O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT VRACHLAR MALAKASINI OSHIRISH INSTITUTI

«Metabolik sindrom: insulinrezistentlik va dismetabolizmning boshqa toifalari»

RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA

T E Z I S L A R I

10 aprel

Toshkent 2015

Т Е З И С Ы

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«Метаболический синдром: инсулинорезистентность и другие категории дисметаболизма»

10 апреля

Ташкент 2015

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

Ближе к людям

ARTERIUM

СПОНСОРЫ

Actavis

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Фармак®

Kusum

ООО "MODERN MEDICINE ALLIANCE"

MMA

Гедеон Рихтер

UNIPHARM

Bionorica®

EUROMEDEX

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

«Metabolik sindrom: insulinrezistentlik va dismetabolizmning boshqa toifalari»

RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA

TEZISLARI

10aprel

Toshkent 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«Метаболический синдром:

инсулинорезистентность

и другие категории дисметаболизма»

10апреля

Ташкент 2015

ТАҲРИР ХАЙАТИ:

Раис: Сабиров Д.М., профессор

Аъзолар:

Акилов Х.А., профессор

Атаханов Ш.Э., профессор

Алиджанов Ф.Б., профессор

Каюмов У.К., профессор

Мавлян-Ходжаев Р.Ш., профессор

Мухамедова Х.Т., профессор

Хамрабаева Ф.И., профессор

Хасанова Х.Д., доцент

Ша-Ахмедова Л.Р., катта ўқитувчи

E-mail:**malaka@inbox.ru**

Босма табоғи: 6-б.т. Босишга рухсат этилди. 06.04.2015й.
Адади: 150 нусха. Буюртма № 10
ООО «Polisar-tex» босмахонасида чоп этилди
Тошкент ш., Фарғона йўли кўчаси 554/2 уй.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдуллаев А.К., Мавлянов И.Р.
Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан.

Цель: изучение показателей системы NO в тромбоцитах крови у больных ИБС и ГБ в зависимости от уровня мочевой кислоты (МК).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 больных ИБС и 57 больных ГБ в возрасте от 34 до 60 лет. Среди больных с ИБС мужчин было 21, женщин 25, а среди больных с ГБ мужчин было 25, женщин 32. Каждая нозологическая группа в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы: I группа с гиперурикемией и II группа – с нормальным уровнем МК (без гиперурикемией). Содержание мочевой кислоты в крови определяли общепринятым методом (В.В. Меньшикова). Оксид азота в тромбоцитах определяли по методу С.С.Паунова. Контролем служили 15 здоровых добровольцев.

Результаты. Полученные результаты показывают, что у больных ИБС I группы уровень тромбоцитарного оксида азота (NO) и активности NO – синтазы по сравнению с контрольной группой снижается на 24,6% и 31,1%, а во II группе - на 11,2% и 4,2%, соответственно. При изучении результатов среди больных ГБ выявлено, что у больных I группы уровень тромбоцитарного оксида азота (NO) и активности NO –синтазы по сравнению с контрольной группой снижается на 36,5% и 32,2%, а во II группе - на 20,8% и 10,1%, соответственно. Активность iNOS и содержание ONOO в тромбоцитах крови у больных ИБС в I группе по сравнению с контрольной повышается на 38,5% и 33,3%, а во II группе - на 10,9% и 44,3%, а у больных ГБ в I группы по сравнению с контрольной повышается на 31,7% и 28,6%, а во II группе - на 8% и 19%, соответственно. Следовательно**, у** больных с ИБС и ГБ в тромбоцитах крови изменение показателей системы NO находится в определенной зависимости от уровня МК в крови. Наиболее выраженные сдвиги отмечается среди больных ГБс высоким уровнем МК.

Выводы. Повышение уровня МК в крови при ИБС и ГБ способствует нарушению системы NO в тромбоцитах крови, что несомненно отражается в их функциональном состоянии: повышает агрегационную активность и увеличивает риск развития осложнений со стороны ССС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ И ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Абдуллаев А.К., Мавлянов И.Р.
Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Цель. Определить содержание сывороточного альбумина и состояние тромбоцитарного звена гемостаза у больных гипертонической бо-

лезнью и ишемической болезни сердца в зависимости от уровня мочевой кислоты в крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 больных ИБС и 57 больных ГБ в возрасте от 34 до 60 лет. Каждая нозологическая группа в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы: I группа с гиперурикемией (повышенным уровнем мочевой кислоты) и II группа – с нормальным уровнем МК (без гиперурикемией).

Результаты. Полученные результаты показывают, что у больных I группы уровень NO и NO –синтазы по сравнению с контрольной группой снижались на 20,8% и 10,1%, а во II группе – соответственно на 36,5% и 32,2%. Содержание iNOS и ONOO в тромбоцитах в I группе повышались соответственно на 8% и 19% , а во II группе - на 31,7% и 28,6% соответственно по сравнению с контрольной группой. У больных ИБС I группы уровень тромбоцитарного оксида азота (NO) и активности NO –синтазы по сравнению с контрольной группой снижается на 24,6% и 31,1%, а во II группе - на 11,2% и 4,2%, соответственно. Активность iNOS и содержание ONOO в тромбоцитах крови у больных ИБС в I группе по сравнению с контрольной повышается на 38,5% и 33,3%, а во II группе - на 10,9% и 44,3%. При изучении содержания альбумина крови выявлено, что у больных ГБ Iгруппы иII группы содержание альбумина составляет соответственно 43% и 34% от общего пула белков сыворотки. В то же время в этих группах альбумин снижался на 32,3% и 47,5% соответственно по сравнению контрольной группой. Содержание альбумина в крови у больных ИБС по сравнению с контролем было снижено в среднем на 27%. В тоже время у больных с нормальным уровнем МК содержание альбуминов крови по сравнению со средним значением было выше на 8,3%, а у больных с повышенным уровнем МК было, наоборот, ниже на 9,2%, соответственно.

Следовательно, у больных ГБ и ИБС содержание альбумина имеет тенденцию к снижению, а включение гиперурикемии к данным патологиям способствует ещё большему снижению содержания белка, которого необходимо учитывать при разработке тактики лечения. Кроме того, у больных с изучаемыми патологиями в тромбоцитах крови изменение показателей системы NO находится в определенной зависимости от уровня МК в крови. Наиболее выраженные сдвиги отмечаются среди больных с высоким уровнем МК. Таким образом, повышение уровня мочевой кислоты способствует снижению концентрации альбумина крови, вследствие которого, возможно, происходят выраженные изменения в системе NO тромбоцитов.

Выводы. 1.У больных ГБ и ИБС имеет место снижение уровня альбуминов крови и нарушения в показателях системы NO тромбоцитов.

2. Нарушение функционального состояния тромбоцитов связано со снижением содержания альбумина крови, выраженность которого зависит от уровня МК крови.

ВЛИЯНИЕ ФЛАТЕРОНА И СТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А.,
Касымова Г.М., Сулейманова Э.Л.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение влияния препарата флатерон и аторвастатина на некоторые показатели липидного обмена, свертывающей системы крови и толщину комплекса интима-медиа у больных ИБС и атеросклерозом.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные ИБС (стабильной стенокардией II–III ФК и атеросклерозом узбекской популяции. 17 пациентов I группы принимали растительный гиполипидемический препарат флатерон (несколько флавоноидов), по 100 мг 3 раза в сутки, 19 пациентов II группы принимали аторвастатин в дозе 20 мг в сутки. Определяли в крови общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности(ХС-ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности(ХС-ЛПВП), триглицериды(ТГ), до начала исследования и через 3 месяца приема препаратов(«Humalyaser 2000», Германия). Исследования - ЭКГ, ЭхоКГ, коагулограмма. Базисное лечение включало антиагреганты, иАПФ, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, при необходимости - нитраты. УЗИ и дуплексное сканирование проводили на аппарате Samsungmedison «SonoACEX6» (Корея).

Результаты. В течение 1-го месяца флатерон снизил ОХС на 2-3%, ТГ на 3-4%, ХС ЛПНП на 2-3%. Выявлены снижение ПТИ на 5-6% и фибриногена на 4-5%. Толщина комплекса интима-медиа в области бифуркации общей сонной артерии у этих больных имела тенденцию к уменьшению до 5-7% от исходных данных. Дальнейшее исследование выявило благоприятное гиполипидемическое влияние флатерона и его способность улучшать реологические свойства крови. Под влиянием растительного препарата флатерона содержание ОХС после 3-х месячной терапии снизилось на 22%, а аторвастатина - на 38,6% ($p < 0,001$). ХС-ЛПНП уменьшился на 29%, аторвастатин - на 42%. У больных обеих групп отмечалось снижение уровня ХСнеЛПВП: на 21% в I-й и на 40% во II-й ($p=0,001$). Значение соотношения ХС атерогенных липопротеидов (неЛПВП) и антиатерогенных (ЛПВП) или ХСнеЛПВП/ХС-ЛПВП у пациентов I группы снизился на 22%, а у пациентов II группы – на 44%. на фоне терапии флатероном и аторвастатином отсутствовали. Выявлено повышение концентрации ХС ЛПВП у больных Iи II групп, соответственно, с 1,29±0,77 до 1,30±0,36 и с 1,28±0,43 до 1,33±0,38 ммоль/л. При этом достоверно снижался уровень ТГ с 1,9 до 1,69 и с 1,51 до 0,92 ммоль/л, в I и II группах соответственно. Оба препарата переносились хорошо и случаев отмены их не было. По-прежнему актуальным является разработка и внедрение в медицинскую практику малотоксичных препаратов природного происхождения, особенно биологически активных соединений -флавоноидов. Препарат флатерон в течение 3 месяцев ока-

зал благоприятный гиполипидемический эффект у больных ИБС. При этом влияние аторвастатина было более выраженным.

Выводы. Больные узбекской популяции ИБС с атеросклерозом относятся к группе высокого риска и изучение генетических факторов для более эффективного применения как растительных препаратов, так и статинов имеет решающее значение для проведения целенаправленной липидкорригирующей терапии в плане профилактики атеротромбоза и связанных с ним грозных осложнений.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ ВСЛЕДСТВИЕ МЕНОРРАГИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ И ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

Абдуллаев С.М., Арифжанова Р.Г., М.М.Содиқжон ўғли
Наманганский областной многопрофильныймедицинской центр.
АндГосМИ.Узбекистан.

Цель: Изучение действия фитопрепаратов у больных с почечной патологией во время меноррагии.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 42 женщины с урологическими жалобами на фоне железодефицитной анемии (ЖДА) вследствие менструальных кровопотерь в возрасте от 16 до 47 лет. При лечении ЖДА использовалась диетотерапия и фитотерапия (препарат Эвика в составе которого имеется 6 видов растений, в том числе тысячелистник, обыкновенный полевой хвощ, крапива). Из этих растений готовили сборы и пациенты принимали его с первого по последний день менструации. После менструации пациенткам рекомендовали употреблять продукты, содержащие большое количество железа, а препараты железа принимали только пациентки с выраженной ЖДА.

Результаты: Показано, что регулярное применение растительных гемостатических средств в течение полугода способствует восстановлению показателей красной крови без применения препаратов железа. Установлено повышение гемоглобина и числа эритроцитов у 29 из 42 больных. Уровень гемоглобина в среднем составил в этой группе 120г/л. Степень повышения колебалась от 13 до 28%. Уровень железа сыворотки в среднем повысился до 14,5 ммоль/л.

Выводы: Положительные сдвиги со стороны показателей красной крови сопровождались улучшением общего состояния и снижением числа простудных заболеваний. У 4 больных прекратились рецидивы инфекции нижних мочевых путей. Достоверное улучшение показателей красной крови при применении фитотерапии доказывает целесообразность использования этого метода в комплексном лечении ЖДА на почве менструальных кровопотерь.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдурасулов Ф.П., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х., Эргашев А.Х.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель. Изучить особенности метаболического синдрома у подростков.

Материалы и методы. В исследование включены дети в возрасте от 7-15лет,16 девочек и 14 мальчиков, контрольная группа 20 детей, имеющих рост и вес соответственно возрасту. Избыток веса у девочек составил 9,5±2,3 кг, у мальчиков 10,2±1,7кг. Рост больных детей не отличался от контрольной группы. Индекс массы тела в контрольной группе составил 14,3±2,12 в группе больных мальчиков 23,4±1,8, в группе девочек 27.2±1,8. В анамнезе у детей установлено, что 8 мальчиков и 5 девочек рождены кесаревым сечением. Из 30 больных только 2 были на грудном вскармливании, получали пищу с общего стола. Концентрация глюкозы плазмы натощак выше (5,5±1,2ммоль/л) по сравнению с контрольной (3,5±1,5ммоль/л), как и постпрандиальная (7,8±1,4ммоль/л) соответственно (6,66±1.8ммоль/л). Субъективные проявления: ощущение усталости и истощенности, приступы сильного голода или тяги к сладкому, эмоциональные нарушения (раздражительность, слезливость, панические настроения, вспышки гнева, агрессивное поведение) и абдоминальное ожирение. АД отличалось от контрольной группы на 10±8мм.рт.ст систолическое, а диастолическое давление на 10±5мм.рт.ст.

Результаты. Повышены уровни триглицеридов 175±1,69 мг/дл и холестерин 8,03±0,75ммоль /л по сравнению с контрольной группой. Холестерин 8,03±0,75ммоль/л (123±15 мг/дл и 4.2±0,25ммоль/л соответственно, уровень трийодтиронина снижен - 1,07±0,09нмоль/л (1,39 ± 0,07нмоль/мл), тиронина 104,7±8,7нмоль/л (129,26±2.65). Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ - 2,91±0,18Мед/л (4,21±0,17 Мед/л), ЛГ 2,1±0,11 Мед/л(7,46 ±0,34 Мед/л).

Вывод. Метаболический синдром у детей в пубертатном возрасте проявляется абдоминальным ожирением, повышением артериального давления, снижением уровня гормонов щитовидной железы.

ЗНАЧЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Абдурахманов О.Б., Джаббаров К.Д., Гафур-Ахунов М.А., Бердиева Ф.Б.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент.

Цель. На основании групповой принадлежности крови (системы АВО и Rh) выявить генетическую предрасположенность к возникновению ангиофибромы носоглотки.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ хирургических методов лечения больным с АН за 10 лет в оториноларингологическом отделении первой клиники. В отделениях ЛОР- болезней Самаркандского медицинского института и опухоли головы и шеи Республиканского онкологического научного центра с 2003 по 2014 гг. было обследовано 169 больных, из которых мужчины составили 88,1%, женщины - 11,9%. Из всего количества обследованных 69,92% человек составили

основную группу с диагнозом ангиофиброма носоглотки, контрольную группу входили 30,08 % здоровых доноров.

Результаты. В ходе исследования была изучена и предложена новая нозологическая единица - фарингопатия, которую можно определить как наследственное страдание слизистой оболочки глотки (Корюкин В.Е.,1993). Проведенные комплексные обследования больных с данной патологией убедительно показали, что при данной патологии, помимо страдания глотки, имелись также хронический гастрит с пониженной кислотообразующей функцией, гипотония и анемия в той или иной степени. При обследовании больных, находящихся на лечении у гастроэнтеролога по поводу анацидного гастрита, у 95% больных обнаружена фарингопатия. Больные, которые обращались к отоларингологу по поводу субатрофического фарингита часто не подозревали о наличии у них хронического анацидного гастрита, хотя периодически отмечали наличие диспепсических явлений. У 80% больных отмечалась железодефицитная анемия, причем каждый пятый больной неоднократно обращался к терапевту для ее лечения. Практически у всех больных была обнаружена гипотония. Часто симптомы со стороны глотки наблюдались у больных впервые после 15-19 лет, что мы связывали его сочетания с генетическим синдромом фарингопатии. Для лечения фарингопатии использовали местное лечение: закапывание через нос косточковых масел (лучше оливкового), прием таблеток с ментолом (фалиминт, щелочные ингаляции. Коррекция патологии желудка значительно облегчала течение заболевания. У большинства больных определялась вторая группа крови, резус-положительный.

Вывод. При обследовании и выявлении у здоровых лиц определенных групп крови системы АВО и Rh, их следует отнести к группе риска: с А(II) Rh(+) группой крови - по юношеской ангиофиброме основания черепа и фарингопатии.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Азизова Н.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Цельисследования: изучение предрасполагающих факторов развития метаболического синдрома у детей с бронхиальной астмой.

Материал и методы. С целью установления диагноза использовали сбор данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни по анкетным вопросникам. Распределение признаков в исследуемых группах сопоставили с использованием точного критерия Фишера. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. Всего обследовано 170 детей БА с МС. В 1-ю группу включены 80 детей БА, которым в ходе исследования был установлен МС. Во 2-ю группу вошли остальные 90 детей БА без МС. Анализ семейного анамнеза показал, что у детей БА с МС наблюдался

сахарный диабет у 1,5% по материнской линии и 1,9% случаев по отцовской. Помимо этого, ожирение является составляющим компонентом МС. Как показали данные, среди наблюдаемых детей отягощенная наследственность по ожирению встречалась по материнской линии в 57,3%, по отцовской 42,7% случаев. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что при ожирении с высокой частотой встречается артериальная гипертензия. Именно поэтому мы анализировали частоту встречаемости данного признака в семейном анамнезе у наблюдаемых детей, по результатам которого было выявлено, что среди наблюдаемых детей по материнской линии артериальная гипертония встречалась в 22,6%, а по отцовской линии в 17,8% случаев. Практически десятая часть детей и их родителей (11,2% от общего числа детей) не предъявляли никаких жалоб и не считали избыточную массу тела проблемой для здоровья. Более половины (51,2%) жаловались на стрии. У 10,2% выявлены жалобы на запоры. На головные боли жаловались 14,6% детей, на жажду – всего 1,2%, и 3,4% имели жалобы на повышение артериального давления. По результатам анкетирования было выявлено, что среди обследованных мальчиков с избыточной массой тела на фоне БА была снижена физическая активность у 35,8%, в то время как отмечалось нерегулярная физическая нагрузка у 44,6% детей с БА. У девочек нерегулярная физическая нагрузка отмечалось у 55,1% детей с БА и 44,8% имели сниженную физическую нагрузку.

Выводы. Таким образом, в семейном анамнезе детей БА с ожирением встречался весь спектр заболеваний, ассоциированных с МС. При этом наиболее распространена была отягощенная наследственность по ожирению, артериальной гипертонии и СД типа 2. Снижение физической активности отмечалось больше у детей с избыточной массой тела при БА ($p<0,05$), при этом, достоверных различий между мальчиками и девочками не выявлено.

hsСРБ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

Азимова М.И., Борзова Н.С., Ша-Ахмедова Л.Р., Ахматходжаева Д.А..
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Согласно текущей концепции атерогенеза, атеросклероз – это длительное, вялотекущее хроническое воспаление в интиме сосудов.Многочисленными исследованиями показано, что вялотекущее воспаление обнаруживают по повышению уровня hsСРБ (hs – highsensitive – высокочувствительный), и чем выше уровень, тем больше вероятность сердечнососудистых катастроф.hsСРБ – высокочувствительное измерение СРБ для определения базовых уровней в диапазоне от 0,005-10 мг/л. Для стратификации рисков сердечнососудистых заболеваний, значимым является уровень СРБ не превышающий 10 мг/л.

