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с ИБС. Средний возраст – $58,2 \pm 8,71$. Все пациенты перенесли инфаркт миокарда не ранее чем за 12 месяцев до начала исследования. Всем пациентам была выполнена ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ, определяли конечно-систолический (КСР), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), фракцию выброса (ФВ ЛЖ) и миокардиальный стресс (МС). Уровни фактора некроза опухоли – α (ФНО- α) и интерлейкина – 6 (ИЛ-6) сыворотки крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Исследованиями установлено, что у пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ на фоне ухудшения клинического состояния происходило снижение ФВ ЛЖ и в среднем составило $35,2 \pm 6,35\%$. У больных с адаптивным ремоделированием снижение

ФВ ЛЖ было незначительным ($52,4 \pm 6,74\%$) и находилось в пределах нормальных значений. Исходно концентрация ФНО- α в сыворотке крови колебалась от 0,23 до 90,53 пг/мл, концентрация ИЛ-6 сыворотки крови находилась в пределах от 0,14 до 77,9 пг/мл. Выявленный нами параллелизм между ЭхоКГ показателями и содержанием ФНО- α и ИЛ-6 свидетельствует об участии этих цитокинов в процессах дезадаптации сердечной мышцы. Имелась корреляция ФНО- α с показателем ФВ/МС, который характеризует удельную контрактильность миокарда ($r = -0,81$, $p < 0,05$). Отмечена корреляционная связь ФНО- α с КДР ЛЖ ($r = 0,82$, $p < 0,05$), КСР ЛЖ ($r = 0,75$, $p < 0,05$). Также выявлена корреляционная связь ФНО- α с массой миокарда ($r = 0,84$, $p < 0,05$) и МС ($r = 0,78$, $p < 0,05$). Имелась корреляционная связь и с состоянием диастолической функции ЛЖ: пик Е и Е/А ($r = 0,72$, $p < 0,05$), ($r = 0,89$, $p < 0,05$) В нашем исследовании получены достоверные данные об изменениях концентрации ФНО- α и ИЛ-6 в зависимости от выраженности ремоделирования ЛЖ. Значительное скачкообразное повышение ФНО- α и ИЛ-6 отмечено у

пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ, что может, на наш взгляд, служить еще одним критерием дезадаптивного ремоделирования помимо гемодинамических критериев.

Выводы. Таким образом, результаты исследования доказывают, что процесс ремоделирования ЛЖ непосредственно связан с иммунной актива-

цией. Нами отмечено, что развитие дезадаптивной фазы ремоделирования ЛЖ сопровождается резким подъемом уровня провоспалительных цитокинов сыворотки крови. Полученные данные могут быть использованы в практической медицине, а также помогут помочь врачам терапевтам и кардиологам проводить оценку тяжести ИБС.

О НЕКОТОРЫХ ЭФФЕКТАХ АНТИАГРЕГАНТОВ И СТАТИНОВ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., ДАЛИМОВА Д.А., РАИМКУЛОВА Н.Р., ИСХАКОВ Ш.А.,
АЗИЗОВ Ш.И., КАРИМОВА Д.К., ИМИНОВА Д.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр высоких технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение вазопротективных и антиатеросклеротических свойств статинов и двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у больных мультифокальным атеросклерозом, подвергнувшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 26 пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией III–IV функционального класса после планового СКА с атеросклеротическим поражением сонных артерий (толщина интима-медиа (ТИМ), атеросклеротическая бляшка (АСБ) по данным дуплексного сканирования. Длительность заболевания – 1–6 лет, средний возраст – $55,1 \pm 6,4$ лет. Пациенты получали ДАТ (аспирин+клопидогрел) аторвастатин или розувастатин, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Исходно и через 3 и 6 месяцев изучали содержание липидов, агрегацию тромбоцитов, факторы воспаления, полиморфизм генов CYP2C19*2, HMGCR и Ape, показатели ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты исследования. У всех пациентов выявлена атерогенная дислипидемия (гиперхолестерин- и гипертриглицеридемия (ГТГ), повышение холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП). На фоне лечения аторвастатином (средняя доза $35,0 \pm 5,2$ мг/сут) и ДАТ отмечено достоверное снижение уровней ХС, ХСЛПНП, ТГ, а также небольшое увеличение ХСЛП высокой плотности (ЛПВП). Целевого уровня ХС достигли 81,2% пациентов, принимавших лечение, ТГ – 78,7%, ХСЛПНП – 77,5%. У пациентов с каротидным атеросклерозом через 3 месяца уменьшился показатель ТИМ, особенно к концу наблюдения. Изучение ультразвуковых характеристик бляшек проводили во взаимосвязи с интер-