Широкое применение высокочувствительного измерения базовых уровней СРБ привело к оценке риска возникновения и развития сердечнососудистой патологии еще в субклинической стадии. Следует подчеркнуть, что оценка риска кардиоваскулярных заболеваний с помощью

hsСРБ может быть показательной только в комплексе с определением соотношения общего ХС и ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП.

Несмотря на то, что hsСРБ является независимым предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений, анализ большого количества данных выявил корреляцию между уровнем hsСРБ и основными компонентами метаболического синдрома (МС). Чем больше компонентов МС, тем выше СРБ.Выявлено, что у взрослых пациентов с МС риск иметь hsСРБ более 3,0 мг/л – в 4 раза выше, чем у здоровых лиц. Среди пациентов с МСhsСРБ повышен у 38,4% лиц, а среди пациентов, не имеющих МС, повышен только у 10,3% лиц.Было также выявлено, что у больных с МС повышенные уровни hsСРБ (10,6 ± 5,5мг/л, контрольная группа 3,5 ± 0,8 мг/л) были положительно связаны с индексом массы тела, окружностью талии, общим холестерином, ХС-ЛПНП, триглицеридами, концентрацией глюкозы натощак. Отрицательная связь отмечена между hsСРБ и ХС-ЛПВП.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабирджанова З.Т., Каюмова Н.К.
РСНПЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности влияния физиотенза на структурно-функциональное состояние левого желудочка у больных метаболическим синдромом на фоне артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов с АГ II-III степени с МС с избыточной массой тела (индекс Кетле = 34,3±0,8 кг/м2), в возрасте 54,4±1,1 года и продолжительностью заболевания 12,5±1,5 лет. Больные разделены на 2 группы: I (основная) группа - 32 человека в течение 6 месяцев принимала физиотенз в дозе 0,2-0, 4 мг/сут., II группа (сравнения) - 29 человек принимала гипотензивную терапию, не включающую агонист имидазолиновых рецепторов. Всем пациентам регистрировалась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, с записью последовательных пяти сердечных циклов. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось на аппарате Samsungmedison «Accuvix.V20» (Корея). Рассчитывались показатели индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка (ЛЖ) и относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ, был определен тип ремоделирования ЛЖ. Проведен анализ изменений дисперсии интервала QT (QTd) и расчет QT корригированного (QTcd) по формуле Базетта.

Результаты. Динамическое наблюдение за артериальным давлением (АД) в течение 6 месяцев свидетельствует о достоверном снижении систолического (АДс) и диастолического (АДд) АД в основной группе на 23,7% и 16,2% ($p<0,001$), в группе сравнения на 19,9% и 8,7% ($p<0,05$). По данным ЭхоКГ (в зависимости от ИММЛЖ и ОТС) у больных АГ II степени выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) у 18 человек (29,5%), у 2 человек (3,3%) - концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ); больные АГ III степени 14 человек (22,9%) имели эксцентрическую гипер-

трофию ЛЖ (ЭГЛЖ) и 27 человек (44,3%) - КГЛЖ. Наблюдалась корреляция между QTcd и ИММЛЖ (r=0,61; p<0,05) и QTcd и уровнем АДс (r=0,58; p<0,05). По данным ЭКГ в группе больных АГ III степени отмечено увеличение частоты желудочковых нарушений ритма (одиночная и парная желудочковая экстрасистолия) на 27% по сравнению с больными АГ II степени. На фоне 6-месячной терапии физиотензом у больных основной группы наблюдалось снижение ИММЛЖ на 15,2% (p<0,05) и уменьшение показателей QTd и QTcd. Достоверного изменения показателей ИММЛЖ, QTd и QTcd в группе сравнения не отмечалось.

Выводы. Прогрессирование АГ у больных с метаболическими нарушениями ассоциируется с увеличением продолжительности интервала QT, дисперсией QTc и увеличением частоты желудочковых нарушений ритма. На фоне шестимесячной терапии физиотензом наблюдался достоверный гипотензивный эффект, сопровождающийся уменьшением гипертрофии ЛЖ, продолжительности интервала QT и QTc, а также уменьшением частоты желудочковых аритмий.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д.
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ), сочетающейся с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы.Обследовано 28 больных (19 мужчин и 9 женщины) в возрасте от 38 до 68 лет (средний возраст 50,42±5,87 года). Длительность АГ составила в среднем 9,85±5,49 лет.У больных определяли уровень холестерина, липопротеидов, глюкозы крови, рассчитали индекс массы тела (ИМТ) и тип ожирения, проводились ЭКГ и ЭхоКГ с расчетом показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики, а также структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) по общепринятой методике.Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось на аппарате Samsungmedison «Accuvix.V20» (Корея).Все признаки МС отмечены у 19% больных. У 11% больных выявлено наличие 3-х критериев (АГ, абдоминальное ожирение и гиперлипидемия), у 24% - наличие 2-х критериев, у 26% больных – одного признака МС. Признаков МС не было найдено у 20% обследованных.

Результаты исследования. Показано, что у больных АГ по мере увеличения количества признаков МС отмечалось достоверное увеличение внутрисердечных размеров, объемов, толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, а также отмечена тенденция к нарастанию массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по сравнению с больными АГ без признаков МС.У больных, страдавших АГ без других клинических признаков МС, показатель ММЛЖ был равен 4,6±4,9%, т.е.

реально существовавшая ММЛЖ практически полностью была адекватной уровню АД у данных пациентов. Однако у лиц, имевших хотя бы один компонент МС в дополнении к АГ, средний показатель ММЛЖ достоверно превышал уровень этого показателя в группе больных с изолированной АГ.

В показателях центральной гемодинамики и геометрии сердца в зависимости от ИМТ и индекса талия/бедра (ИТБ), при повышении показателя ИМТ отмечалась тенденция к повышению ММЛЖ и снижению показателя общего периферического сосудистого сопротивления. При разделении больных на группы в зависимости от показателя ИТБ эта тенденция сохранялась, причем у женщин с абдоминальным ожирением показатель ММЛЖ в среднем по группе достоверно увеличивался.

Частота гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и ее типов в группах лиц с различным количеством признаков МС была установлена также и среди больных АГ без признаков МС: ГЛЖ отсутствовала у 57%. Эксцентричная ГЛЖ обнаружена у 28%, концентрическая у 15%. В то же время у лиц с 4 признаками МС ГЛЖ составила 22,7%; 27% и 50% соответственно.Нарушение диастолической функции обнаружено у 7% больных АГ без МС, в то время как у больных, имеющих 4 признака МС, доля пациентов с нарушением диастолической функции сердца составила 42,8%.

Выводы. Таким образом, наиболее оптимальным подходом к коррекции комплекса факторов МС является проведение мультифакторной коррегирующей терапии, которая способна уменьшить ряд метаболических нарушений и снизить суммарный риск осложнений у больных АГ.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.

Андреева А.А., Бабак О.Я., Башкирова А.Д.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: оптимизация диагностики и лечения гипертензивных (ГБ) пациентов с абдомінальным ожирением (АО) при помощи изучения уровня эндотелиальной синтазы оксида азота (eNos) и эндотелий-зависимой вазодилятации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) на фоне приема комбинированной антигипертензивной и статинотерапии.

Материалы и методы. Было обследовано 101 пациентов и сформировано три группы: 1-я больные гипертонической болезнью (n=25), 2я гипертензивные больные с ожирением (n=59), 3я практически здоровые люди (n=17). Все пациенты были распределены по полу и возрасту. Средний возраст составил (63,3±4,7) лет. Наличие ожирения диагностировали при объеме талии у мужчин более 112 см, а у женщин более 88 см. Уровень eNos в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом («Uscscn Life Inc. Wuhan», Китай). Показатели ЭЗВД ПА были расчитаны методом Celermajer O. с помощью ультразвуковой системы («General Electric», США). Лечение включало использование олмесартана

медоксомила в дозе 20 мг и амлодипина 5 мг один раз в день с добавлением аторвастатина в дозе 20 мг 1 раз в день.

Результаты. Полученные при исследовании данные подтверждают постепенное снижение данного вазодилататора в крови у больных ГБ как с АО, так и без него, однако оно наиболее выраженное в случае ГБ с АО. При этом уровень eNos был ниже контрольного показателя (431,5±34,2) пг/мл при ГБ без АО (295,6±26,7) пг/мл, ($p<0,05$), и при Гб с АО (323,7±24,6) пг/мл ($p>0,05$). У больных ГБ с АО наблюдается больший процент пациентов с нарушенной ЭЗВД в сравнении с пациентами с ГБ. Так, в случае наличия АО у больных ГБ нормальная ЭЗВД наблюдалась у 1 чел. (2,2%), без изменений наблюдалось у 3 чел. (6,6%), нарушение – у 41 чел. (91,2%). При ГБ такие результаты наблюдались соответственно у 2 (10%) пациентов, без изменений – у 4 (20%) чел., снижение – у 14 пациентов (70%).

Через 12 месяцев применения комбинированной антигипертензивной терапии ЭЗВД ПА достоверно выросла, что свидетельствует на пользу улучшения функционального состояния эндотелия на фоне терапии олмесартаном с амлодипином. Интересные данные были получены при сравнении ЭЗВД в группе больных ГБ с АО в зависимости от дополнительного назначения аторвастатина. При этом если прирост диаметра ПА у больных ГБ с АО в целом по группе до и после лечения составил соответственно (7,6±0,94%) и (10,4±0,83%), то в случае назначения дополнительно аторвастатина наблюдалось увеличение этого показателя с/на 26,9% против 46,6% соответственно.

Выводы. Такие данные могут свидетельствовать в пользу использования комбинированной антигипертензивной терапии олмесартаном и амлодипином с добавленим аторвастатина у больных ГБ с АО, дислипидемией и наличем эндотелиальной дисфункции.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Аралов М.Д., Ахматов А.
Самаркандский государственный медицинский институт,Узбекистан.

Цель. Оценить эффективность комплексного лечения недостаточности кровообращения (НК) с применением тиотриазолина у детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 74 больных в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с ВПС в отделении кардиоревматологии. При постановке топического диагноза применялись общеклинические, ЭКГ и рентгенологические методы. Структурные параметры сердца определяли по общепринятой методике по данным ЭхоКГ. Из 74 обследованных у 28 установлена тетрада Фалло, у 32 –ДМЖП, У 13-ДМПП, У 4 - ОАП. В зависимости от выраженности нарушений гемодинамики, все больные разделены на две группы: с умеренными и тяжелыми степенями НК. Тяжелая степень кровообращения наблюдалось с ДМЖП у 80 % детей, с ДМПП – у 46%, с ОАП - у 50% детей, с тетрадой Фалло – 100%.

При наличии застойной НК наряду с традиционными методами для улучшения метаболизма в миокарде в комплекс терапии включали тиотриазолин из расчета 2мг/кг м.т. по схеме: 2,5%раствор внутривенно капельно на 100мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида в течение 5 дней с последующим переходом на прием внутрь в таблетках 3 раза в сутки в течение 1 месяца. У 27 больных с тетрадой Фалло во избежание тромбоэмболических осложнений применяли курантил в дозе 1-2 мг/кг м.т.внутрь 3 раза в сутки.

Результаты. Установлено, что после проведения кардиопротекторной терапии у 63(86%) больных с тяжелой степенью НК наблюдалась положительная динамика клинико-функциональных показателей: улучшилось общее состояние, настроение стало бодрее, одышка в покое исчезла у 62(83,7%), тахикардия уменьщилась в среднем на 15%, увеличился суточный диурез, уменьшились размеры печени. По данным ЭхоКГ уменьшился гипокинез, конечный диастолический индекс (КДИ – 219,4мл/м ^{2} ,норма <82мл/м^2), увеличилась сократительная способность миокарда (ФВ увеличилась с 43,2% до 54,3%). На рентгенограмме у 71% больных отмечалось уменьшение левой границы сердца. У 43(58,1%) больных с умеренной степенью НК клинико-функциональные показатели сердца приближался к таковым как у практически здоровых детей соответствующих возрастов.

Выводы. Таким образом, включение в комплекс терапии НК тиотриазолина у больных с ВПС установлена положительная динамика клинико-функциональных показателей у 86% больных с тяжелой степенью НК, что позволяют рекомендовать включение данного препарата в комплекс лечения больных с различной степенью НК с ВПС у детей.

КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Арзамасцева О.В., Овсиенко А.Б., Луговая Л.П., Бестаева А.Э.
ФГБУ « ГНИИ Курортологии ФМБА России»; г.Пятигорск, Россия

Цель: Применение питьевого лечениях комплексной терапииинсулинорезистентностиу женщин при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), имеющих ожирения и нарушения менструальной функции

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 60 женщин в возрасте от 20 до 45 лет с СПКЯ, имеющих метаболические нарушения. Пациенткам проводилась оценка антропометрических данных (вес, рост, ИМТ, ОТ и ОБ; ОТ/ОБ) и данных объективного гинекологического статуса, биохимические исследования (инсулин, глюкоза крови, индекс НОМА, липидог-рамма, печёночные пробы); иммуноферментное исследование крови (ТТГ, ЛГ,ФСГ, ЛГ/ФСГ, пролактин, свободный тестостерон, ДЭА-S, эстрадиол, про-гестерон), сонография малого таза, гепатобилиарной системы; оценивались клинико-анамнестические данные. Все указанные исследования проводились до и после лечения. Пациентки были распределены в 2 группы. В 1-ой группе наблюдения (30 пациенток) назначалось

медикаментозное лечение: глюкофаж Лонг 1.500 тыс. ед в сутки;фенотропил – 30 дней; гепар композитум (гомеопатический препарат фирмы Heel, Германия) в\м 1 раз в неделю, курсом 4 недели; во 2-ой группе (20 чел.) пациентки получали внутренний приём питьевой минеральной воды углекислой гидрокарбонатной натриевой (источник №17 Пятигорска) и медикаментозное лечение, аналогичное назначаемому лечению в 1-ой группе. Лечение женщин во всех 2-х группах проводилось при дробном питании (6 раз в день), соблюдении диеты №9 и на фоне терренкуров.

Результаты: Установлено снижение натощакового инсулина, снижение массы тела (до 4- 6 кг в месяц), некоторое уменьшение ИМТ и уменьшение объёма талии (ОТ) до 79-80 см, улучшение показателей липидограммы в обеих группах, но более заметно во второй. При УЗИ гепатобилиарной системы изначально выявлялся жировой гепатоз во всех случаях наблюдения.Свободный тестостерон незначительно снижался, а уровень эстрадиола изменялся мало и недостоверно. Более значительное уменьшение метаболических нарушений и улучшение показателей объективного статуса наблюдалось у пациенток во 2-ой группе, получавших наряду с указанным медикаментозным лечением питьевое лечение минеральными водами. У женщин в обеих группах при снижении массы тела минимально на 5% от исходной восстановилась менструальная функция.

Выводы:Применение питьевого лечения в комплексной терапии инсулинорезистентности у женщин с СПКЯ существенно повышает эффект проводимой терапии метаболических нарушений уданной категории пациенток .

БЕЛКОВЫЕ СПЕКТРЫ И МАРКЕРЫ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИВ ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ

Арипов А.Н, Фесенко Л.М., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось оценка состояния белковых профилей, перекисного окисления липидов (ПОЛ) и факторов антиоксидантной системы (АОС) крови детей, больных ХГВ.

Материал и методы. Масс-пектрофотометрическим анализом с *MALDI*-типом ионизации проведено исследование образцов крови 45 больных ХГВ. Для определения пептидного профиля использовали диапазон 16 и 25 кД. Детоксикационную функцию оценивали по содержанию среднемолекулярных пептидов (СМП), веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ), олигопептидов. Процессы ПОЛ изучали по содержанию малонового диальдегида (МДА), состояние антиоксидантной системы по уровню каталазы и СОД. Диагноз ставился на основании клиники и верифицировался по результатам ПЦР и ИФА.

Результаты. В результате протеомного анализа плазмы крови больных ХГВ были идентифицированы 33-36 белков, большинство из ко-

торых характерны для фазы обострения заболевания и появляются в крови больных ХГВ вследствие целого ряда процессов, вызванных действием HBV. Среди них, с частотой 60-90% выявлялось достоверно измененное содержание гликопротеина, транссерритина, аполипопротеинов, церулоплазмина, гаптоглобина. При активной форме ХГВ выявлено появление МС двух пиков, отсутствующих в контрольном материале и соответствующие сывороточному амилоиду А1 и его укороченной по N-концевому аргинину форме, что позволяет считать эти белки маркерами активной формы хронического гепатита.

Изменение пептидного спектра в крови больных связано с интоксикационными процессами. Выявлено достоверное повышение уровня СМП, ВНиСММ, олигопептидов и МДА у всех больных с максимальными значениями в стадии обострение заболевания. На фоне лечения параллельно положительной динамике заболевания отмечалось достоверное снижение уровня эндотоксемии и МДА. В периоде ремиссии уровень МДА у больных с выраженной степенью активности ХГВ оставался значительно выше нормы, а у больных с умеренной активностью приближался к норме.

В результате исследования состояния АОС звена установлено угнетение активности каталазы сыворотки ($p < 0,001$), у всей группы больных с минимальными значениями в стадию обострения. Наиболее выраженные изменения наблюдались у больных с выраженным течением заболевания. Так как каталаза является преимущественно внутриэритроцитарным ферментом, то активация свободнорадикальных процессов в мембранах эритроцитов, усиленный их гемолиз может приводить к снижению активности каталазы. Активность супероксиддисмутазы эритроцитов характеризовалась снижением, максимально выраженным у пациентов с выраженной активностьзаболевания.

Белок острой фазы церулоплазмин обладает антиоксидазной активностью. Отмечено достоверное снижение его активности в стадии обострения. На фоне лечения, отмечено повышение уровня церулоплазмина, однако у больных с выраженной степенью активности к периоду ремиссии содержание его оставалось ниже нормальных значений.

Выводы.Таким образом, анализируя результаты проведенных исследований, можно сделать заключение, что при ХГВ возникают неспецифические метаболические расстройства в виде изменения протеомного спектра, активации процессов ПОЛ и угнетение_АОС.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Фесенко Л.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз., Ташкент

Цель: изучение некоторых механизмов прогрессирования ХГВ с учетом характера, выраженности и направленности метаболических реакций в лимфоцитах крови у детей.

Методы исследования: С целью детализации нарушения структуры фосфолипидного бислоя плазматических лимфоцитарных мембран у 45 детей, больных ХГВ. Из них у 32 диагностирована умеренная активность и у 13 – выраженная активность ХГВ. Исследование липидного спектра мембран лимфоцитов крови включало определение общих липидов (ОЛ), общих фосфолипидов и фосфолипидного состава (ФЛ), показатели ПОЛ-АОС.

Результаты. Как выявлено в процессе исследования, липидный состав мембран лимфоцитов у детей с ХГВ отличался контрольной группы: обнаружено снижение содержании ОЛ до 4,60±0,14 мкмоль/мг· б при умеренной активности ХГВ и до 5,75±0,043 мкмоль/мг·б (P<0,05) при выраженной активности (при контрольном значении 3,59±0,25 мкмоль/мг·б). С одной стороны, снижение содержания ОЛ в лимфоцитах могло быть связано с возможным внутриклеточным перераспределением, вызванным действием вирусов, вероятно, способных оказывать ингибирующее влияние на метаболическую активность инфицированных клеток.С другой стороны, уменьшение содержания общих липидов в мембранах лимфоцитов по сравнению с контролем, очевидно, обусловлено снижением содержания в них фосфолипидов. Действительно, уровень суммарных фосфолипидов при умеренной активности понижен на 28,1%, при выраженной – на 42,9%. Одновременно наблюдалось выраженное повышение уровня ХЛ, определяющего жесткость плазматической мембраны и выполняющего роль регулятора, обеспечивающего правильную упаковку липидной части мембраны. Причем, у больных ХГВ умеренной активности повышение уровня ХЛ в лимфоцитах превышало контрольное значение на 49,5%, при выраженной–на 60,2%. (P<0,001).

Выводы.Таким образом, выявленные изменения поверхностной архитектоники, микровязкости мембран в совокупности со взаимосвязанными с этими изменениями структурных и функциональных свойств мембран, являются важным звеном в механизме прогрессирования ХГВ.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Арипов А.Н., Фесенко Л.М., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент

Цель – оценка ассоциативной связи иммунного ответа ФНО-α и метаболического звена с формированием активности хронического воспалительного процесса в печени.

Материал и методы. Всего обследовано 40 детей больных ХГВ: 1-я подгруппа – с умеренной степенью активности хронического ВГВ (*n* = 28); 2-я подгруппа – с выраженной степенью активности ХГВ (*n* = 12). Диагноз ставился на основании клиники и верифицировался по результатам ПЦР и ИФА.В работе использовался метод ПЦР с детекцией в режиме реального времени(RotorGene 6000). Процессы ПОЛ изучали по со-

держанию малонового диальдегида (МДА), состояние антиоксидантной системы по уровню каталазы и СОД .

Результаты. При изучении частоты полиморфного варианта TNF-α в обследованных подгруппах больных ВГВ были выявлены различия в частотах неблагоприятных генотипов. Исследование уровня ФНО-α показало, что повышенное его содержание встречается достоверно чаще у больных с выраженной активностью хронического ВГВ по сравнению с детьми с умеренной активностью (до 119,5±8,42 пкг/мл при выраженной активности; 74,55±6,50 –при умеренной активности при контроле 26,44 ±3,11 пкг/мл) и ассоциирован с более высокими уровнями эндотоксемии и метаболическими показателями. Избыток ФНО в гепатоцитах стимулирует синтез протеина NF-fUB, который также отвечает за воспаление. Протеомный статус крови человека напрямую связан с состоянием метаболического статуса. Метаболический сдвиг в организме больного ребенка при ХГВ выражается ферментемией, зависящей от степени активности патологического процесса, интенсификацией реакции ПОЛ и подавлением ферментов АОС. Уровень МДА в крови при умеренной и выраженной активности хронического гепатита повышается по сравнению с контролем в 2,8 и в 3,3 раза соответственно. Почти аналогичная динамика прослеживается при изучении содержания ДК. На этом фоне происходит заметное угнетение активности антиоксидантных ферментов - СОД и каталазы.

Выводы.Таким образом, выявленные ассоциации содержания ФНО-α с различной активностью воспалительного процесса и формированием метаболического сдвига при ВГВ и высоким уровнем биохимических параметров вносят значимый вклад в формирование заболевания, что позволяет считать их маркерами нарушений иммунной системы и активности течения воспалительного процесса в печени.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Арифов С.С., Исмагилов А.И.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение компонентов метаболического синдрома у больных, страдающих псориазом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 145 больных (мужчин было 99, женщин – 46) в возрасте от 9 до 73 лет. Среди обследованных лиц подавляющее большинство больных были в активном трудоспособном возрасте – 126 (86,9%). Давность заболевания составила от 1 месяца до 41 года. Контрольную группу составили 40 лиц (мужчин – 26, женщин – 14), не болеющих псориазом.

Результаты. Среди наблюдаемых больных 37 (25,52%) занимались физическим трудом (рабочие колхозов, совхозов и промышленных предприятий), 28 (19,31%) – умственным трудом (служащие, врачи, учителя), 21 (14,48%) – обучались в высших и средних учебных заведениях, 37

(25,52%) – неработающие лица активного трудового возраста и 22 (15,17%) – пенсионеры. Среди наблюдаемых нами больных у 111 (76,55%) была диагностирована вульгарная, у 28 (19,31%) – экссудативная и у 6 (4,14%) эритродермическая формы псориаза.У наблюдаемых нами больных псориазом гиперлипидемия была выявлена в 17,2% случаях, гипертоническая болезнь – 15,8%, диабет и преддиабет – 6,8%,тогда как в группе здоровых лиц, не болеющих псориазом, эти параметры составили 12%, 10% 2,5% соответственно. При анализе выявленных компонентов метаболического синдрома с клиническими формами псориаза установлено, что чем тяжелее протекает псориаз, тем больше наблюдается проявлений метаболического синдрома и их сочетаний.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют, что у больных псориазом чаще встречаются компоненты метаболического синдрома, выраженность которых зависит от тяжести заболевания.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ РЕТИНОПАТИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Арнопольская Д.И. (1), Кхера А. (2), Мухамедова М.Г. (3)
(1) ООО «НурШах», Ташкент, Узбекистан
(2) ООО «Орион Медисити», Ташкент, Узбекистан
(3) Национальный Университет Узбекистана им. Мирзо Улугбека, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить характер состояние метаболизма у больных с пролиферативной ретинопатией без сахарного диабета.

Материал и методы. Ретроспективное исследование, включившее 8 больных, обследованных и получавших лечение по поводу пролиферативной ретинопатии в клиниках ООО «КузТибСервис» и ООО «Орион Медисити» (Ташкент, Узбекистан) с исключенным диагнозом Сахарный Диабет. Исследованы углеводный обмен (тощаковая и постпрандиальная гликемия, гликированный гемоглобин), инсулин крови, липидный спектр, мочевая кислота, общий анализ мочи, объем талии и бедер, индекс массы тела, артериальное давление.

Результаты. У всех больных показатели углеводного обмена были в пределах нормальных значений, гиперурикемия отмечалась у 2 больных (25%). У всех больных отмечалось дислипидемия, при этом у 5 больных обнаружен IIb (62,5%), а у 3 больных – IV тип дислипидемии (37,5%) по Фредериксену. У всех больных обнаружена протеинурия (до 1г/л), повышение индекса массы тела (в среднем 32,97±2,47кг/м*м), абдоминальное ожирение (объем талии в среднем 116,73±4,48см). Инсулин крови также был повышен у всех больных, подтверждая роль гиперинсулинемии в развитии метаболического синдрома.

Выводы. Метаболический синдром, включающий в себя гиперинсулинемию, дислипидемию, артериальную гипертензию, абдоминальное ожирение, может ассоциироваться с пролиферативной ретинопатией и нефропатией, независимо от наличия нарушений углеводного обмена.

При этом патогенетические механизмы включают эндотелиальную дисфункцию за счет нарушений функционального состояния эндотелия на фоне нарушений других ветвей обмена веществ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТФОРМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ.

Асланова И.Ж., Мирзаева Д.Б., Асланова Ш.Ж.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара

Цель. Изучение эффективности метформина в лечении хронического пиелонефрита при нарушенной толерантности к глюкозе.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных хроническим пиелонефритом (ХП) в возрасте 40-60 лет в сочетании с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ). Для изучения эффективности коррекции гипергликемии в лечении больных с ХП, протекающим в сочетании с НТГ назначен препарат из группы бигуанидов – Сиофор (компания “Berlin-Chemie”) в средней суточной дозы 850 мг. в течение 30 дней. Все показатели изучались до и после лечения. При оценке клинической картины изучался ряд симптомов (в настоящем сообщении обсуждаются тяжесть и боль в поясничной области, головные боли, пастозность лица, наличие симптома Тофило и симптом Пастернацкого). Лабораторные данные представлены показателями гликемии (полученных в ходе проведения глюкозотолерантного теста) и количеством лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл.мочи. Тест толерантности к глюкозе проводился путём определения гликемии натощак, а также после приёма обследуемым глюкозы через 1 и 2 часа.

Результаты. Установлено, что среди лиц с НТГ имеет место высокая частота клинических признаков ХП. Такие важные симптомы ХП как тяжесть и боль в поясничной области, головные боли, пастозность лица, наличие симптома Тофило и симптом Пастернацкого встречались у всех пациентов с ХП. На фоне лечения частота этих симптомов значительно уменьшилась (83,33 %; 60%; 76,67%; 63,33% и 66,67% соответственно). Следует отметить, что снижение этих показателей было статически значимо ($p<0,05$). Содержание лейкоцитов и эритроцитов проводилось путём определения их в 1 мл.мочи. Полученные данные свидетельствуют о том, что после назначения Сиофора имеет место значительное снижение в моче лейкоцитов (с 3675 до 2220) и эритроцитов (с 1730 до 1183). Снижение содержания этих элементов было статистически значимо ($p<0,05$). В ходе изучения показателей гликемической кривой было установлено, что в процессе применения Сиофора произошло снижение всех показателей гликемической кривой. Гликемия натощак снизилась с 5,69 до 5,54 ммоль, гликемии через 1 час после стандартной нагрузки глюкозой с 7,95 до 7,27 ммоль и гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозы с 7,55 до 6,77 ммоль.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение Сиофора у больных ХП в сочетании с НТГ может

улучшать клиническое течение ХП. Вместе с тем, применение Сиофора у больных ХП в сочетании с НТГ, наряду с улучшением самочувствия пациентов, позволяет получить положительную динамику содержания лейкоцитов и эритроцитов в моче.

МЕСТО ОПРОСНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ

Аслонова Ш.Ж.,Аслонова И.Ж., Ашурова Н.Г.
Бухарский Государственный медицинский институт

Цель: Использование опросника Роуза для выявления стенокардии напряжения на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы:Обследованна репрезентативная выборкоа из неорганизованного населения мужчин и женщин 15-69 лет города Бухарыв количестве 1100 человек.

Результаты: Для выяснения вопроса о качестве диагностической работы в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), был проведен анализ данных о совпадении диагнозов ИБС, установленных в ЛПУ и диагнозов ИБС, установленных в ходе настоящего научного исследования. Оказалось, что в достаточно большом числе случаев эти диагнозы не совпадают. Среди 167 лиц, которым был установлен диагноз ИБС, ранее в ЛПУ это заболевание было выявлено только у 64 из них (38,32%). Среди лиц, у которых в ходе исследования были выявлены рубцовые изменения миокарда, характерные для перенесенного ИМ (33 человека), врачами ЛПУ этот диагноз был установлен только у каждого третьего больного (11 человек). Установлено, что стенокардия напряжения, врачами ЛПУ была выявлена только в половине случаев (50,98%). Из числа всех случаев безболевой формы ИБС в ЛПУ был выявлен только каждый пятый случай (4 из 20 случаев, т.е. 20,0%). Наиболее часто в ЛПУ выявляются случаи ИБС, сочетающих стенокардию и ЭКГ изменения (76,47%). Следует отметить, что даже при сочетании типичной стенокардии напряжения с ишемическими изменениями на ЭКГ, диагноз ИБС не устанавливается практически в каждом четвёртом случае.

Выводы: Применение опросных методов диагностики стенокардии способствует оптимизации диагностической работы среди. Для оптимизации лечебно-профилактических и диагностического процессов необходимо шире внедрять стандартные неинвазивные методы диагностики.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА, БИСОПРОЛОЛА И ВЕРОШПИРОНА НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель:изучить антиремоделирующую эффективность периндоприла, бисопролола и верошпирона у больных с ХСН и МС.

Материалы и методы: Обследовано 60 больных мужского пола, находившиеся на лечении в ГКБ №7 г. Ташкента с ХСН (II-III ФК, NYHA) и постинфарктным кардиосклерозом. Давность перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 5 лет. Выделены 3 группы больных: I группа (n=22), больные без МС; II группа (n=20) больные с различной комбинацией дислипопротеидемии (ДЛП) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией; III группа (n=18) больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа ($СД_2$) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). Эхокардиография (ЭхоКГ) осуществлялась на аппарате Mindray (Китай) в соответствии с требованиями Американской ассоциации ЭхоКГ (ASE). Больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (престариум Servier), бисопролол (конкор Nycomed), а также верошпирон (GedeonRichter).

Результаты: Исходный показатель ММЛЖ в I группе составил 227,4г. во II группе она была выше на 5,4%, а в III группе на 20,6%. Через три месяца лечения отмечается уменьшение данного показателя на 12,9%, 13,4% и 11,6% соответственно I. II и III группам. Однако, несмотря на это, после лечения различие между I и II группой сохраняется на прежнем уровне, а в III группе возрастает до 23,9 % ($p<0,01$). После лечения отмечается уменьшение КДР в I группе на 9,1%, во II на 8,4% и в III группе на 8,8%. Это также не обеспечивает во II и III группах достижения уровня показателя I группы. Различие по КДР до и после лечения во II и III группах по отношению к I остается примерно одинаковой и составляет (2,3) 1,9% и (8,7) 8,3% ($p<0,01$). Исходный КСР в I группе составил 2,92 см. во II группе он был выше на 5,1%, а в III гр на 16,2% больше, чем в I гр ($p<0,001$). В I группе после лечения КСР уменьшился на 9,2% и составил 2,61 см. во II гр на 8,4% и в III гр на 8,8%. В результате этого различие между I и II группой увеличилось до 8,8% и III группой до 19,8% ($p<0,001$). Аналогичная динамика выявляется и по показателям систолической и диастолической функции ЛЖ. Степень укорочения передне-заднего размера ЛЖ в систолу (%ΔS) в I группе составлял 36,8%. Во II группе он был ниже на 8,9%, а в III группе на 15,1%. После лечения отмечено возрастание его на 8,3-11,9-10,8% соответственно, но у больных с МС (II,III гр.) это не дает возможность достижения уровня показателя больных I группы. IVRT исходно составляя 84,7 mc в I группе, во II и в III группах превышал на 4,8 и 11,5%. Через три месяца выявлено снижение его на 7,8-8,1-6,4% соответственно, что также не дало возможности снижения IVRT у больных с МС до уровня больных без МС. Исходное соотношение E/A у больных без МС составляя 1,16 превышал данный показатель больных с МС на 8,1 и 20,3 %.

Выводы: МС у больных с ХСН способствует замедлению процесса восстановления структурных изменений и функций ЛЖ сердца. После лечения отмечается положительная динамика во всех группах. Однако, у больных с МС данная динамика менее выраженная, что способствует увеличению различия между больными без МС и с МС.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Икрамова А.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель: изучение эффективности комплекса стандартного лечения ХСН при ее сочетании с различными компонентами МС.

Материалы и методы: Обследовано 64 больных мужского пола с ХСН (II-III ФК, NYHA) и постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=23), больные без МС; II группа (n=22) больные с различной комбинацией дислипидемии с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией; III группа (n=19) больные с различной комбинацией дислипопротеинемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа ($СД_2$) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. МС выявлялся по критериям Международной Федерации Диабета (IDF,2009). Физическая работоспособность больных определялась тестом шестиминутной ходьбы (ТШХ). Клиническое состояние больных определяли по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированной В.Ю. Мареевым (2000), опроснику выраженности симптомов СН. Функциональные возможности определяли по опросникуDASI, а также качество жизни (КЖ) больных - Миннесотским тестом. Б больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (престариум Servier) среднесуточная доза которого в I группе составила 3,25 мг, во II и в III группах 4,25 мг; бисопролол (конкор Nycomed) среднесуточная доза которого в I группе составила 3,15 мг во II группе – 3,550 и в III группе - 3,875 мг, а также верошпирон (GedeonRichter) 50 мг.

Результаты: Толерантность к физической нагрузке по результатам ТШХ в I группе составил 314,1м, во II группе он был ниже на 3,3%, а в III группе на 4,0%. После трех месячного курса лечения ФР в I группе увеличилась на 10,9 %, во II группе на 9,4% и в III на 8,5%. Однако, различие между II и III группами по сравнению с I группой увеличилось до 4,6% ($p>0,05$) и 9,8% ($p<0,05$) соответственно. Исходный показатель ШОКС в I группе составил 4,1 балла, во II группе он превышал на 38,3%, а в III группе на 39,7%. После лечения баллы в группах уменьшились на 30,4%, 33,2% и 19,5% в I, II и III группах соответственно. Несмотря на положительную динамику во всех группах, различие увеличилось до 50,6% ($p<0,05$) во II группе и до 97,3% ($p<0,001$) в III группе по отношению к I группе. Исходный суммарный индекс КЖ I группы больных по Миннесотскому опроснику составил 26,4 балла. Этот показатель превышал во II группе на 11,1%, а в III группе на 28,1% по сравнению с показателем I группы. После лечения отмечается улучшение КЖ больных, на что указывает уменьшение баллов суммарного индекса КЖ на 27,6%, 27,1% и 31,9% в выделенных группах. Однако, наряду с этим выявляется увеличение различия по анализируемому показателю во II группе до 13% ($p>0,05$) и в III группе до 37,4% ($p<0,01$) в сравнении с I группой.

Выводы: Таким образом, наличие МС и выраженность его проявления является важным фактором, снижающим эффективность комплексного лечения ХСН с применением ингибитора АПФ, бета-блокатора и диуретика в плане улучшения клинических проявлений заболевания, ФР и КЖ больных. Это указывает на необходимость применения дополнительных средств для достижения цели у больных с ХСН, сочетающейся с МС.

СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Ахмедова Ш.У., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Цель. Изучение функционального состояния эритроцитов у детей и подростков с сахарным диабетом (СД) 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника (МК).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 детей с СД 1 типа, в возрасте от 4 до 15 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. У всех пациентов изучены состав микрофлоры кишечника, гематологические показатели крови и адсорбирующая способность эритроцитов. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника.

Результаты. Установлено, что гематологическая картина крови у детей и подростков с СД 1 типа на фоне МК не отличалась от здоровых, т.е. количество эритроцитов, лейкоцитов и СОЭ были в норме. Однако выявлены очень низкие показатели гемоглобина, что составляет 76,5 г/л., это указывает на нарушения метаболизма эритроцитов, вследствие чего они теряют защитную способность. Изменение адсорбирующей способности эритроцитов при СД 1 типа на фоне МК по сравнению со здоровыми оказалось резко сниженным. Дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный МК установился у 93,9% обследованных детей с СД 1 типа. Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с эубиотиками, пробиотиками, оральную и регидратацию терапию, в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства. В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 93,9% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа. Эффективность лечения дисбиотических изменений вызывала коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям, хотя и произошло значительное снижение количества дрожжеподобных грибов после применения комплексного лечения, тем не менее они сохранились в количестве, несколько превышающем физиологическую норму.