лейкином-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ). Динамика уровней ИЛ-6 и СРБ у пациентов с разным типом бляшек отражала общую клиническую картину пациентов с каротидным атеросклерозом. У пациентов с мягкими бляшками значимая динамика наблюдалась для обоих показателей воспаления, но у пациентов с плотными бляшками отмечено снижение уровня СРБ, а ИЛ-6 оставался повышенным. Трансформация бляшки из мягкой, потенциально опасной своими серьезными осложнениями, вплотную позволяет снизить риск развития инсульта. На фоне проводимой терапии аторвастатином 14 мягких бляшек трансформировались в однородные плотные бляшки. Динамика уровней провоспалительных цитокинов на фоне трансформации мягких бляшек в плотные показала, что наиболее значительно снижался СРБ, тогда как изменение ИЛ-6 было недостоверным. Розувастатин и ДАТ оказали более выраженное благоприятное воздействие на изученные показатели. В результате лечения улучшились показатели агрегации тромбоцитов, вазодилатирующие способности, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, регресс толщины комплекса ТИМ и объема атеросклеротических бляшек. На фоне плейотропных эффектов статинов и ДАТ выявлена трансформация мягких бляшек в плотные. Изучение полиморфизма генов позволило подобрать безопасные и эффективные дозы статинов и предупредить развитие резистентности к аспирину и клопидогрелу.

Выводы. Своевременное и адекватное лечение статинами ДАТ позволяет проводить успешную профилактику рестеноза стента, инсульта, и других кардиоваскулярных осложнений у больных мультифокальным атеросклерозом после СКА.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., РАИМКУЛОВА Н.Р., ИСХАКОВ Ш.А., АЗИЗОВ Ш.И., ТАГАЕВА Д.Р., КАРИМОВА Д.К., ИМИНОВА Д.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации;

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние L-карнитина на клинико-лабораторные показатели и течение ишемической болезни сердца после стентирования.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились больные ИБС со стабильной стенокардией напряжения III и IV ФК, подвергшиеся плановому стентированию коронарных артерий. Пациенты I группы (14) получали стандартное лечение – двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел), β-адреноблокаторы, аторвастатин или розувастатин, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, занимались лечебной физической культурой (ЛФК) по соответствующей программе на аппарате FCXT fluid recumbent cycle) кардиотренировкой. Больные II группы (14) – на фоне такого же лечения получали левокарнитин, препарат Аз Корни (Coral Laboratories Limited, Индия) в дозе 1 г/5,0 мл струйно, в течение 10 дней. Изучали интерлейкин (ИЛ) 1-бета, ИЛ-6, фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-α). Проводили электрокардиографию (ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ).