Выводы. 1. С целью предупреждения развития иммунодефицитного состояния на фоне дисбиотических состояний необходимо своевременно восстановить нормальную микрофлору кишечника с применением эубиоти-

ков. 2. Количество эритроцитов у обследованных детей остаётся в норме. Однако их способность адсорбировать бактерии резко снижается. Этот тест можно использовать как критерий определяющий состояние неспецифических факторов защиты организма.

ОЖОГОВЫЕ РАНЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.
Самаркандский медицинский институт. г. Самарканд. Узбекистан.

Цель:Изучение особенностей течения ожоговых ран при СД.

Материалы и методы:Обследовано 23 больных с СД и ожогами IIIАБ и IV степени, средняя площадь поражения составила от 5 до 40% поверхности тела. Оперативное лечение без рациональной коррекции гипергликемии получили 12 пациентов, приживление аутотрансплантантов наблюдалось лишь у 2 из них. Лучше результаты оказались у 16 пациентов, которые получили тщательно подобранную гипогликемическую терапию и сосудистые препараты.

Результаты: Для заживления ожоговых ран у больных СД необходимо проводить комплексное медикаментозное лечение диабета до состояния компенсации. Следует отказаться от «традиционного местного лечения»- мази Вишневского, Левомекол, так как их применение способствует формированию жировой прослойки, уменьшающей аэрацию (естественный воздухообмен тканей), что тормозит процесс заживления ожога в данном случае. Нужна активная хирургическая тактика и применять водорастворимые мази на основе полиэтиленгликоля.Также отрицательное влияние на заживление ран у больных диабетом оказывает снижение чувствительности к боли при небольших по площади ожогах. Из-за этого пострадавшие поздно обращаются за квалифицированной помощью, ситуация отягощается тем, что у таких больных быстро развиваются инфекционные осложнения.Гнойная инфекция у больных СД, в свою очередь, часто провоцирует переход латентной формы течения диабета в тяжёлую, трудно поддающуюся корригирующей терапии. С появлением ожоговой раны у больных СД повышается уровень сахара в крови, что увеличивает глубину ожогового поражения и нередко ведёт к образованию хронического изъязвления.

Выводы.Таким образом, раннее обращение к специалистам, адекватное лечение основного заболевания и коррекция гипергликемии позволяют оптимизировать процесс заживления ожоговых ран и существенно снизить риск поздних осложнений.

ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.
Самаркандский медицинский институт. г. Самарканд. Узбекистан.

Цель: Изучить течение ожоговой болезни у больных с сахарным диабетом (СД).

Материалы исследования:Проведен сравнительный анализ особенностей течения ожоговой болезни у пациентов с СД и без него.У 18 пациентов (7 женщин и 11мужчин) в возрасте от 18 до 69 лет (в среднем 54,3±2,4 года) имелся СД. При этом СД I типа был только у одного пациента 16 лет. Декомпенсация диабета отмечена у 7 пациентов на фоне тяжелого его течения, диабет средней тяжести с субкомпенсацией - у 3 человек, а компенсированный СД легкой степени был у 5 пациентов. При этом у 2 больных СД был диагностирован впервые в ходе обследования в ожоговом отделении. Группу сравнения составили 324 пациентов без СД в возрасте 18-80лет.

Результаты: Всем пациентам проводилось комплексное лечение, а обожженным дольным с СД проводился контроль сахара крови в динамике с его коррекцией инсулином. Для уточнения влияния СД на течение ожоговой болезни и развитие ее осложнений, из исследованных групп были отдельно выделены пациенты с общей площадью поражения более 15% поверхности тела (п.т) (7 и 176 пациента соответственно с диабетом и без него). При этом общая площадь ожогового поражения у пациентов с диабетом и без него составляла в среднем 29,5±4,5% п.т. и 37,1±0,8% п.т., а площадь глубоких ожогов при этом составляла 15,7±3,5% п.т. и 18,6±0,7% п.т. соответственно, т.е. у обожженных с диабетом тяжесть травмы была меньшей. Однако в ходе анализа получено, что у обожженных с диабетом и без него развитие эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта выявлено в 41,% и 24% случаев, пневмонии – в 50% и 39,3% случаев, а сепсиса – в 50% и 25% случаев соответственно, т.е. осложнения ожоговой болезни при диабете развивались чаще. При этом 4 больных с СД, у которых были пневмония и сепсис, погибли. Следует заметить, что среди общего количества умерших с диабетом была еще одна пациентка с общей площадью поражения 28% п.т., все ожоги глубокие, течение ожоговой болезни у которой также осложнилось пневмонией и сепсисом. При этом у всех погибших с СД, несмотря на проводимое лечение, не удавалось корригировать гипергликемию. В то же время летальность в группе сравнения у пациентов с ожоговой болезнью без дСД составляла 17,2%, при этом пневмония и сепсис несколько реже осложняли течения заболевания. Чтобы исключить действие других факторов, для оценки влияния диабета на сроки лечения были отдельно выделены выжившие пациенты с общей площадью поражения менее 15% поверхности тела. Несмотря на то, что у обожженных с СД и без него общая площадь поражения (6,6±1,4% п.т. и 5,5±0,2% п.т.) и площадь глубоких ожогов (2,3±0,8% п.т. и 2,5±0,2% п.т) были практически одинаковыми, сроки пребывания в стационаре пострадавших от ожогов с СД (в среднем 36,4±9,8 дня) были больше, чем у больными без диабета (в среднем 25,1±0,8 дня).

Выводы.Таким образом, несмотря на то, что СД является сравнительно редкой сопутствующей патологией среди всех пострадавших от ожогов, даже при небольшой площади ожогового поражения он может ухудшать заживление ран, а при развитии ожоговой болезни значительно утя-

желяет ее течение и влияет на прогноз. В тоже время на фоне развития осложнений ожоговой болезни СД переходит в тяжелое течение с декомпенсацией.

ДИСЛИПИДЕМИЯ БИЛАН КЕЧУВЧИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯДА ГЕМОРЕОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Манглиева М.Р., Джумаев К.Ш.
Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

Мақсад –дислипедемия билан кечувчи артериал гипертонияда (АГ) гемореологик ўзгаришларни аторвастатин ёрдамида коррекциялаш имкониятларини ўрганиш.

Материал ва услублар: Тадқиқотларда дислипидемия билан кечувчи АГ мавжуд 56 нафар беморлар(32 нафар эркак ва 24 нафар аёл) иштирок этишди. Барча беморларда клиник ва лаборатор инструментал текширишлар ўтказилди, шунингдек, гемореологик кўрсаткичлар (қоннинг қовушқоқлиги, эритроцитлар агрегецияси ва деформацияси) ўрганилди. Барча беморларга 4 ҳафта давомида 40 мг аторвастатин (Аторвастерол - Польфарма) буюрилди. Назорат гуруҳи сифатида қонда липидлар миқдори нормада бўлган 28 нафар гипертониклар кузатилди.

Натижалар: Дислипидемия билан кечувчи артериал гипертония мавжуд барча беморларда турли даражада қоннинг қовушқоқлигининг ошиши ва эритроцитлар агрегациясининг тезлашуви (эритроцитар агрегантнинг ўртача ўлчамининг ошиши, агрегацияланмаган эритроцитларнинг фоизи камайиши) кузатилди. Дислипидемия мавжуд барча беморларда эритроцитларнинг цитоархитектоникасида қайтмас деформацияли ўзгаришларга учраган эритроцитларнинг миқдорининг ошиши кузатилди. Аторвастатинни қўллаш орқали эритроцитлар агрегациясининг кўрсаткичларининг яхшиланиши, қайтмас деформацияли эритроцитлар сонининг камайиши кузатилди.

Хулоса: Дислипидемия билан кечувчи АГда аторвостатинни қўллаш нафақат липидлар алмашинуви бузилишларини меъёрлаш-тиради, балки гемореологик кўрсаткичларнинг ҳам яхшилаши ҳисобига юрак қон томир тизими асоратларини олдини олишда муҳим ҳисобланади.

БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ЎТКАЗГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА КОМБИНАЦИЯЛИ ГИПОТЕНЗИВ ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИ

Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Очилова Д.А., Рузиев О.А.
Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

Мақсад: БМҚАБ ўтказган артериал гипертония (АГ) мавжуд беморларда ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари (АЎФИ) ва диуретиклар билан комбинацияли даволашнинг қон босимини суткалик назоратига таъсирини баҳолаш.

Материал ва услублар: Тадқиқотларда анамнезида БМҚАБ ўтказган I-III даражали АГ мавжуд 68 та бемор (50 та эркак, 18 та аёл) иштирок этишди. Беморларнинг ўртача ёши 67,5±6,3, АГ давомийлиги 17,3±4,2 йил. Барча беморларда комбинацияли гипотензив терапия - рамиприл 10 мг (полприл-Полфарма) ва индапамид 1,5 мг буюрилди. Шу билан бирга барча беморларда қўшимча равишда стандарт асосида антиагрегант ва гиполипидемик терапия ўтказилди. Даво белгиланишидан аввал ва даводан 12 ҳафта кейин барча беморларда ЭКГни сутка давомида холтер мониторлаш (ХМЭКГ) ва артериал қон босимини суткалик монитироингги (АБСМ) ўтказилди.

Натижалар: АБСМ маълумотларига кўра 12 ҳафталик комбинация-ли терапиядан сўнг систолик артериал босими (САБ) 19,2%га, диастолик артериал босим (ДАБ) 12,1%га, пульс босими (ПБ) 9,9% га камайди. Шунингдек, САБ вақт индекси (индекса времени) 42%га, ДАБ вақт индекси 31%га камайди. ХМЭКГ маълумотларидан миокарддаги ишемик эпизодлар 21%га, ишемик эпизодларнинг давомийлиги 30%га камайди, ST сегментининг депрессиясининг ўртача катталиги 34%га яхшиланди.

Хулоса: БМҚАБ ўтказган артериал гипертония (АГ) мавжуд беморларда АЎФИ ва диуретиклар билан ўтказилган комбинацияли терапия САБ, ДАБ ни сезиларли пасайишига, ишемик эпизодларни частотаси ва давомийлигини камайишига, юрак ритмининг яхшиланишига олиб келади.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ КОРРЕКЦИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Очилова Д.А., Рузиев О.А.
Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон
Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Мақсад. Юрак ишемик касалликлари реабилитациясида хавф омилларининг самарали коррекциясининг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқотлар стабил зўриқиш стенокардияси ташхиси билан назоратга олинган 48 та эркакларда амбулатор шароитда олиб борилди. Беморлардаги ХО сўров (зарарли одатлар), инструментал (АГ, ОТВ), ва лабаратор (ДЛП ва ҚД) усулларда аниқланди. Беморлар 2 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳдаги 24 та беморда (асосий гуруҳ) медикаментоз терапия билан бир қаторда ХО ни номедикаментоз коррекция қилишга асосий эътибор қаратилди. 2-гуруҳдаги 24 та беморда (назорат гуруҳи) фақат стандарт асосида медикаментоз даво олиб борилди. Ҳар иккала гуруҳда стандарт асосида антиангинал (нифедипин ретард 20 мг), АЎФИ (полприл 5 мг), антиагрегант (тромбопол 75 мг) ва гиполипидемик даво (аторвастерол 40 мг) ўтказилди. 1-гуруҳда қўшимча равишда ХО ни номедикаментоз коррекцияси қўлланилди. Даво курси 3 ой давомида олиб борилди.

Натижалар. Текширишларда стабил зўриқиш стенокардиясининг турли функционал синфлари (ФС) билан назоратда турувчи беморлар иштирок этишди. 1-гуруҳдаги беморларнинг 11 таси (45,8%) 1-ФС, 8 таси 2-ФС (33,3%), 4 таси 3-ФС (16,6%) ва 1 таси (4,2%) 4-ФС ни ташкил қилди.

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

Хулоса. Стабил зўриқиш стенокардиясини даволаш ва беморларни реабилитациясида ХО ни коррекция қилиш муҳим аҳамиятга эга. Хавф омилларини номедикаментоз коррекция қилиш медикаментоз терапиянинг самарадорлигини оширишда муҳим ўрин тутади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бекматова Ш.К.
ТМА Ургенчский филиал.

Цель заключалась в изучении эффективности и переносимости агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина в сочетании с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла при длительной терапии больных артериальной гипертензией.

Методы исследования. В открытое исследование вошли 26 больных в возрасте от 42 до 62 лет. Артериальную гипертензию I степени имели 10 больных, II степени – 10, III степени – 6, из них II стадия артериальной гипертензии диагностирована у 9, III стадия – у 17 больных. У всех обследованных отмечался высокий риск осложнений. Комбинированная антигипертензивная терапия проводилась непрерывно в течение 12 месяцев и состояла из моксонидина и лизиноприла. Моксонидин (препарат моксогамма) назначался в суточной дозе 2-4 мг, лизиноприл (лизигамма) – в дозе 10-20 мг/сут. До лечения, через 3, 6 и 12 месяцев осуществлялись клиническое обследование, определение офисных значений САД, ДАД, ЧСС, содержание в крови глюкозы, холестерина, оценивалась переносимость препаратов.

Результаты. При лечении спустя 3 месяца отмечалось достоверное снижение САД на 18,7%, ДАД – на 21,3%, через 6 месяцев – соответственно на 22,2% и 19,6% ($p < 0,001$). Через 12 месяцев уровень САД и ДАД по сравнению с достигнутым после 6 месяцев лечения изменился

несущественно: снижение САД составило 22,9%, ДАД –19,4%. Целевой уровень артериального давления после 3 месяцев лечения достигнут у 14 больных из 26 (53,8%), через 6 месяцев – у 18 (69,2%), спустя 12 месяцев целевое давление имели 72,7% больных. Частота сердечных сокращений до лечения составляла в среднем 78,5 уд/мин, спустя 3 месяца уменьшилась на 4,4%, а через 6 и 12 месяцев – соответственно на 5,4% и 5,3% ($p > 0,05$). Выявлено существенное снижение уровня общего холестерина после 6 месяцев лечения, содержание глюкозы крови натощак через 3 месяца уменьшилось на 10,4% и в последующем сохранялось на достигнутом уровне. Побочные реакции комбинированной терапии не наблюдались.

Выводы. Комбинированная в течение 12 месяцев терапия моксонидином и лизиноприлом оказала выраженный антигипертензивный эффект у больных артериальной гипертензией с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений: целевой уровень артериального давления через 3 месяца лечения достигнут у 53,8% больных, а спустя 12 месяцев – у 72,7%.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Беловол А.Н. [1], Князькова И.И. [1], Целуйко В.Й. [2], Жадан А.В. [2], Тверитинов А.Б.[3]

1 - Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина. 2 - Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина. 3 – ГУ “Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины”

Цель – изучить состояние показателей жесткости сосудов и центрального аортального давления (ЦАД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическими нарушениями и их изменение на фоне антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 112 больных (средний возраст 39,6±3,7 года), из них 64 мужчин и 48 женщин с АГ I-II степени, имеющих один или более факторов риска (ФР) [избыточная масса тела и/или ожирение, повышение глюкозы крови >5,6 ммоль/л, дислипидемия], и которых антигипертензивная терапия на момент включения не проводилась. Контрольную группу составили 26 человек, из них 15 мужчин и 11 женщин (средний возраст 38,9±3,4 года), имеющих сердечно-сосудистые ФР и нормальное артериальное давление (АД). Всем обследованным проводили стандартные исследования, суточное мониторирование АД (СМАД, с помощью прибора “АВРМ-02” (Meditech, Венгрия), эходопплеркардиографию (“Logic-5”, США), аппланационную тонометрию лучевой артерии (SphygmoCor, Австралия). После регистрации исходных данных пациентам были назначены: 1 группа - лизиноприл 10 мг, 2 группа – небиволол 5 мг, 3 группа – амлодипин 5 мг. Титрование и коррекция дозы препаратов проводились при необходимости на 2-й и 4-й неделе иссле-

дования до достижения целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт.ст.). В случае недостижения целевого АД добавляли гипотиазид в дозе 12,5 мг/сут. Повторное исследование проводилось через 3 мес. Статистический анализ проведен с использованием пакета компьютерных программ Statistica 6,0.

Результаты. Установлено, что у пациентов с АГ при сопоставимом ИМТ выявлены более высокие ($p<0,05$) значения скорости распространения пульсовой волны в аорте [СРПВ] (9,9±0,6), чем в группе сравнения (7,4±0,5). У пациентов с АГ отмечена прямая корреляционная связь между СРПВ и параметрами липидного обмена, в частности, общим холестерином [ОХ] ($r=0,32$, $p<0,05$) и триглицеридами [ТГ] ($r=0,37$, $p<0,05$). Отмечена положительная корреляция между центральным систолическим АД (ЦСАД) и центральным пульсовым давлением с ОХ ($r=0,41$, $r=0,45$, $p<0,05$), ТГ ($r=0,42$, $r=0,45$, $p<0,05$). Показатели СРПВ и ЦСАД прямо коррелировали с индексом массы миокарда левого желудочка ($r=0,37$ и $r=0,46$, $p<0,05$). Через 3 мес во всех лечебных группах отмечено достоверное ($p<0,05$) снижение периферического АД, ЦСАД, центрального диастолического АД, а также снижение СРПВ. Так, на фоне терапии амлодипином отмечено большее снижение центрального АД, чем периферического АД (Δ САД и ЦСАД составила 17,9±2,7 и 14,7±2,3, соответственно в исходных условиях и через 3 мес), тогда как большее снижение периферического АД и меньшее снижение ЦАД наблюдалось в группе лизиноприла (Δ 15,9±2,9 и 11,4±2,6, соответственно) и небиволола (Δ 15,1±2,5 и 10,4±2,5, соответственно) (все $p<0,05$). Более выраженное уменьшение СРПВ отмечено в группе амлодипина (Δ2,1±0,1) в сравнении с группой лизиноприла (Δ1,6±0,1) и небиволола (Δ1,5±0,1) (все $p<0,05$).

Выводы. 1. Повышение АД сопровождается повышением жесткости сосудистой стенки независимо от наличия других факторов кардиоваскулярного риска. 2. Уровень ЦАД является более значимым для поражения органов-мишеней, в частности гипертрофии левого желудочка, субклинического и клинического атеросклероза, чем периферическое АД. 3. Антигипертензивная терапия приводила к снижению СРПВ, что подтверждает важную роль снижения АД в коррекции эластических свойств сосудов. Более выраженное снижение СРПВ и ЦАД отмечено на фоне терапии амлодипином.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Изучить особенности кардиометаболических и структурно-функциональных нарушений миокарда у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. 65 пациентов (37 мужчин и 28 женщин) с СД 2 типа и АГ 2 степени. Средний возраст пациентов 52,4±4,5 лет. Прово-

дили оценку антропометрических показателей, индекса HOMA-IR, исследование углеводного и липидного обменов, С-реактивного протеина (СРП), эхокардиографию и ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА). Пациенты разделены на группы: 1-я группа (n=34) с сочетанным течением СД 2 типа и АГ; 2-я группа (n=31) без АГ. Контрольная группа- 20 практически здоровых лиц.

Результаты. У 49,8% пациентов 1-й группы диагностировано абдоминальное ожирение (АО) 2-й степени (p<0,05). Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 68,2% пациентов 1-й группы, у 38,2% 2-й группы наблюдалась диастолическая дисфункция миокарда (p<0,01). Уровень HbA1c у пациентов 1-й группы был в 1,2 раза выше в сравнении с пациентами 2-й группы (p<0,001). Установлена гиперхолестеринемия у 68,4%, увеличение ХСЛПНП у 22,4%, снижение уровня ХСЛПВП у 33,1% пациентов 1-й группы(p<0,001). Содержание СРП у пациентов 1-й группы было в 1,4 раза выше, а индекс НОМА-ИР в 2,4 раза выше в сравнении с показателями 2-й группы (p<0,01). Атеросклеротические бляшки в сонных артериях обнаружены у 52,4% больных 1-й группы (p<0,05). ТИМ ОСА у пациентов 1-й группы была в 1,2 раза больше, чем в группе сравнения (p<0,01) и коррелировала с уровнем ОХС (r=0,48; p<0,01), индексом НОМА-ИР (r=0,42; p<0,01).

Выводы. Определяющее значение в прогрессировании кардиометаболических и структурно-функциональных нарушений миокарда у пациентов с СД 2 типа и АГ имеют АО и инсулинорезистентность, что способствует развитию ГЛЖ, прогрессированию атеросклероза и обусловлено дислипидемией, нарушениями углеводного обмена, развитием системного воспаления.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИУГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Божко В.В.,Снегурская И.А., Пенькова М.Ю., Милославский Д.К.
ГУ «Национальный Институт терапии имени Л.Т.Малой” НАМН Украины, г. Харьков

Цель. Изучениеактивности процессов неспецифического системного воспаления у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) и начальными нарушениями углеводного обмена (УО).

Материалы и методы. Обследован 91 больной АГ 2-3 степени. У 70 больных диагностировано АО (объем талии для мужчин >102 см, для женщин >88 см), у 21 больного – начальные нарушения УО. Изучались антропометрические данные; уровни в крови глюкозы натощак и после проведения перорального глюкозотолерантного теста, инсулина (с определением индекса НОМА). Начальными нарушениями углеводного обмена считали гипергликемию натощак (5,6-6,9 ммоль/л) и/или нарушение толерантности к глюкозе. В качестве маркера воспаления определяли по-

казатель высокочувствительного С-реактивного протеина (вчСРП). Контрольную группу составили 12 здоровых добровольцев. В исследование не включались больные сахарным диабетом. Для статистической обработки применяли компьютерную программу SPSS 21 для Windows XP (данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала (Me [25%; 75%]).

Результаты. У больных АГ с АО, в сравнении с таковыми без АО, отмечались достоверно более высокие показатели тощаковой гликемии: (5,81 (4,79; 5,93) ммоль/л) против (4,84 (4,60; 5,40) ммоль/л, p<0,05, соответственно). У больных с АГ с АО с нарушениями УО, в сравнении с больными АГ с АО без нарушений УО, отмечались достоверно белее высокие показатели индекса НОМА (4,92 (2,80, 7,34) против (3,0 (1,89; 4,60), p<0,01). Выявлено достоверное повышение уровня вчСРП в сыворотке больных АГ с АО (2,28 (1,58; 5,82) мг/л), в сравнении с показателями больных с АГ без АО (0,92 (0,74; 1.57) мг/л, p<0,001) и показателями здоровых добровольцев (1,07 (0,46; 2,99) мг/л, p<0,01.). Установлено достоверно более высокие уровни вчСРП в крови больных АГ с нарушениями УО, в сравнении больными с нормогликемией, независимо от наличия у больных АО. Более детальный анализ показал, что уровень вчСРП у больных АГ с АО и нарушениями УО оказался достоверно выше (4,57 (3,10; 8,61) мг/л), в сравнении с показателями больных АГ с АО без нарушений УО (1,91 (1,46; 3,76) мг/л, p<0,05) и больных АГ без АО без нарушений УО (0,86 (0,59; 1,42) мг/л, p< 0,01). Вместе с тем, уровень вчСРП у больных АГ с нарушениями УО без АО (4,08 (1,93; 4,42) мг/л) был достоверно выше такового у больных АГ с АО без нарушений УО (1,91 (1,46; 3,76) мг/л, p<0,01).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о существенном влиянии АО и начальных нарушений углеводного обмена на активность неспецифического системного воспаления у больных АГ. Сочетание у больных АГ с АО сопровождается повышением активности процессов воспаления, что становится еще более выраженным при развитии у этих пациентов нарушений углеводного обмена, даже начальных. Показано более существенный вклад нарушений углеводного обмена в активацию неспецифического воспалительного процесса, чем АО у больных АГ.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Борзова Н.С., Арипов О.А., Ахматходжаева Д.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент

Цель: оценить показатели эндотелиальной дисфункции, как предикторы активации свертывания крови.

Материалы и методы.Обследовано 23 больных сахарным диабетом II типа (СД) в возрасте от 51 до 68 лет, 14 женщин, 9 мужчин, у которых определяли уровень гомоцистеина (ИФА метод), СРБ методом латекс агглютинации (Human) с разведением сыворотки, мочевую кислоту уриказным методом

(Human), активацию свертывающей системы по наличию (РФМК) в паракоагуляционном тесте.

Результаты. При обследовании больных были отмечены определенные изменения. Так, уровень гомоцистеина был в промежутке от 17 до 22 мкмоль/л (норма до 15 мкмоль/л). У 10 больных, т.е. у 43,5% количество СРБ при норме 5 мг/л было повышенным у 14 больных (в 61% случаев) и соответствовало 11±0,3 мг/л, что свидетельствовало о вялотекущем воспалении. О направленном и выраженном воспалении говорят более высокие значения СРБ.Повышение мочевой кислоты косвенно указывает на наличие активных форм кислорода (АФК), что, безусловно, отражается на состоянии эндотелия. Уровень мочевой кислоты выше референтных пределов был у 6 женщин и 7 мужчин и колебался от 376 до 607 мкмоль/л.Положительные паракоагуляционные пробы были у 11 больных (47,8%), они указывали на активацию свертывающей системы крови и присутствие растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК).Результаты исследования показали, что у больных СДII типа имеются предикторы эндотелиальной дисфункции, так как у 43,5% больных увеличен гомоцистеин, в 61% случаев повышен СРБ в высокочувствительном диапазоне. У 13 из 23 больных (56,5%) отмечены повышенные уровни мочевой кислоты, и 11 больных (47,8%) имели положительные паракоагуляционные пробы, свидетельствующие о присутствии РФМК, т.е. об активации свертывающей системы крови.

Выводы.Таким образом, больным сахарным диабетом необходимо исследовать указанные показатели, которые, несомненно, приведут к селекции групп риска по сердечно -сосудистым осложнениям.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА.

Бочкова Л.П, Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.
Институт усовершенствования врачей, г.Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: изучить особенности течения ОА у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: обследовано 35 больных с ОА преимущественно коленных суставов (средний возраст 54,6+-10,3г). Диагноз ОА устанавливали на основании критериев, рекомендованных Ассоциацией ревматологов России и Американской коллегии ревматологов. Диагностика МС базировалась на критериях, рекомендованных экспертами Всероссийского общества кардиологов. Среди больных преобладали женщины – 84%, лица старше 50 лет (80%). Объем исследований больных с ОА включал сбор анамнестических данных, объективное исследование, лабораторные клинические и биохимические методы, рентгенологическое исследование коленных суставов.

Результаты: МС выявлен у 25 (71,4%) обследованных больных с ОА с преобладанием полной его формы. Остеоартрозу без МС (10 больных-28,6%) сопутствовали артериальная гипертония (80%), дислипидемия (50%), ожирение (50%), сахарный диабет (20%). Объективизация клини-

ческих симптомов ОА проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и индекса WOMAC. Локальное воспаление с синовитом в коленных суставах выявлено у 48% больных, причем большинство страдали ожирением (ИМТ >30кг/м^2). У всех пациентов с ОА отмечен болевой синдром, причем более выраженный при ОА с МС, соответствующий значению индекса боли по ВАШ свыше 40 мм. У всех пациентов с МС выявлялись более ранние клинические проявления ОА (в 40-45 лет) и большая его длительность, более частое развитие синовитов.

Выводы: течение ОА у больных с МС сопровождалось выраженным болевым синдромом, значительными функциональными нарушениями и частым развитием синовитов коленных суставов. Связь клинических особенностей ОА с метаболическими факторами свидетельствует о вероятном участии последних в развитии и прогрессировании ОА и ОА можно рассматривать как частное проявление МС в опорно-двигательной системе. Без коррекции данных факторов медикаментозная терапия оказывается малоэффективной.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.

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

Цель. Изучение влияния метаболического синдрома (МС) на клиническое течение острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы: в исследование включены 30 больных ОИМ, из них 20 мужчин, 10 женщин, средний возраст 61± 1,2 года. Наличие МС определялось на основании критериев, установленных в рекомендациях ВНОК 2010г. Основной критерий МС – абдоминальное ожирение (окружность талии > 94см для мужчин и >80см для женщин). Дополнительные критерии – артериальное давление (АД) >140/90 мм.рт.ст., уровень холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) >30 ммоль/л, ХС ЛПВП< 1,0 ммоль/л, уровень триглицеридов (ТГ) -1,7 ммоль/л, гипергликемия натощак 6,1ммоль/л. Сочетание основного и 2-х дополнительных критериев указывает на МС.

Результаты: из 30 больных проявления МС отмечалось у 18 пациентов. Наиболее часто встречалось сочетание ожирения и АГ – у 84% пациентов группы МС, АГ, ожирение и сахарный диабет – у 16% больных, дислипидемия отмечалась у 92% б-ных. В группе больных с МС (18чел.) развился инфаркт миокарда с зубцом Q у 13 пациентов (72,2%), у 5 – инфаркт миокарда без зубца Q (27,8%). В группе больных без МС -12 человек, инфаркт с зубцом Q отмечался у 6 больных (50%), АГ отмечалась у 8 (66,6%). Отмечалось более тяжелое течение ОИМ в группе больных с МС проявления острой сердечно- сосудистой недостаточности по KillipII, особенно при инфаркте передней стенки левого желудочка – 9 человек, нарушения ритма сердца в виде желудочковой, наджелудочковой экстрасистолии по ЭКГ –данным чаще отмечалось в группе больных с МС. Динамика ЭКГ у больных с МС была затянута, у 2-х больных

развился синдром Дресслера, проявившийся плевритом, перикардитом, плекситом. У 1 больного с ОИМ с зубцом Q и ожирением III степени отмечалась тромбоэмболия мозговых сосудов с последующим летальным исходом.

Выводы: очевидно, что больные ОИМ с МС относятся к категории высокого риска развития осложнений и неблагоприятных исходов. МС оказывает существенное влияние на течение госпитальной стадии ОИМ и на более раннее прогрессирование явлений сердечной недостаточности и требует более тщательного динамического наблюдения.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА

Гостищев В.К.,Чебышев Н.В.,Бурдаев И.Н.,Шамсиев Ж.А.,Шамсиев А.М., Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Садыков В.М.,Рузыбаев С.А., Вахидова А.М., Мухитдинов Ш.М.,Сапожников С.А.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва,
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель–разрабатывать консервативное лечение эхинококкоза печени,предотвращая переход заболевания с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. У 70**-т**и детей иммунологическими методами: реакцией сколексопреципитации(РСКП), реакцией антиген связывания лимфоцитов(РАСЛ), УЗИ,МРТ установлен эхинококкоз печени. 23 ребенка(контроль)пролечены общепринятым препаратом альбендазолом, 47детей – тремя гомеопатическими препаратами: CucurbitapepoC6, TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6. По методике ВОЗ определялась эффективность лечения. На 270 белых мышах самцах массой 18-20 г на трех моделях: эхинококкоз, сифачиоз, гименолепидоз, используя указанные препараты, получен положительный результат лечения гельминтозов белых мышей и отсутствие токсичности.

Результаты.Комплексными исследованиями у 70-ти детей больных эхинококкозом печени установлен анемический синдром, нарушение белково-аминокилотного обмена и иммунного статуса. 23 ребенка, больных эхинококкозом печени, пролечены препаратом сравнения албендазолом в течение 30-ти дней в дозе 10мг/кг .При лечении альбендазолом хороший результат у 6-ти(21,4%) больных детей, удовлетворительный результат у 8-ми ((28,6%). неудовлетворительный–у 14-ти(50%) детей. 47 детей, больных эхинококкозом печени, пролечены тремя гомеопатическими препаратами: CucurbitapepoC6, TanacetumvulgareC6, Juglansregia C6. в течение 35 дней. Мы использовали гранулы гомеопатические, купленные в аптеках города Москвы. Четыре гранулы каждого препарата растворяли в 150 мл кипяченной охлажденной до комнатной температуры воде в пластмассовой бутылке, которая закрывалась полиэтиленовой крышкой, проводилась динамизация по С.А Никитину, вращением 50 раз вправо, 50 раз влево. Препарат готовился каждый день, в этот же день использовался. После 10 встряхиваний за 20–30 мин. до завтрака делался один большой глоток. Приблизи-

тельно через 2 часа после завтрака таким же способом делался второй глоток; третий глоток – за 20–30 мин. до обеда, четвертый – через 2 часа после обеда, пятый – за 20–30 мин до ужина, шестой – за 20 – 30 мин. перед сном. .Побочного действия препарата не отмечалось. Хороший противоэхинококкозный результат отмечен у 32-х (68,39%), удовлетворительный – у 9-ти(21,29%), неудовлетворительный – у 6- (9,78%. Гомеопатические препараты:CucurbitaperoC6,TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6 известны в гомеопатии более ста лет и с большим успехом применяются грамотными врачами гомеопатами при лечении гельминтозных заболеваний. Эти препараты указываются более чем в 500 гомеопатических источниках и ни в одном случае при лечении гельминтозов не описано побочного или токсического действия этих препаратов. Нами опубликованы совместные работы с хирургами, посвященные лечению эхинококкоза печени детей указанными препаратами. В публикациях приводятся материалы, когда мы использовали только один препарат и получали положительный результат. У пролеченных гомеопатическим препаратом**J**uglansregiaC6 хороший результат у 29,7%, препаратом TanacetumvulgarC6 –54,34%, препаратомCucurbitapero C6 –51,72% ,а тремя препаратами– 68,39%. У пролеченный детей проявилась тенденция к улучшению общего состояния здоровья.

Выводы.Рекомендуем при лечении эхинококкоза печени детей применять одновременно гомеопатические препараты: CucurbitaperoC6,TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ K121Q ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ENPP1 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА РАЗНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ

Грибова И.В., Гарбузова В.Ю., Обухова О.А.
Сумского государственного университета, Сумы, Украина

Целью настоящей работы стало изучение связи K121Q полиморфизма гена ENPP1 с развитием сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа)у жителей Украины и сравнение полученных данных с результатами исследованний в других популяциях.

Материалы и методы. В работе была использована венозная кровь 163 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. ДНК выделяли, методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом длины рестрикционных фрагментов. Амплификаты изученных фрагментов гена ENPP1 после рестрикции разделяли в 2,5% агарозном геле, содержавшем бромистый этидий. Горизонтальный электрофорез (0,1A; 200V) проводили на протяжении 35 мин. Визуализацию ДНК после электрофореза осуществляли с помощью трансиллюминатора. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием программы SPSS-17. Полученные в работе данные были сопоставлены с результатами исследований в других популяциях: французской, английской, итальянской, финской, польской, австрийской, датской, американской, японской, китайской и др.

Результаты. Генотипирование по K121Q полиморфизму гена ENPP1 дало возможность выделить три группы особей: гомозиготы по основному

аллелю (KK) – 65,0%, гетерозиготы (KQ) – 29,4% и гомозиготы по минорному аллелю (QQ) – 5,6%.

Анализ частоты аллельных вариантов гена ENPP1 по K121Q полиморфизмупозволил установить достоверные различия между их распределением в украинской популяции, с одной стороны, и в японской, китайской, корейской, марокканской, польской, финской и американской – с другой (P<0,05). Различий между изученным показателем в Украине и в других странах Европы, а так же в Бразилии и Швеции не выявлено (P>0,05). С учетом того, что в развитии СД 2 типа главным образом играет присутствие минорного аллеля, большой интерес представляют данные о частоте с которой встречаются эти аллели в разных популяциях. Так, частота минорного аллеля имеет наивысшее значение в Морокко (q_Q=0,376). Примерно с одной частотой идут Украина (q_Q=0,202), Бразилия (q_Q=0,207) и Италия (q_Q=0,208). Самые низкие величины характерны для Кореи (q_Q=0,087) и Финляндии (q_Q=0,067). Полученные данные подтверждают связь K121Q полиморфизма гена ENPP1 с развитием СД 2 типа у жителей Украины. Соотношение генотипов в исследуемой группе К/К – 65,0%; К/Q – 29,4%; Q/Q – 5,6% (P=0,045). Полиморфный вариант K121Q гена ENPP1 может быть маркером для выявления СД 2 типа у жителей Украины.

Выводы: Распределение генотипов по K121Q полиморфизму гена ENPP1 существенно отличается у представителей разных популяций: наибольшая частота минорного аллеля встречается вМарокко, Украине, Бразилии, Италии, а наименьшая – в Корее и Финляндии.

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С СПКЯ АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНГО ВОЗРАСТА

Гуломмахмудова Д., Иргашева С.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности метаболических нарушений у женщин активного репродуктивного возраста узбекской популяции с андрогенным фенотипом СПКЯ.

Материал и методы. Обследованы 44 женщин в возрасте от 19 до 32 лет с СПКЯ, избыточной массой тела и бесплодием. Средний возраст пациенток составил 26,5+3,9 лет. Проведено исследование показателей углеводного и липидного обмена (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП), а также оценка гормонального профиля крови. А также были проведены антропометрические и объективные методы исследования для оценки типа ожирения с помощью измерения окружности талии и бедер при различных фенотипах СПКЯ.

Результаты. Всех больных с андрогенным фенотипом СПКЯ распределяли на две клиническую группу: группа больных с овариальной гиперандрогенией (СГА ПКЯ) (n=44) и группа больных с внеяичниковыми формами гиперандрогении (СГА ВтПКЯ) (n=48). У всех пациенток обсле-

дуемых группах менструальный цикл был нарушен по типу олигоменореи, по данным клинико-гормонального исследования и ультразвукового мониторинга отмечалась ановуляция.

В результате антропометрических исследований у женщин узбекской популяции с различными формами СПКЯ, различия выявлены у пациенток с овариальной гиперандрогенией. У 33 (75%) обследованных пациенток показатели индекса массы тела превышали 25 кг/м^2. При этом ожирение выявлено у 8 (22,2%) и избыточная масса тела у 25 (77,8%) женщин. Женщины с СГА ПКЯ в 57% случаев имели избыточный вес или ожирение с преимущественным отложением жира в абдоминальной области. Бедренный тип ожирения имели 14,29% больных, абдоминальный тип - 26,29%. Тогда как среди пациенток с СГА ВтПКЯ 28 (58%) имели ожирению и 9 (18%) ИзМТ. И среди 34 женщин с ИМТ >25кг/м2 бедренный тип жирового отложения выявлены почти в 1,5 раза больше (у 85%) чем у женщин с СГА ПКЯ.