Результаты исследования. Выявление ИБС и назначение, наряду с диетой и рекомендациями по физической нагрузке, рациональной фармакотерапии с учетом современной доказательной базы и международного опыта имеет важнейшее значение. Метаболическая терапия повышает способность миокарда утилизировать глюкозу вместо жирных кислот, что патофизиологически обосновано при ишемии. В динамике наблюдения выявлено, что у больных обеих групп максимально уменьшилось число приступов стенокардии и количество принятых таблеток нитроглицерина. У пациентов II группы, принимавших препарат Аз Корни, эффект лечения был более выражен. У этих же больных уменьшение количества

приступов стенокардии за неделю было статистически значимо большим по сравнению с таковым, принимавших только стандартную терапию и ЛФК. При этом под влиянием препарата Аз Корни достигнуто более выраженное увеличение продолжительности выполнения физической нагрузки при проведении ВЭМ на 2,5 мин, по сравнению с больными группы сравнения. К концу наблюдения пациенты, принимавшие Аз Корни, в 2 раза меньше употребили таблетки нитроглицерина по сравнению с пациентами, получавшими только стандартное лечение и ЛФК. До лечения отмечена тенденция к увеличению частоты выявления и повышения абсолютных значений ИЛ-1-бета, ИЛ-6, ФНО-α в крови пациентов обеих групп. Под влиянием Аз Корни выявлено заметное уменьшение содержания ИЛ-1-бета, ИЛ-6, ФНО-α, тогда как только стандартная терапия уменьшала концентрации этих показателей менее выражено. В группе больных, принимавших Аз Корни, выявили уменьшение общего количества эпизодов ишемии за сутки (на 39%) и суммарной продолжительности по времени эпизодов ишемии (на 21%). Левокарнитин повышает способность миокарда утилизировать глюкозу вместо жирных кислот, что патофизиологически обосновано и после стентирования коронарных артерий. Метаболическая протекция ишемизированного миокарда Аз Корни значительно уменьшила выраженность неблагоприятных эффектов ишемии и реперфузии, что указывает на дополнительные клинические преимущества этого терапевтического подхода у пациентов с ИБС, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству.

Выводы. Исследование показало положительную клиническую эффективность препарата Аз Корни, что позволяет рекомендовать его для лечения больных ИБС дополнительно к базисной терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ

АРИПОВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение параметров диастолической функции у больных ИБС до и после коронарного шунтирования. Обследованы 65 больных, из них мужчин – 57.

Материал и методы исследования. Оценку диастолической функции проводили по трансмитральному кровотоку и анализу скорости легочного венозного потока на аппарате ALOKA-4000

(Япония). Средний возраст обследованных больных составил $(55,3 \pm 7,15)$ года.

Результаты исследования. Операция реваскуляризации была высоко эффективной, что подтверждается исчезновением стенокардитических болей у 98,6% пациентов в течение одного года после операции. Только у 6 (8%) пациентов через полгода после КШ была зарегистрирована безболевая ишемия при Холтеровском мониторинге ЭКГ. У больных с ИМ в анамнезе и «ригидным» типом диастолической дисфункции достоверно уменьшился показатель, связанный напрямую с клеточной релаксацией миокарда IVRT со 126,1 мс до 115,6 мс ($p < 0,001$), что указывает на улучшение активного расслабления реваскуляризованного миокарда. Изменение показателей легочного венозного спектра сопровождается снижением жесткости миокарда за счет уменьшения максимальной скорости трансмитральной волны А (с 0,67 м/с до 0,63 м/с, $p < 0,05$) и ее продолжительности (MVA dur со 136,9 мс до 132,7 мс, $p < 0,05$) и длительности диастолического ретроградного потока (PVA dur) в систолу предсердий (со 141,5 мс до 136,4 мс, $p < 0,01$). Таким образом, в этой группе пациентов произошли процессы улучшения как активной, так и пассивной релаксации ЛЖ. У пациентов с ИМ в анамнезе с «псевдонормальным» типом к концу 1-го года после операции произошло достоверное улучшение расслабления предсердия (уменьшение PVS с 0,56 м/с до 0,51 м/с, $p < 0,05$), релаксации миокарда IVRT с