Обобщенные антропометрические показатели женщин с овариальными формами СГА были аналогичными таковым женщинам группы контроля. Умеренный и выраженный гирсутизм (индекс Ферримана-Голвея более 12) имелся у 19 (52,8%) женщин. В результате гормонального исследования выявлен повышенный уровень ЛГ у 19 (38,9%) пациенток, повышение соотношения ЛГ/ФСГ более 2,0 - у 17 (47,2%).

Результаты глюкозо-толерантного теста (базальные и стимулированные уровни глюкозы и инсулина) свидетельствовали о наличии инсулинорезистентности у 13 (36,1%) и нарушении толерантности к глюкозе — у 14 (38,9%) женщин.Обращает на себя внимание низкие концентрации инсулина у больных с СГА ПКЯ (5,72±0,85) по сравнению как с группой контроля (13,51±0,52), так и со сравниваемой клинической группой (8,35±0,02). Наблюдалась тенденция к повышению уровня ЛПНП у пациенток с СГА ПКЯ (2,48±0,07 ммоль/л против 1,55±0,03 ммоль/л в контроле), однако у пациенток с СГА ВтПКЯ его уровень был достоверно повышенным и составил в среднем 3,09±0,06 ммоль/л.

Уровень ЛПВП у женщин с СГА ПКЯ был несколько ниже контрольных значений, а при СГА ВтПКЯ достоверно ниже, чем у женщин контрольной группы и женщин с СГА ПКЯ, что составило в среднем 0,9±0,05 ммоль/л против 1,06±0,02 и 1,28±0,01 ммоль/л соответственно. Наибольшие концентрации средних уровней триглицеридов и холестерина обнаруживали у группы больных с СГА ВтПКЯ (3,04+1,4 ммолб/л и 6,5+1.8 ммоль/л соответственно).

Выводы.Таким образом, у больных с СГА ВтПКЯ узбекской популяции основные параметры липидного обмена, такие как уровень холестерина, триглицеридов, ЛПНП. Наибольший контингент женщин среди данного контингента имели ИМТ больше 25кг/м2, и отложения жировой массы в 1,5 раза больше случаев имела бедренного типа по сравнению с овариального генеза ГА.

КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Даминов Б.Т., Аляви Б.А., Каюмов Н.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Ишемическая болезнь почек (ИБП) — заболевание которое вызывается атеросклеротическим поражением почечных артерий (ПА). ИБП характеризуется прогрессирующим течением, приводящем к терминальной почечной недостаточности и высокому риску сердечно-сосудистых осложнений (нередко смертельных).

Одной из основных проблем в ранней диагностике, профилактике и лечении ИБП является достаточно поздняя диагностика этого заболевания. К основным причинам такого явления следует отнести то, что пациенты длительное время лечатся от других, связанных с атеросклерозом заболеваний, но, при этом, должного внимания состоянию почек не уделяется. К таким заболевания относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), заболевания сосудов мозга, нижних конечностей и др. Поэтому, к моменту диагностики ИБП у пациента формируются органические изменения, которые существенно снижают возможности, как консервативного, так и оперативного лечения.

В связи с этим, важное значение имеет адекватная оценка клинико-лабораторных показателей у больных с отдельными проявлениями и факторами риска атеросклероза и ИБП.

Определение группы риска: - лица старше 50 лет; - распространенный атеросклероз с поражением нескольких органов-мишеней; - острое поврежде-ние почек у лиц пожилого и старческого возраста; - прогрессирующая почеч-ная недостаточность без выраженной протеинурии и изменений мочевого осадка; - повышение креатинина (а также артериальная гипотония) после назначения ингибиторов АПФ; - быстрое развитие резистентности к комбини-рованной терапии у больных с эссенциальной гипертонией, а также внезапное развитие тяжелой АГ с кризовым течением; - рецидивирующий отек легких; - синдром перемежающейся хромоты и другие признаки атеросклероза артерий конечностей; - абдоминалгии; - люмбалгии; - большой стаж курения.

При выявлении двух и более из указанных выше признаков можно предполагать наличие у пациента ИБП и далее следует применить следующие виды исследования: характеристика пульса, измерение АД; аускультация брюшной аорты и почечных артерий; анализы крови (общий и биохимиче-ский); анализы мочи с определением суточной протеинурии; антитела к кардиолипину и волчаночного антикоагулянта; УЗИ почек и органов брюшной полости; ЭКГ и ЭхоКГ; осмотр окулиста и невролога.

Для установки предварительного (предположительного) диагноза ИБП следует провести УЗДГ сосудов почек, сцинтиграфию почек.

С целью верификация диагноза ИБП и подготовки больного к хирургическому лечению проводится спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография почек.

РАЗЛИЧНЫЕ КАТЕГОРИИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРА РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Даминов Б.Т., Каюмов Н.У., Саиджоджаева О.Н.,
Баротова Д.С., Азизов Ш.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучить частоту хронического гломерулонефрита (ХГН) при различных категориях гипергликемии.

Методы исследования: Обследованы 158 больных с ХГН. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) определялось путём проведения перорального теста толерантности к глюкозе. Оценка показателей гликемии проводилась по следующим критериям: гипергликемия натощак (уровень глюкозы натощак >5,6 ммоль/л.; гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой - уровень глюкозы > 8,8 ммоль/л при нормальных уровнях гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой (нарушение симпатоадреналовой фазы гликемической кривой); гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой- уровень глюкозы >7,8 ммоль/л и <11,1 ммоль/л при нормальном уровне гликемии натощак (нарушение вагоинсулярной фазы кликемической кривой);сахарный диабет 2 типа (СД) – гипергликемия натощак и после нагрузки глюкозой.

Результаты. Согласно полученным данным, наименьшая частота ХГН отмечается среди лиц с нормальным уровнем гликемии (12,88%). Частота ХГН среди лиц с гликемией натощак оказалась в 1,5раза выше (18,99%). Еще большая частота ХГН имела место при НТГ (26,74%), а наибольшая частота ХГН выявлена среди больных СД (36,59%).

Следует отметить, что среди лиц, у которых сахарный диабет был выявлен впервые в ходе настоящего исследования, частота ХГН была несколько выше (38,1%), чем среди пациентов, у которых СД был выявлен ранее, т.е. пациентов, состоящих на диспансерном учёте (35,0%). Однако, выявленные различия оказались статистически не значимы. Частота ХГН среди лиц с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой (22,87%) была несколько меньше, чем частота ХГН среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой (28,57%).

Выводы. НТГ можно рассматривать в качестве фактора риска ХГН.При этом, нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой имеет большую связь с ХГН, чем нарушение симпатоадреналовой фазы гликемической кривой.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Даминова Х.М.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель работы – изучение бета-блокатора небивалола в лечении ишемических инсультов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 67 больных с ишемическим инсультом, получавших небиволол на фоне базисной тера-

пии – I группа, и II группа – это 31 больных, получавших базисное лечение, включая эналаприл. Критерии исключения – противопоказания к небивололу и другим бета блокаторам, беременность и лактация, печеночная недостаточность. Мониторируемыми критериями в начале и в конце исследования были: АД, ЧСС, суточная доза небиволола, ряд биохимических параметров, NO. В конце исследования проводилась интегральная оценка эффективности и переносимости терапии.Продолжительность лечения – 12 недель. Среди обследованных 67 больных с ИИ, мужчин было 23 (54,8%), а женщин 19 (45,2%), которые были госпитализированы не позднее 24 ч. (в среднем спустя 8,1±0,8) с момента развития симптомов инсульта. Больных с выраженным нарушением сознания в исследование не включали в связи со сложностью проведения у них суточного мониторинга АД. Возраст колебался от 34 лет до 70 лет. Продолжительность заболевания АГ колебалась от 1 месяца до 30 лет, что в среднем составило 8,7 лет.

Результаты. Установлено, что АД практически не снижалось до нормального уровня. Высокие значения АД регистрировались как в отношении САД (154,15±0,712 мм.рт.ст.), так и в отношении ДАД (103,1±0,81 мм.рт.ст.).Проведенные исследования показали, что содержание уровня конечных продуктов оксида азота в сыворотке крови и ликворе больных с ДЭ составляет 0,909±0,0012 ммоль/мл и 0,903±0,0042ммоль/мл соответственно. Эти показатели у больных с ОНМК характеризуются снижением в ликворе до 0,723±0,0031 ммоль/мл и снижением в сыворотке крови до 0,698±0,0069 ммоль/мл. В ликворе наблюдается заметное уменьшение уровня конечных продуктов оксида азота при ОНМК.

Эти результаты согласуются с данными уровня аргинина (142,51±7,16 нмоль/мл) в ликворе и свидетельствуют об уменьшении синтеза оксида азота в ткани мозга больных.В конце исследования проводилась интегральная оценка эффективности и переносимости терапии. Результаты свидетельствуют о том, что включение небиволола в терапию ишемических инсультов в качестве донатора оксида азота показало восстановление аминокислотного состава(так, аргинин до лечения 142,51±7,16нмоль/мл и после лечения 411,95±3,95 нмоль/мл) и уровня конечных продуктов оксида азота в сыворотке крови (0,698±0,0069 ммоль/мл и 0,909±0,0012 ммоль/мл ($p<0.001$)) и ликворе (0.7235±0.0031 ммоль/мл и 0.9079±0.0063 ммоль/мл ($p<0.001$)), стабилизирующего АД, гемо и ликвородинамику и приводящего к регрессу очаговой неврологической симптоматики.

Выводы. Включение в комплекс лечебных мероприятий ишемических инсультов небиволола показало более чёткое восстановление аминокислотного состава сыворотки крови и ликвора, стабилизации гемо- и ликвородинамики. Небиволол имеет выраженный гипотензивный эффект, с улучшением метаболизма NO.

К ВОПРОСУ О ЗНАЧИМОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ельникова М.В.
Классический приватный университет, Запорожье, Украина.

Цель. Изучение факторов, влияющих на результативность мероприятий по модификации образа жизни в системе комплексного лечения лиц с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Института здоровья, спорта и туризма Классического приватного университета и Коммунального учреждения «Городская больница №7» г. Запорожья. Изучены клинико-функциональные показатели 2674 пациентов мужского пола в возрасте от 36 до 65 лет, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу гипертонического криза. Критериями включения в исследование стали: наличие артериальной гипертензии (АГ), абдоминального ожирения, дислипидемии (гиперпротеидемия, гиперхолестеринемия и/или триглицеридемия), гиперинсулинемии и/или нарушенной толерантности к глюкозе. Наряду со стандартной фармакотерапией все пациенты получили подробные рекомендации, касающиеся расширения режима двигательной активности (с учетом уровня толерантности к физической нагрузке), изменения характера питания, исключения/ограничения курения и употребления алкоголя. В последующем (в течение 3-х лет) велся мониторинг динамики течения МС, при этом отмечали: улучшение состояния, прогрессирование патологии, наличие и характер осложнений. По окончании периода наблюдения проведено анкетирование пациентов с выраженным положительным результатом и с объективным ухудшением состояния.

Результаты. За время наблюдения 15% от исследуемого контингента имели повторные госпитализации в то же отделение. Зафиксировано три нефатальные конечные точки: два случая мелкоочагового инфаркта миокарда, один ишемический инсульт. Остальные осложнения были связаны с прогрессированием АГ, ухудшением атерогенного профиля липидов, поражение органов-мишеней, увеличением массы тела. Из общего числа лиц, включенных в исследование, в 24,9% случаев констатировано стабильное состояние либо положительная динамика. Результаты анкетирования показали, что пациенты по разным причинам объективного и субъективного характера нарушали полученные рекомендации (от частичных либо периодических нарушений до полного несоблюдения). Приверженность к фармакотерапии была выше, чем к мероприятиям по модификации образа жизни. Наименьшую приверженность выявлено по отношению к двигательной активности и пищевому поведению. Среди пациентов с улучшением клинико-функционального состояния отмечена максимальная комлаентность по сравнению со всем контингентом.

Выводы. Учитывая полиморбидность МС, низкий уровень комплайнса, сложность алгоритма комплексного восстановительного процесса, индивидуальные потребности и практические возможности больных, можно

говорить о необходимости внедрения в практическую деятельность метода сопроводительного наблюдения и лечения, ориентированного на каждый конкретный случай и представляющего собой динамическое взаимодействие пациента и специалистов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Захидова М.З., Касимбекова Г.К., Хасанова Д.А., Кдырбаева Ф.К., Фозилов А.А
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: изучение эффективного влияния физических упражнений и нормализации веса на гиперинсулинемию у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методыя: В условиях поликлиники были проведены исследования по изучению влияния физических упражнений и нормализации массы тела на гиперинсулинемию и диастолическое артериальное давление у больных с МС. Было изучено влияние 6-месячной программы комплекса упражнений аэробики (21 человек) либо сочетания упражнений с другими мероприятиями по нормализации веса (21 человек) на факторы риска ИБС, ассоциируемые с МС. В группу контроля вошли 11 пациентов.

Результаты: Исходно и по окончании исследования определялись толерантность к глюкозе, уровни липидов крови и артериальное давление (АД). Достоверное улучшение толерантности к глюкозе отмечалось в обеих группах вмешательства: $p=0.003$ и $p<0.001$, соответственно. По сравнению с исходными показателями, 2-хчасовой "ответ" инсулинемии на оральную нагрузку глюкозой уменьшался, соответственно, на 27% и 47%. Существенное снижение диастолического АД наблюдалось только в группе упражнений и других мероприятий по снижению веса. Показатели липидного обмена остались практически неизмененными во всех группах.

К сожалению, внедрение диагноза метаболического синдрома в общеврачебную практику имеет ряд затруднений: пока МС не признан как отдельная нозологическая форма, кроме того, недостаточная информированность практических врачей часто способствует неправильному подходу к профилактике и лечению этого симптомокомплекса.

На современном этапе к МС относят абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, нарушение углеводного (нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа) и липидного обмена (так называемая липидная триада). В последние годы к проявлениям метаболического синдрома стали относить гиперурикемию, гиперкоагуляцию, гипофибринолиз, микроальбуминурию.

Наиболее ранними признаками МС выступают дислипидемия и АГ. Наиболее частым вариантом дислипидемии при МС является липидная триада: сочетание гипертриглицеридемии, низкого уровня ХС ЛПВП и повышения фракции мелких плотных частиц ЛПНП.Считается, что липидная триада у пациентов даже без СД-2 увеличивает риск развития коронарной болезни сердца в 3-5 раз.Проблема МС актуальна в связи с ран-

ней инвалидизацией,повышенным риском сердечно сосудистых осложнений, преждевременной старостью и смертностью.

Выводы: Полученные данные позволяют утверждать,что физическая нагрузка и уменьшение массы тела - один из эффективных методов терапии МС.Для раннего выявления признаков МС врачам общей практики рекомендовано проведение скрининга по следующей схеме:

Схема скрининга пациентов с МС в общеврачебной практике:

На **1-м этапе** (чаще всего в условиях первичного амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения) необходимо при сборе анамнеза обратить внимание на наследственную предрасположенность к ожирению, наличие АГ, СД, ИБС, уточнить образ жизни, вредные привычки (злоупотребление жирной, углеводистой пищей).

На **2-м этапе-**исследование объективного статуса (обратить внимание на распределение подкожно-жировой клетчатки, наличие стрий, акне, гирсутизма), осуществляют антропометрические измерения (рост, масса тела, ИМТ, ОТ,ОБ, ОТ/ОБ), измерение АД, ЧСС, ЭКГ-исследование, мониторинг АД по показаниям.

На 3-м этапе — определение биохимических показателей:параметров липидного обмена (ТГ, общий ХС, ХСЛПВП, ХС ЛПНП), сахара в крови натощак и через 2 ч посленагрузки.

На 4-м этапе — определение иммунорегуляторного индекса,показателя инсулинорезистентности (индекс НОМА),по показаниям определение микроальбуминурии, рентгенограмма(МРТ, КТ) черепа, исследование глазного дна, полей зрения, гормонального статуса.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕНЕДЖМЕНТАПОДАГРЫ

Заяц М.М.
Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, город Львов, Украина.

Цель:анализ источников доказательной медицины фармакотерапии подагры как одного из компонентов метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В качестве материалов проанализировано данные доказательной медицины за последние 5 лет. Методы, использованные в исследовании: библиографический, аналитический, сравнительный, клинико-фармацевтического анализа.

Результаты. Во многих исследованиях выявлены корреляции между уровнем мочевой кислоты (МК), артериальной гипертензией, дислипидемией (гипертриглицеридемией), где в качестве связующего звена выступает инсулинорезистентность.

Согласно данным доказательной медицины (*AmericanCollegeofRheumatologyGuidelinesforManagementofGout, BritishSocietyforRheumatologyandBritishHealthProfessionals in Rheumatology Guideline for the Management of Gout, 2012*) самое популярное лекарственное средство аллопуринол имеет уровень доводов В, при условии его дозировки не больше 100 мг / сутки и 50 мг / сут при диагностике у пациента 3 стадии подагры. Доза аллопуринола может быть увеличена выше 300 мг в день, даже при почечной не-

достаточности, при условии, что его применение сопровождается мониторингом токсичности препарата (например, зуд, сыпь, повышение активности печеночных трансаминаз; уровень доводов В). Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются препаратами выбора при подагре при условии отсутствия у пациентов противопоказаний (уровень доводов А). Препарат колхицин является хорошей альтернативой НПВС, хотя и действует медленней последних (уровень доводов А). Для уменьшения рисков возникновения побочных эффектов (особенно диареи) следует, используемые в его в дозе 500 мкг (уровень доводов С). Также следует отметить, что наркотические анальгетики может быть использованы в качестве вспомогательных средств (уровень доводов С). Аспирин в небольших дозах (75-150 мг / сут) существенно не влияет на уровень МК и может быть использован в случае необходимости профилактики сердечно-сосудистых усложнений (уровень доводов В). Тем не менее, аспирин в анальгетической дозе (600-2400 мг / сут) препятствует выведению мочевой кислоты и его следует избегать (уровень доводов В). Урикозурические препараты (пробенецид и сульфипиразон) могут быть использованы как альтернатива аллопуринола у пациентов с нормальной функцией почек (уровень доводов В), но они протипоказаны при мочекаменной болезни (уровень доводов А). Бензобрамон можно назначать отдельным больным с умеренно выраженной почечной недостаточностью, но тогда существует невысокий риск проявления гепатотоксичности (уровень доводов В). Профилактика острого приступа подагры в течение первых месяцев гипоурикемических терапии может быть достигнута приёмом колхицина в дозе 0,5-1 мг / сут (уровень доводов В) и / или НПВП (уровень доказательности А) с одновременным назначением за необходимости гастропротекторов. У больных подагрой принимающих мочегонные препараты их целесообразно отменить (уровень доказательности С). Для коррекции гипертонии и гиперлипидемии следует рассмотреть вопрос об использовании лозартана (уровень доводов В) и фенофибрата (уровень доводов В).

Вывод. В результате анализа данных доказательной медицины, выделены основные элементы менеджмента больных подагрой, как отдельного заболевания, так и как элемента метаболического синдрома.

ФЛУОРЕСЦЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДОВ И БЕЛКОВ В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

[1]Зубрицкая Г.П., [2]Писаренко Е.А., [1]Кутько А.Г.,
[3]Камышников В.С., [1]Слобожанина Е.И.
[1] Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси, Минск
[2] 6-ая городская клиническая больница г. Минска, Беларусь
[3]Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Цель– выявить связь изменений физико-химических параметров липидов и окисления белков в мембранах эритроцитов и липидов в плазме крови у беременных женщин с НЖО.

Материалы и методы. Под наблюдением в акушерском стационаре находились беременные женщины в третьем триместре гестации с нарушением жирового обмена (НЖО) I, II и III степени (n= 21). Контрольную группу составили беременные в третьем триместре гестации условно здоровые (n= 15). В работе были использованы липофильный флуоресцентный зонд 6-додеканол-2-диметиламинонафтален (лаурдан) и зонд на SH-группы N-(1-пирен)-малеимид (ПМ). Измерение параметров зондовой флуоресценции проводили на спектрофлуориметре СМ2203 ("СОЛАР", Беларусь).

Результаты. Установлена прямая корреляционная связь между генерализованной поляризацией (GP) флуоресценции лаурдана, встроенного в мембраны эритроцитов беременных женщин с НЖО и уровнем ТБК-продуктов в плазме крови (R = 0,63; P<0,01) и обратная корреляционная связь между GP лаурдана, встроенного в мембраны эритроцитов обследованной группы пациенток, и уровнем ТБК-продуктов в эритроцитах (R = -0,65, P< 0,01). Кроме сравнительного исследования физического состояния липидов эритроцитарных мембранах беременных с НЖО представлялось важным установить, происходят ли окислительные изменения в белковых компонентах мембран эритроцитов у беременных с НЖО. Выявлено небольшое снижение интенсивности флуоресценции зонда ПМ ($\lambda_{возб.}$=342 нм, $\lambda_{рег.}$=396 нм), связанного с SH-группами белков эритроцитарных мембран в группе беременных с ожирением по сравнению с величиной интенсивности флуоресценции этого зонда, связанного с белками мембран эритроцитов здоровых беременных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что нарушение жирового обмена у беременных приводит к изменению структурно-функционального состояния мембран эритроцитов, что связано как с окислением мембранных белков, так и изменением микровязкости липидов. Работа поддержана Белорусским фондом фундаментальных исследований, грант М13-152

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Ибатова Ш. М.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель – Применения диетотерапии, ферментотерапии и лактулозы (дюфалак) для коррекции метаболических нарушений у детей, больных гипотиреозом.

Материал и методы исследования. Нами проведено обследование у 32 детей, больных гипотиреозом в возрасте от 7 до 15 лет и 20 больных, не имеющих патологии щитовидной железы того же возраста. Больные были распределены на две группы: I - группа (15 детей) по весу имела значение, идентичное весу возрастной и контрольной группы. II - группа (17 детей), имела избыточный вес тела, превышающий возрастной на 4,8 ±1,8 кг. Проводилось определение гормонов щитовидной железы у детей, больных гипотиреозом и контрольной группы. Определя-

лось содержание эфиров холестерина, триглицеридов и общих липидов в сыворотке крови.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования содержание триглицеридов у детей II - группы с избыточной массой тела был выше, общие липиды крови составили - 5,77 ± 0,15 г/л. У больных I - группы 5,15±0,16 г/л (P<0,05) по сравнению с контрольной группой 4,5±0,14 г/л. Содержание триглицеридов у больных с избыточной массой тела составили 17,65±0,22 (P<0,01) т.е. выше чем у больных с нормальной массой тела 16,74±0,17% (P>0,05) и у контрольной группы 16,72±0,15%. Свободный холестерин 8,59±0,17% (P>0,05) у больных с нормальной массой тела (8,69±0,14%) и не отличался от контрольной, но значительно превышал в группе с избыточной массой тела 9,74±0,14% (P<0,01).

Таким образом, у больных гипотиреозом с избыточной массой тела на фоне гипотиреоза проводилась коррекция диетотерапией: стол №5, включали в комплекс лечебных мероприятий ферменты (мезим форте) и коррекция дюфалаком в возрастной дозировке в течение месяца. На фоне лечения достигнута положительная динамика: наблюдалось снижение веса детей на 3,2±0,8 кг и приближение показателей липидов к контрольной группе.

Вывод. У детей, больных гипотиреозом необходимо контролировать показатели липидов и рационально проводить коррекцию диетотерапией, ферментотерапией и лактулозой (дюфалак).

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Исаева А.С., Резник Л.А., Вовченко М.Н., Буряковская А.А., Клименко Т.И.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Украина, Харьков.

Цель. Изучение влияния тарапии бета-адреноблокаторами на качество жизни женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 138 женщин в перименопаузе. Все обследованные женщины были разделены на 3 группы в зависимости от бета-блокатора, который применялся. Пациентки 1 группы (n=52) получали бисопролол в дозе 5-10 мг в сутки; 2 группы (n=45) - метопролола сукцинат в дозе 100-200 мг в сутки и 3 группы (n=41) - небиволол в дозе 5-10 мг в сутки. Группы обследованных женщин достоверно не отличались по возрасту. Для оценки гормонального статуса всем пациенткам проводили измерения ФСГ, прогестерона, пролактина, тестостерона, эстрадиола, альдостерона. У пациенток с сохраненной менструальной функцией первое определение проводили через 10 дней после последней менструации. Оценка качества жизни проводилась с помощью шкалы Ferrance and Power, cardiology version II. Данный опросник позволяет оценить как общий индекс качества жизни, так и его отдельные составляющие: индекс здоровья, социально-экономический индекс, индекс психического здоровья и удовлетворенности семьей и близ-

кими. Пациенткам после проведенного инструктажа предоставлялась возможность самостоятельно заполнить вышеназванный опросник в отдельном помещении.

Результаты. Под влиянием терапии целевые уровни АД были достигнуты у 49 (84%) больных группы 1, у 32 (78%) группы 2 и у 31 (79%) группы 3. Снижение САД, ДАД и ЧСС было вероятным во всех группах обследованных женщин. До начала лечения общий индекс качества жизни и все его составляющие в группах достоверно не отличались. В ходе терапии отмечено достоверное повышение общего индекса качества жизни в основном за счет индекса физического здоровья у пациенток, получавших терапию бисопрололом и небивололом. Социально-экономический индекс, индекс психического здоровья и индекс семейного благополучия достоверно не изменялись ни в одной из групп. У пациенток, получавших терапию метопрололом показатели качества жизни достоверно не изменялись. Отдельно был проведен анализ изменения индексов качества жизни у пациенток с ИБС в группах. Так в группу 1 вошли 25 пациенток с ИБС, которым назначался бисопролол; в группу 2 - 22 пациентки с ИБС, которым назначался метопролол, и в группу 3 - 17 пациенток с ИБС, получавших небиволол. Во всех группах изменения САД, ДАД были сопоставимы. Так в группе 1 САТ составило 150,0 [120,0 ÷ 160,0] мм рт.ст. до лечения и 135,0 [120,0 ÷ 140,0] мм рт.ст. в конце лечения, в группе 2 - 150,0 [140,0 ÷ 170,0] мм рт.ст. и 130,0 [120,0 ÷ 140,0] мм рт.ст., соответственно и в группе 3 - 160,0 [120,0 ÷ 160,0] мм рт.ст. и 120,0 [120,0 ÷ 130,0] соответственно.

Выводы: прием бисопролола и небиволола существенно повышает качество жизни в периоде перименопаузы. В динамике терапии наблюдается повышение общего индекса качества жизни. Положительные изменения женщины испытывают преимущественно в сфере соматического здоровья. Прием метопролола не сопровождается достоверными изменениями этих показателей. По своему антигипертензивному действию и влиянию на ЧСС у женщин в перименопаузе бисопролол, метопролол и небиволол существенно не отличаются друг от друга. Применение этих представителей класса бета-блокаторов в указанной категории пациентов позволяет эффективно контролировать уровень АД и ЧСС.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ СИНТЕЗ □-РЕЦЕПТОРА К ЭСТРОГЕНУ И ИХ СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.

Исаева А.С., Попович А.С., Бондарь Т.Н., Буряковская А.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМНУ», Харьков

Цель. Изучение связи полиморфизма □-рецепторов к эстрадиолу и сердечно-сосудистой патологией у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. В исследование было включено 147 пациенток в перименопаузе. В исследование не включались пациентки с острым коронарным синдромом, сахарным диабетом тяжелой степени, сердечной недостаточностью III – IV ф.к., пороками клапанов сердца, онко-

патолгией, хроническими обструктивными заболеваниями легких, хронической болезнью почек II и более стадии, нарушениями гормонпродуцирующей функции щитовидной железы, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хронической болезнью почек III и выше стадии, семейной гиперхолестеринемией, заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни до 1 года, пациентки с острыми воспалительными процессами. Для верификации ИБС использовали данные анамнеза (перенесенный инфаркт миокарда с зубцом Q), результаты ангиографического исследования и положительный результат теста с дозированной физической нагрузкой. Для проведения теста с дозированной физической нагрузкой использовали цифровой электрокардиографический комплекс с беговой дорожкой «Cardio-Perfect MD» (Cardio-Control, Нидерланды).

Материалом для молекулярно-генетического исследования были лейкоциты периферической крови пациенток.

Результаты:Пациентки с генотипами AA, AG и GG были сопоставимы по возрасту, ИМТ, параметрам наступления и продолжительности менопаузы, артериальному давлению, фракции выброса. Носительницы GG генотипа имели достоверно более высокую частоту сердечных сокращений (p=0,04). Е У носительниц генотипа GG при сравнении с носительницами генотипа AA выявлены более высокие значения ОХС (5,20[4,54-5,75] vs 5,72[5,26-6,16]; p=0,05) и холестерина ЛПНП (3,18[2,57-3,80] vs 3,8 [3,28-4,13]; p=0,05) . При изучении связи полиморфизма гена PvuII также не было выявлено различий по частоте встречаемости ГБ, ИБС и СД у носительниц различных генотипов. В тоже время носительницы генотипа CC характеризовались более высоким уровнем ОХС (5,68 [4,90-6,12] vs5,01 [4,48-5,58]; p= 0,047) и холестерина ЛПНП (3,69 [2,93-4,17] vs3,03 [2,43-3,71]; p= 0,03).

Вывод: Таким образом, в изученной популяции пациенток не было выявлено зависимости между встречаемостью ИБС, гипертонической болезнью сердца, сахарным диабетом и различными вариантами генотипов генов □-рецепторов к эстрадиолу XbaI и PvuII. Установлено, что носительницы генотипов GG и CC характеризовались более высоким уровнем общего холестерина и холестерина ЛПНП.

ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К.
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Узбекистан
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучить взаимосвязи между артериальной гипертензией (АГ), ожирением, параметрами липидного обмена и остеоартрозом (ОА) коленного сустава (гонартрозом, ГА).

Материал и методы. Обследовано 96 женщин с АГ в возрасте 49-72 года. Больные были разделены на 3 группы: I-я - 32 человека с ГА без АГ и ожирения (масса тела (МТ) 72,5±3,4 кг), в возрасте 51,6±2,6 лет; II-я – 21 человек с ГА в сочетании с АГ 1-2 стадии (МТ 73,4±2,8 кг), в возрасте

54,5±1,9 лет; III-я – 43 больных с ГА, абдоминальным ожирением и АГ, (МТ 94,1±2,5 кг), в возрасте 64,3±2,7 лет. Были определены антропометрические данные, показатели липидного, углеводного, белкового обмена и теста Лекена и ВАШ; использован t – критерий Стьюдента.

Результаты. Убольных I и II групп разницы по параметрам липидного обмена и антропометрическим данным не было. Величины САД и ДАД были достоверно выше у больных II группы. На течение гонартроза АГ оказывало некоторое влияние: у больных II группы отмечено увеличение значений теста Лекена (12,3±0,9 vs 7,5±0,6, $p<0,05$) и показателей ВАШ при движении (2,5±0,4 vs 1,4±0,3, $p<0,05$). У больных III-й группы отмечались достоверные различия ($p<0,001$) между антропометрическими и липидными параметрами, чем у больных I –II групп. У них же цифры АД, уровень глюкозы натощак и мочевой кислоты были выше, чем у больных I и II групп. У больных с ожирением значения показателей объемов и массы жировой ткани были достаточно выше ($p<0,05$), чем у больных без ожирения. Наличие мягкой АГ без ожирения не влияло на антропометрические показатели. У больных с ожирением тяжесть клинических проявлений гонартроза была наиболее выраженной, значительно возрастала интенсивность болей по тестам Лекена, ВАШ при движении.

Выводы. Сочетание АГ с ожирением оказывает существенное влияние на уровень АД, антропометрические показатели, параметры липидного и углеводного обмена, способствуя тем самым развитию метаболического синдрома. Болевой синдром при этом резко усиливается, ограничивая функциональные возможности больных с гонартрозом.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.

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

Целью исследования явилось изучение частоты метаболического синдрома (МС) у больных с ишемическим инсультом (ИИ) как этиологического фактора ишемического поражения головного мозга.

Материал и методы: Материалом для исследования явились клинико-лабораторные данные 112 больных (мужчин-58, женщин-54), а также 64 практически здоровых лиц без артериальной гипертонии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний. Исследуемым были проведены: антропометрия с определением окружности талии, определение глюкозы в крови натощак, биохимическое исследование крови для определения липидного спектра (определение общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПС), липопротеидов низкой плотности(ЛПНП), триглицеридов(ТГ). МС диагностировали при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) и 2-х дополнительных критериев диагностики МС.

Результаты: У больных с ИИ МС диагностирован у 80 больных-71%. Выявлены основные критерии МС в основной группе исследуемых. Аб-

доминальное ожирение выявлено у 73,2% (82 больных). Сравнение средних значений окружности талии показало достоверное различие между основной и контрольной группами. При этом отмечается, что в основной группе у женщин частота встречаемости АО выше(81%), чем у мужчин (64,8%). Из дополнительных критериев у больных с ИИ чаще встречается АГ(85%), из них АГIIIстепени (70,5%). Анализ данных липидного спектра у больных ИИ показал статистически достоверные различия для таких показателей, как ТГ и ЛПНП. При этом, триглицеридемия диагностирована у 25 больных основной группы, что составляет 22,3%. Уровень ЛПНП был повышен у 75 больных (67%) Частота гипергликемии натощак у больных с ИИ значительно превышает показатели гипергликемии у лиц контрольной (44,3% и 8,2%) соответственно.

Выводы.Таким образом выявленные данные о высокой частоте МС и отдельных его критериев у больных с ИИ свидетельствуют о значительном повышении риска поражения мозговых сосудов с последующим развитием ишемического инсульта.

ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ишкабулов Д., Ишкабулова Г.Д., Ахматов А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель: изучить частоту важного компонента комплекса обменных нарушений метаболического синдрома– гиперурикемии в семьях, где имеются дети с урикозурической нефропатией.

Материалы и методы. Проведено семейное исследование у членов 40 семей, где имеются дети с урикозурической нефропатией. Сывороточная концентрация мочевой кислоты(СКМК), экскреция с мочой мочевой кислоты (МК) определялись методом Мюллера-Зейферта в описании О.В.Травиной (1955) и фермента ксантиноксидазы по Э.А.Юрьевой(1991). Комплексное обследование родственников,сибсов и пробандов проводилось по единому принципу и включало генеалогический анализ родословных, общеклинические лабораторные и биохимические исследования, по необходимости рентгенологических и ультразвуковых методов исследования почек. Скорость клубочковой фильтрации (КФ) определяли по формуле Шварц, клиренс мочевой кислоты по формуле Ван Слайка, вычесляли фракционный клиренс МК. За пограничный уровень МК в крови принимали данные Ю.И.Ровда и соавт.:1-7 лет мальчики – 300,0мкмоль/л, девочки - 270,0мкмоль/л; 8-11лет: 305,0 мкмоль/л оба пола; 12-15 лет - 360,0мкмоль/л и 330,0мкмоль/л соответственно.

Результаты. Биохимическими маркерами дисметаболизма пуринов является гиперурикемия, гиперурикозурия, активность фермента ксантиноксидазы. В ходе проведения семейных исследований у 40 пробандов с урикозурической нефропатиейобследовано 62 сибсов и 60 родителей. В нозологиической структуре уратных нефропатий преобладалинтерстициальный нефрит(27,2%),вторичный пиелонефрит(24,5%), изолированный мочевой синдром(13,9%), мочекислый литиаз(6,8%).Следует отметить,

что в родословной больных с урикозурической нефропатиейисключительную частоту сердечно-сосудистых заболеваний, включая гипертонию(43,3%), гастродуоденальной(19,7%) и гепатобилиарных систем(39,6%), заболеваний связанных с отложением солей(26,7%).Аллергические заболевания составили(9,2%), ожирение, диабет 7,1% и 2,7% нервно-психические заболевания. Такой спектр внепочечной патологии в родословной безусловно должен направить диагностический поиск на исследование метаболического статуса и прежде всего на исключение диспуриноза.Из 62 целенаправленно обследованных сибсов бессимптомная гиперурикемия(ГУ) выявлена у 21(33,9%), т.е.без клинических признаков заболевания (доманифестный период), а у 14 детей(22,5%) манифестные формы урикозурической нефропатии в виде дисметаболического интерстициального нефрита и вторичного пиелонефрита (25,2%), изолированного мочевого синдрома(17,2%) и в двух случаях рецидивирующего мочекислого литиаза (14,3%). Аналогичное явление наблюдалось у обследованных родителей: у 14 из них(23,8%) наблюдалась бессимптомная ГУ: >430,0мкмоль/л – СКМК, клиренс МК->12–15,7мл/мин/1,73м^2, фракционный клиренс - >15%. Манифестные формы выявлены у более чем половины родителей: абактериальный и бактериальный интерстициальный нефрит, мочекаменная болезнь у 32родителей(53,3%). У них же обнаружено усиление активности ксантиноксидазы, которая составила у пробандов 318,5±10,8 ммоль/л/сек, у сиб сов с доманифестной ГУ - 265,0±13,0 ммоль/л/сек**.,** при норме 110,0±8,5 ммоль/л/сек**.** Следовательно, ГУ и ГУУ при нарушении метаболизма пуринов носит семейный характер.

Выводы. Таким образом, использование семейного принципа обследования способствует раннему выявлению ГУ в доманифестной стадии и проведению превентивных мероприятий.

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Ишкабулов Дж., Эргашев А.Х., Абдурасулов Ф.П., Каримова Н.А.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель:Многофакторный анализ предрасположенности по программе, ориентированной на выявление наследственной предрасположенности, акушерской отягощенности, обменных нарушений, поражений почек обменного генеза и оценку фукционального состояния почек.

Материал и методы: Проведен анализ родословной у 143 детей с дисметаболической нефропатией, оценка метаболического статуса (урикемии,урикозурии,гиперокоглурии, аммонио-ацидогенеза) у 181 фенотипические здоровых сибсов, у 210 родителей.