115,2 мс до 108,3 мс ($p < 0,05$) и снижение жесткости миокарда за счет уменьшения продолжительности трансмитральной волны А (MVA dur со 143,3 мс до 133,4 мс, $p < 0,001$) и длительности ретроградного потока PVA dur (со 174,3 мс до 170,5 мс, $p < 0,01$) в систолу предсердий. Таким образом, у больных с постинфарктными изменениями после КШ имеется незначительное улучшение параметров диастолической функции. Сравнительный анализ параметров трансмитрального кровотока у больных с ИМ в анамнезе показал, что диастолическая функция у них улучшается, несмотря на рубцовые изменения в миокарде. Методом логистической пошаговой регрессии установлено, что предикторами ухудшения диастолы ЛЖ являются: ИМТ ($B = 0,29$), ММ ЛЖ ($B = 0,03$), ФИ ($B = 0,08$) и КДР ЛЖ ($B = 0,42$). Коэффициент детерминации 0,65 и $p < 0,001$ указывает на высокую значимость модели.

Выводы. Гемодинамическая характеристика у больных с избыточной массой тела предрасполагает к росту АД, заметному увеличению объема циркулирующей крови, сердечного выброса и общего периферического сопротивления. Очевидная связь ухудшения диастолической функции с размерами, массой и фракцией выброса левого желудочка указывает на важность мер, направленных на нормализацию веса пациента и повышение эффективности реабилитации пациентов после ИМ с целью сохранения внутрисердечной гемодинамики.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕРКАМЕНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АТАДЖАНОВА М.А., МУРАДОВА И.Г., ОВЕЗОВА С.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабат. Туркменистан

Цель исследования. Изучение применения препарата леркамен в терапии артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования. Нами обследованы в стационарных условиях 22 больных с гипертонической болезнью. Из них – 14 женщин и 8 мужчин. Средний возраст больных составил $45 \pm 4,8$ года. У всех больных были исключены причины симптоматических артериальных гипертензий, и больные были обследованы по общепринятым правилам, включающим лабораторно-инструментальные методы, консультации специалистов (невропатолога, окулиста, эндокринолога и т.д.). Леркамен (перканидипин) был назначен в суточной дозе 10 мг однократно в составе комбинированной гипотензивной терапии, наряду с β -блокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

Результаты исследования. На фоне приема препарата леркамен в течение первой недели отмечалось снижение систолического давления и диастолического давления, их показате-

ли в среднем составили $141,4 \pm 11,3/83,1 \pm 6,9$ мм рт.ст (первичные показатели составили $160,1 \pm 10,2/95,6 \pm 6,6$ мм рт.ст.) ($p < 0,001$). Несмотря на принадлежность препарата леркамен к дигидропиридиновому ряду антагонистов кальция, отмечалось стойкое снижение диастолического давления. В результате наблюдения на фоне приема препарата к четвертой неделе у 64% больных диастолическое давление снизилось до 90 мм рт.ст.; у 32% больных отмечался стойкий гипотензивный эффект и артериальное давление достигло должного уровня. Отмечалось снижение систолического давления в среднем на 20 мм рт.ст, снижение диастолического давления составило 10–25 мм рт.ст; на частоту сердечных сокращений препарат не влиял. Все больные отметили улучшение состояния в ходе лечения. При применении препарата побочных проявлений не отмечалось.

Выводы. Леркамен в суточной дозе 10 мг позволяет обеспечить 24-часовой контроль артериального давления у больных с артериальной гипертонией. Препарат характеризуется хорошей

переносимостью, не вызывает активацию симпатoadреналовой системы. Леркамен обладает органопротективными свойствами (в том числе нефропротективным) и может быть рекомендован

для применения в практике в качестве монотерапии и в комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить результаты влияния стимуляции МЖП и ВПЖ на структурно-функциональное состояние сердца у пациентов с ИБС, осложнившейся полной АВ-блокадой.

Материал и методы исследования. В данное сравнительное ретроспективное исследование были включены 45 пациентов с полной атриовентрикулярной блокадой и ИБС без выраженного снижения насосной функции сердца, прооперированных в период с января 2015 по сентябрь 2017 гг. в отделении РЭХ и НРС ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова». Все пациенты были разделены на 2 группы. 25 больным имплантация электрода производилась в апикальную позицию, а 20 – в область МЖП. В обеих группах не было статистической разницы по возрасту, полу, частоте встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД). До и после операции пациентам проводилось ЭКГ-исследование, ЭхоКГ, измерение параметров стимуляции. Средняя длительность исследования составила $2,1 \pm 0,2$ лет.

Результаты исследования. Все пациенты с ХСН получали стандартную терапию. До операции длительность QRS была схожа в обеих группах. По истечении срока исследования в обеих группах произошло увеличение длительности

комплекса QRS. В группе со стимуляцией МЖП увеличение составило с $101,5 \pm 8,7$ до $148,7 \pm 12,8$ мс ($p < 0,05$), что составило меньшее значение по сравнению с группой ПЖ стимуляции – с $101,1 \pm 8,9$ до $164,9 \pm 10,8$ ($p < 0,05$). Для оценки структурно-функционального состояния сердца до и после вмешательства всем больным проводилась ЭхоКГ. У тех пациентов кому электрод был имплантирован в ВПЖ, увеличились конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (с $161,2 \pm 21,7$ до $176,5 \pm 18,4$ мл, $p < 0,05$), конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) (с $63,2 \pm 21,7$ до $68,8 \pm 26,9$ мл, $p < 0,05$), снизилась фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) (с $53,2 \pm 6,1$ до $49,3 \pm 2,8$, $p < 0,05$). У пациентов, которым электрод был установлен в МЖП, данные показатели несколько сместились в сторону положительной динамики, КДО КДО ЛЖ (с $158,3 \pm 19,3$ до $148,9 \pm 16,5$ мл, $p < 0,05$), КСО ЛЖ (с $55,7 \pm 31,5$ до $51,6 \pm 27,3$ мл, $p < 0,05$), ФВ ЛЖ достоверно не изменилась (с $52,3 \pm 3,6$ до $51,9 \pm 3,4$, $p < 0,05$).

Выводы. Можно утверждать, что стимуляция МЖП обеспечивает более физиологичное прохождение электрического импульса по миокарду по сравнению со стимуляцией ВПЖ, что сопровождается более оптимальными условиями для сократительной функции ЛЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ

БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов электрофизиологического исследования (ЭФИ) и радиочастотной катетерной абляции (РЧА) пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты ЭФИ и РЧА при различных формах суправентрикулярных тахикардий у

34 больных. Мужчин было 16 (47,1%), женщин – 18 (52,9%) человек. Возраст больных составлял от 18 до 64 лет. Пациенты с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией (АВУРТ) составили 20 человек, атриовентрикулярной ригентри тахикардией – 10 человек, предсердного тахикардией – 2, трепетанием предсердий – 2 пациентов.

Эндокардиальное ЭФИ сердца проведено на комплексе оборудования «LabSystem Pro», «BARD» (США) радиочастотным генератором «iB1500», «St.Jude Medical» (США) с использованием диагностических электрофизиологических (6F) и абляционных катетеров (7F) «St.Jude Medical» (США).

Результаты исследования. Успешное ЭФИ и сердца и РЧА тахикардии достигнуто в 31 случае (91%). В 2 случаях у пациентов с АВРТ и заднесептальным расположением дополнительного проводящего пути (ДПП) не удалось достичь полного эффекта. В одном случае у пациента с левым латеральным ДПП потребовалась повторная абляция с хорошим клиническим эффектом. Осложнений не отмечалось.

Стандартное ЭФИ сердца включало измерение интервалов PA, AH, HV, комплекса QRS, длины

цикла, оценку свойств ретроградного проведения программируемой желудочковой стимуляции с экстрасимулом, оценка антеградного проведения программируемой предсердной стимуляцией с экстрасимулом. Проводилась оценка признаков двойного проведения в АВ-узле – «JUMP-феномен» (феномен «скачка») – удлинение интервала AH во время предсердной стимуляции с экстрасимулом.

Выводы.

1. Эндокардиальное электрофизиологическое исследование и радиочастотная абляция являются эффективным методом диагностики и лечения суправентрикулярных тахикардий.

2. Корректная диагностика механизма тахикардии должна основываться на совокупности электрофизиологических критериев и стимуляционных маневров, подтверждающих диагноз.

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ 3-КЛИНИКАСИ КАРДИОЛОГИЯ БЎЛИМИ КАСАЛЛИК ТАРИХЛАРИНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИГА КЎРА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ БИРГАЛИКДА УЧРАШИ ТАҲЛИЛИ

ГАДАЕВ А.Г., ИБРАГИМОВ У.Д., ХОЖИЕВ С.Э., КАДИРОВА Ф.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент. Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Тошкент тиббиёт академияси 3-клиникасида СЮЕ сабабли даволанган беморлар касаллик тарихларини ретроспектив таҳлили асосида коморбид ҳолатлар, хусусан, ЎСОК учрашини ўрганиш.

Тадқиқод материал ва усуллари. Шифохона шароитида даволанган 650 нафар беморларни касаллик тарихи жинсга, ёшга ва ЎСОКни СЮЕнинг турли функционал синфларида учрашига қараб ўрганиб чиқилди. Беморларнинг ўртача ёши 62,7 тенг бўлиб, улардан 337 таси (51,8%) эркаклар ва 313 таси (48,2%) аёллар эди. Аксарият ҳолларда СЮЕга юракнинг ишемик касаллиги олиб келган бўлиб мос равишда у эркакларда 287 (44,15%) ва аёлларда 241 (37%) ни ташкил этди. Қолган ҳолларда ушбу оғир асоратга юракнинг орттирилган ва туғма нуқсонлари, кардиомиопатиялар, миокардитлар ва бошқа айрим касалликлар олиб келган.

Тадқиқод натижалари. СЮЕга чалинган беморларнинг касаллик тарихи таҳлили уларнинг 62 (9,5%) тасида унинг ЎСОК билан бирга кечганлигини кўрсатди. ЎСОК мос равишда эркакларнинг 38 (5,8%) тасида, аёлларнинг 24 (3,7%) тасида СЮЕ билан бирга келган. Унинг III функционал синфида ЎСОКни биргаликда келиши энг кўп аниқланган бўлиб, у эркакларда 34 (5,2%), аёлларда 15 (2,3%) тани ташкил этган. Шу ўринда СЮЕ мос равишда энг кўп камқонлик, гипертония касаллиги, қандли диабет билан бирга келганлигини таъкидлаш лозим.

Хулоса. Тошкент тиббиёт академияси 3-клиникасида даволанган СЮЕга чалинган беморларнинг аксариятида юрак ишемик касаллиги СЮЕ келиб чиқишига сабаб бўлган. Унинг коморбид ҳолатлар билан бирга учраши бўйича ЎСОК 5 ўринда бўлиб, энг кўп СЮЕнинг III функционал синфида аниқланган.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

ГЕРАСИМЕНОК Д.С., МИТЬКОВСКАЯ Н.П.

Белорусский Государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь

Цель исследования. Разработать алгоритм оценки кардиоваскулярного риска у пациентов с острым калькулезным холециститом.

Материал и методы исследования. В исследование включены пациенты с умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных

осложнений согласно рекомендациям European Society of Cardiology (2012). Основную группу составляли пациенты с острой патологией гепатобилиарной системы (острый холецистит), у которых применялась кардиопротективная терапия и была выполнена экстренная холецистэктомия. Первая группа сравнения сформирована из пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы (острый холецистит), у которых не применялась кардиопротективная терапия, но выполнялась экстренная холецистэктомия. Вторая группа сравнения сформирована из пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы (острый холецистит), у которых применялась кардиопротективная терапия, но не выполнялась экстренная холецистэктомия. В качестве препаратов кардиопротективной терапии в исследовании использовались аторвастатин и ацетилсалициловая кислота.

Результаты исследования. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия, в раннем послеоперационном периоде на электрокардиограмме покоя в 15% (n=19) случаев были зарегистрированы эпизоды бессимптомной депрессии сегмента ST (БИМ). В отдаленном послеоперационном периоде 14% (n=20) пациентов обратились за медицинской помощью по поводу острого коронарного синдрома без подъема ST. В 10% (n=2) случаев был поставлен диагноз субэндокардиального инфаркта. Результаты сравнительного анализа демонстрируют отсутствие статистически значимых различий струк-

турно-функциональных показателей в группах пациентов при первичном ЭхоКГ и на втором визите. Компьютерная томографическая коронарография, выполненная у пациентов с БИМ, продемонстрировала, что частота встречаемости индекса коронарного кальция более 100 среди пациентов с БИМ составила 47%. Возраст пациентов, у которых была зарегистрирована БИМ, составлял более 60 лет, у них также наблюдался повышенный уровень фибриногена – 4,03 (2,50; 4,69) г/л, С-реактивного белка – 9,90 (3,64; 16,10) г/л и лейкоцитов – 14,53 (10,50; 15,49)*10⁹. Так же было установлено, что у 73% пациентов была ишемическая болезнь сердца в анамнезе, 90% из них относились в группы высокого кардиоваскулярного риска, 18% пациентов принимали статины амбулаторно, у 9% был сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе, а также 68% из них страдали ожирением.

Выводы. В результате исследования был предложен алгоритм мероприятий направленных на медицинскую профилактику неблагоприятного кардиоваскулярного события (внезапной сердечной смерти, инфаркта миокарда, системных эмболий) у пациентов с острым калькулезным холециститом. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению «Метод оценки риска развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий у пациентов с острым калькулезным холециститом», регистрационный №126–1216.

АНАЛИЗ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТИЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ДЖАЛИЛОВА С.Х., ИБОДУЛАЕВ З.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Проведение психологического анализа стиля жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 58 больных в остром периоде инфаркта миокарда (на 10-й день после приступа), прибывавшие в кардиологическое отделение, установленный диагноз – ИБС инфаркт миокарда с зубцом Q. Из них – 37 мужчин и 21 женщина. Средний возраст больных – 51±4,5 лет. Верификация основного диагноза проводилась стандартными диагностическими методами. Для диагностики стрессоустойчивости использовался тест «Анализ стиля жизни», разработанный Бостонским университетом.

Результаты исследования. Согласно результатам тестирования 23 пациента (46%) имели показатель средней стрессоустойчивости (средний балл – 43±7,4 балл), согласно которому стрессовое влияние на организм средней интенсивности при малом сопротивлении; 35 пациентов (54%) имели низкую стрессоустойчивость (средний балл

– 56±4,5 балл), при котором стрессовое воздействие на организм весьма высоко при отсутствии сопротивления. А также при раскладе стрессовых факторов определилось, что низкое социальное обеспечение либо финансовый кризис (75%), нарушение режима сна и бодрствования (64%), нарушение питания (61%), нарушение межличностных отношений (60%) имели наиболее частый коэффициент встречаемости среди больных, перенесших инфаркт миокарда, в сравнении с такими признаками, как наличие вредных привычек (23%), малоподвижный образ жизни (17%), религиозные предубеждения (15%), одинокий образ жизни (19%).

Выводы. По данным исследования наиболее частый стрессовый фактор, влияющий на психоэмоциональное состояние больных с инфарктом миокарда, явились финансовое положение, межличностные взаимоотношения, режим дня и нарушение питания, в свою очередь, наличие вредных привычек и гиподинамия отходят на второй план в воздействии на адаптивные свойства организма.