Результаты: Анализирумые 143 семей, где были выявлены дети с дисметаболической нефропатией, разделены по данным генеалогического анализа, биохимического и клинического скрининга. В структуре урикопатических нефропатий вторичный пиелонефрит составил 44 ребёнка

(30.8%), интерстициальный хронический нефрит 39 (27,2%), мочекислый литиаз 24 (16,8%), нефропатия с ацетонемическим синдромом и артропатией. Из обследованных 181 сибсов у 95 (52,5%) выявлены различные изменения: в том числе у 65 детей (68%) выявлен доманифестный вариант с гиперурикемией, гиперурикозурией и канальцевыми дисфукциями, снижение осморегулирующей и ацидогенетической функции почек. Манифестные формы в виде интерстициального нефрита и вторичного пиелонефрита установлены у 30 детей (31,6%). Из обследованных 210 родителей у 33, 9% выявлена бессимптомная гиперурикемия, у 37,4% хронический интерстициальный нефрит с артериальной гипертензией и нарушением функций почек по канальцевому типу и вторичный пиелонефрит, у 12, 9% мочекислый литиаз. Исходя из генетической и экологической обусловлености дисметаболических нефропатий, нами была разработана система семейной диспансеризации с хрономедицинским подходом (исключение гиперинсоляции и тепловых нагрузок) и этапов эволюции почечного процесса (доманифестная, дисметаболическая нефропатия, интерстициальный нефрит и функционального состояния почек). Разработанная программа эндоэкологической реаблитации наблюдаемых семей является многокомпонентной, имеющей медицинские, климатоэкологические и социально-экологические аспекты, т.е охватывает создание соответствующего микроклимата, питьевого режима, дието-фитотерапии, лечение манифестных форм дисметаболических нефропатий с учётом этапа эволюции патологического процесса, профориентацию и др. Эффективность использованной семейной диспансеризации через 1 год наблюдения для фенотипически здоровых лиц составляет 5%, для доманифестных форм нефропатий 75%, при развившемся интерстициальном нефрите и пиелонефрите 24,2%.

Вывод. В системе «педиатр-ребёнок-семья» многофакторный подход к возникновению соматических заболеваний позволяет своевременно формировать «группы риска», устранение управляемых факторов риска, проведение реабилитационных мероприятий по семейному принципу, что составляет основу первичной профилактики заболеваемости.

СЕЗОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК И СОСТАВА МОЧИ У ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.

Ишкабулов Дж., Эргашев А.Х., Н.Ё. Рузикулов, Ю.А. Рахмонов
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель: Изучить сезонные особенности парциальных функций почек и состава мочи у детей с уратной нефропатией и разработать меры корригирующей терапии

Материал и методы. В разные сезоны года обследованы 27 здоровых и 120 больных с уратной нефропатией в возрасте от 3 до 14 лет. Для оценки клубочковой фильтрации вычисляли клиренс эндогенного креатинина по формуле Ван-Слайка с пересчетом на стандартную поверхность тела взрослого человека. О функциональном состоянии судили по пробе Зимницкого, экскреции и клиренсу кальция, фосфора, амино-

кислот. Кальций определяли комплексонометрически, неорганические фосфаты – колориметрически с молибдатом аммония, свободные аминокислоты методом высоковольтного электрофореза на бумаге, определяли также суточную экскрецию оксалатов, уратов, аммиака, титруемых кислот.

Результаты. У здоровых детей фильтрационная деятельность клубочков имеет отчетливую сезонность, наиболее высокую в зимне-весенний период (диуреза 72±0,04 и 0,67±0,07 мл/мин). В летний период клиренс креатинина почти в 2 раза ниже по сравнению с зимним. Этому соответствует возрастание концентрации уратов (зимой 2,41ммоль/л, летом 3,04±0,19ммоль/л) увеличение экскреции фосфора, кальция, серина, глицина и гистидина. Эти изменения у здоровых детей оценены как проявления функциональной и метаболической адаптации к тепловой нагрузке. Показано, что эффективность механизмов гомеостаза зависит от исходных особенностей метаболического статуса ребенка. Так, у детей с уратной нефропатией во все сезоны года достоверно выше экскреция уратов, оксалатов, фосфора, серина, глицина, гистидина ($P<0,05$). В период наибольшей тепловой нагрузки по сравнению с прохладным периодом достоверно выше экскреция уратов ($P<0,001$), серина ($P<0,001$), глицина ($P<0,005$). Следовательно, тепловая нагрузка способствует резкому увеличению в моче нефротоксических и камнеобразующих продуктов метаболизма, создает реальный риск усугубления нефропатии, поражения интерстициальной ткани и камнеобразования. Для коррекции выявленных функциональных и метаболических нарушений нами использовался формуляр, который включает: 1) Высокожидкостный режим, диета с резким ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями и создание соответствующего микроклимата. 2) Медикаментозная коррекция нарушенного метаболизма пуринов. 3) Антиоксиданты и мембраностабилизирующие препараты. 4) Применение энтеросорбентов. Использование данного формуляра обеспечивало однотипность терапевтической тактики, провести мониторинг эффективности проводимой терапии.

Выводы. Тепловая нагрузка и гиперинсоляция в летний период для детей с уратной нефропатией является сущенственным фактором риска, приводящим к канальцевой дисфункции, резкому повышению уратурии, оксалурии и фосфатурии. Использование в этих условиях комплексного терапевтического формуляра позволяет значительно повысит адаптивные возможности больных с уратной нефропатией.

ПОСТНАГРУЗОЧНАЯ ГЛИКЕМИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА

Каландарова У.А., Каюмов У.К., Алимов С.С., Хатамова Д.Т.,
Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучить состояние постнагрузочной гликемии среди лиц с различной массой тела.

Материал и методы. Исследование проведено среди 1306 мужчин в возрасте 20-69 лет. Обследование проводилось согласно рекоменда-

циям ВОЗ для популяционных исследований. Оценка массы тела проводилась по уровням индекса Кетле (ИК) и выделялись группы с пониженной массой тела (ПМТ) – ИК до 18,5; с нормальной массой тела (НМТ) – ИК от 18,5 до 24,9; с избыточной массой тела (ИМТ) – ИК от 25 и выше. Состояние гликемии изучалось на основании теста толерантности к глюкозе (ТТГ), определением уровня гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. Для оценки состояния усвоения глюкозы были изучены следующие постнагрузочные коэффициенты: гликемический коэффициент (ГК) - соотношение гликемия натощак/гликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой и постгликемический коэффициент (ПК)- соотношение гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой /через 2 часа после нагрузки глюкозой. Статистическая обработка проводилась с учётом средних показателей (М) и среднеквадратического отклонения (±δ).

Результаты. При изучении показателей по всей выборке в целом было показано, что по мере увеличения массы тела наблюдается рост постгликеми-ческого коэффициента (при ПМТ -1,74±0,62; при НМТ - 1,78±0,7 и 1,82±0,75 при ИМТ). При увеличении массы тела происходит также и возрастание гликемического коэффициента (при ПМТ -1,06±0,3; при НМТ - 1,10±0,32 и 1,11±0,34 при ИМТ). Вместе с тем, определённый интерес представляет вопрос об уровнях этих показателей среди лиц с нарушенной и нормальной толерантностью к глюкозе. Как оказалось, среди лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе по мере увеличения массы тела также сохраняется тенденция к увеличению, как ПК так и ГК (при ПМТ 1,89±0,82 и 0,85±0,25; при НМТ 2,07±0,96 и 0,99±0,38; при ИМТ 2,07±1,01 и 1,01±0,41 соответственно). При этом, у лиц с нормальной толерантности к глюкозе по мере увеличения массы тела отмечается возрастание уровней ПК и ГК (при ПМТ 1,68±0,51 и 1,14±0,27; при НМТ 1,66±0,51 и 1,15±0,27; при ИМТ 1,72±0,56 и 1,17±0,29 соответственно).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о наличии связи ПК и ГК с массой тела. Однако, абсолютные цифры уровней гликемии не всегда могут служить надёжным критерием состояния углеводного обмена. Вместе с тем, рассмотренные коэффициенты, могут служить показателями степени утилизации глюкозы после сахарной нагрузки независимо от абсолютных показателей. Поэтому, в качестве фактора риска ИМТ следует учитывать показатели ПК превышающие 1,78 и ГК - 1,1.

ОЦЕНКА ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н., Антонова И.В.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель. Изучить особенности трофологического статуса у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в зависимости от степени тяжести болезни.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 пациентов с ХОЗЛ: 68 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил (57,1 ± 3,9) лет. 20 больных имели I степень бронхиальной обструкции, 20 – IIстепень, 22- III и 18 больных- IV степень бронхиальной обструкции (согласно GOLD 2011). Оценка трофологического статуса проводилась путем определения индексамассытела(ИМТ). ИМТ вычисляли по формуле=массателавкилограммах/роствметрах 2(кг /м^2). Процент (%) отклонения фактической массы тела (МТ) от рекомендованной определяли по формуле: % отклонения фактической МТ= (фактическая МТ,рекомендованная МТ)х100.Оценкустепенидефицитамассытела(МТ) или степенитрофологическойнедостаточности(ТН) осуществлялипо критериям: 10-20%- легкая степень; 20-30%- средняя степень; 30% и болееетяжелая степеньнедостаточности.

Результаты. Установлено, что трофологическийстатуссохранялсявпределахнормальныхзначенийу 42%пациентовс ХОЗЛлегкой степени, избыточнуюмассутелаимели58% больных. Вгруппепациентовс ХОЗЛсреднейтяжестив30 % случаев зарегистрировандефицитмассытелаболее 10%. В отличие отпациентов с легкой степенью ХОЗЛ, избыточнуюмассутелаимели лишь12,3 % пациентов. Вгруппебольных стяжелымтечением ХОЗЛпреобладал дефицитмассытела: ТНзарегистрированау 73, 5 % больных. Также нами было установлено, что у пациентовс ХОЗЛсреднейтяжестидоминировалалегкаястепеньтрофологическихнарушений: у 82%обследованныхдефицитмассытела непревышал20% ((19,32 ±0,73) %. У больных с тяжелым течением заболевания у половины пациентов(в51 % случаев) имели место умеренно выраженныепроявлениягипотрофии-дефицитМТ20-30%, ИМТ(18,3±0,7) кг/м^2. У30 % больных трофологическиенарушениябылилегкими-дефицитМТ10-20%, ИМТ=(20,3±0,7) кг/м^2. Тяжелыерасстройствапитаниявыявлены у19 % больных с тяжелойстадиейХОЗЛ-дефицитМТ<30%, ИМТ(16,8 ±0,3) кг/м^2.

Выводы. Таким образом,установлено, чтопоказатель«% дефицитаМТ» оказался болеечувствительнымввыявлениитрофологических расстройств, по сравнению спараметромИМТи можетрассматриватьсяв качествеспособа оценкидистрофии.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА,КОПТОКЧАЛАР ФИЛЬТРАЦИЯСИ ТЕЗЛИГИ ВА КЛИРЕНС КРЕАТИНИН КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ.

Камалов О.Т., Эргашев Д,Т.
Наманган вилоят кўп тармоқлитиббиёт маркази, Ўзбекистон.

Мақсад: Диабетик нефропатияси бор беморларда, сурункали буйрак етишмовчилиги билан боғлиқ ҳолда буйракларнинг функционал даражаси кўрсаткичларини эрта аниқлашнинг афзаллигини ўрганиш.

Материал ва услублар: НВКТТМ, нефрология бўлимида 2012-2014-йил ларда, Диабетик нефропатия билан оғриган 56- нафар беморларда, сурункали буй рак етишмовчилиги (СБЕ) нинг турли даражалари билан

текширув ўтказилди; Шундан СБЕ I -босқичи билан 12, II- босқич билан 20 ва III-босқич билан-24 бемор да кузатувлар олиб борилди. Барча беморларга зарур бўлган клиник ва биохимик текширувлар ўтказилди:

Натижалар. Текширув натижалари шуни кўрсатадики, қондаги креатинин миқдори, СБЕ I – босқичида, яъни (12-та беморда) ўртача кўрсаткич113,4 ммоль/л. ни, II- босқичида 149,2, ммоль/л ва III-босқичида 173,2 ммоль/л ни ташкил этди.Рақамлардан кўриниб турибдики, қондаги креатинин миқдори кўрсаткичлари СБЕ даражалари ортиб бориши билан параллел равишда ошиб борди.

Клиренс креатинин СБЕ I –босқичида ўртача кўрсаткич 55,96 мл/мин,ни ташкил этган бўлса, СБЕ III-босқичида бу ўртача кўрсаткич 36,46 мл/мин.ни ташкил этди, яъни кўрсаткич камайиши кузатилди.

Коптокчалар фильтрацияси тезлиги СБЕ босқичи ошган сари паралелл равишда пасайиб бориш кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб коптокчалар фильтрацияси тезлиги ва клиренс креатинин кўрсаткичларини эрта аниқлаш орқали диабетик нефропатия фонида буйракларнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун **“ишончли маркер”** сифатида қабул қилиш мумкин. СБЕ босқичи ортиши билан ҳали буйраклар дисфункциясининг клиник кўринишлари намоён бўлмасидан аввал қон зардобидаги креатинин ва қолдиқ азот ошиши, шунга мос равишда коптокчалар фильтрацияси тезлиги ва клиренс креатинин кўрсаткичларини камайиши аниқланди.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ГЛАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ(случай из практики)

Камилов Х.М., Максудова Л.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучить характер течения ожоговой травмы глаз у пациента с сахарным диабетом.

Материалы и методы.Проведено лечение больному Ш.З. 1953г. р., с диагнозом «OS-Химический щелочной ожог конъюнктивы и роговицы II-IIIстепени, Сопутствующий: Гипертоническая болезнь 1ст., артериальная гипертензия 2, риск 4,Сахарный диабет 2 типа.При динамическом наблюдении за больным определялась острота зрения, внутриглазное давление, проведена прямая и обратная офтальмоскопия, биомикроскопия с фоторегистрацией, В-сканирование.Критериями оценки состояния органа зрения явились: частота развития тех или иных осложнений; скорость и качество заживления ожоговых ран и функциональное состояние органа зрения, также больной консультирован кардиологом, терапевтом и невропатологом.

Результаты. При поступлении у больного отмечались жалобы на боль, слезотечение, светобоязнь, чувство инородного тела, снижение зрения на левом глазу. Острота зрения правого глаза: 0,7-0,8, рефракция гиперметропичная (+1,5); левый глаз - 0,06,не корригируется. Внутриглазное давление транспальпебрально с помощью ИГД-02 diathera=19;18.

Объективно: OD-без патологических изменений; OS-блефароспазм, на склере смешанная инъекция сосудов, роговица отечная, частично помутнена, в оптической части - эрозия, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, зрачки в центре, круглые, d=3-3,5мм., реакция на свет слабая. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: OU-диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розового цвета, артерии резко сужены, вены нормального калибра, макулярный рефлекс сглажен, симптом Салюса-Гунна I-II ст.

При динамическом наблюдении отмечалось затяжное рецидивирующее течение, торпидное к традиционной терапии. Эффективность лечения отмечена только после консультации эндокринолога и на фоне коррекции метаболического синдрома.

Выводы. Сахарный диабет и гипертоническая болезнь явились причиной замедления процессов репарации и регенерации тканей переднего отрезка глаз у пациента с химическим ожогом, отягощали клиническое течение, способствовали рецидивированию деструктивного процесса, ограничивая возможности применения рассасывающей терапии для восстановления функции органа зрения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каримов М.М., Даминов Б.Т., Каюмов У.К.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучить показателискорости клубочковой фильтрации (СКФ) при 3-4 стадии хронической болезни почек (ХБП) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования: Обследованы 127 больных с ХБП с различными компонентамиМС, который выявлялся на основании критериев IDF (2005). Толерантность к глюкозе определялось путём проведения стандартного перорального теста толерантности к глюкозе (ТТГ). Уровень глюкозы определяли в капиллярной крови с помощью автоматического глюкоанализатора «GlucoDr» (Южная Корея). Оценка показателей гликемии по IDF(2005): гипергликемия натощак (уровень глюкозы натощак >5,6 ммоль/л, при уровнях гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой <7,8 ммоль/л), гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой (уровень глюкозы >7,8 ммоль/л и <11,1 ммоль/л при нормальном уровне гликемии натощак). В группу с артериальной гипертонией (АГ) были включены лица с уровнем САД ≥140мм.рт.ст., ДАД ≥ 90 мм.рт.ст. Абдоминальное ожирение (АО) выявлялось у лиц с длиной окружности талии >94см. За гипертриглицеридемимию (ГТГ) принимались значения триглицеридов >1,7 ммоль/л. СКФ рассчитывали по формуле Cockroft- Gault/ 1,73 м^2.

Результаты. Показано, что нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) отмечалось у 87 (68,5%) больных, АГ у 92 (72,4%), АО у 58(45,7%) и ГТГ у 62 (48,8%) больных соответственно. У 91 (71,6%) больных наблюдалось комбинация нескольких компонентов метаболического синдрома. У больных без НТГ СКФ по формуле MDRD составила

58,4±6,3мл/мин/1,73 м^2**,** а у больных с НТГ - 48,1±8,7 мл/мин/1,73 м^{2}соответственно. Показатель СКФ имел корреляционную связь высокой степени с НТГ (r=-0,82). Полученные результаты свидетельствуют о том, что НТГ тесно связана с состоянием клубочковой фильтрации. У больных с АГ СКФ составила 53,1±7,3 мл/мин/1,73 м^2. У больных с АО и ГТГ данный показатель составил 57,1±6,8 мл/мин/1,73 м^2 и 52,1±5,7 мл/мин/1,73 м^2 соответственно. При сочетании 2 компонентов МС СКФ составила 50,4±6,8 мл/мин/1,73 м^2, а при сочетании 3 компонентов МС 40,21±7,9 мл/мин/1,73 м^2 соответственно.

Выводы: У больных МС отмечается снижение показателя СКФ по мере увеличения числа его компонентов.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каримова Н.А, Абдурасулов Ф.П., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель. Изучить состояние репродуктивной функции у девочек на фоне метаболических нарушений.

Материал и методы. Проведено обследование 38 девочек с первичной аменореей в возрасте 15-18 лет. По соматическим данным девочки отличались избыточном весом (54±5,4кг). Уменьшение размеров таза: у здоровых девочек показатели distanciaspinarum в возрасте 15 лет (24,6±1,7 см.), у больных- 23,8±1,8см) и возрасте 16-ти лет (25,3±2,0 24,7±1,73, соответственно), (p<0,05).В 15 лет 29,7±1,3, и 16 лет-30,2±1,2 см, а у больных 15 лет-28,9±0,9 см, 16 лет-29,4±0,9 см., (p<0,05).

Результаты. Вторичные половые признаки не развиты РоАоМ1-о, избыточное отложения жира на передней брюшной стенке, увеличение содержания холестерина (7,4±1,7кг/мМоль/л). В анамнезе больных у матерей и сестер выявлено позднее менархе, вторичная аменорея, гипоменструальный синдром, первичное бесплодие. Причиной задержки полового развития являются нарушения регулирующей функции гипоталамичских структур, что подтвердилось уменьшением выделения ЛГ 0,17 ±0,2 Ме/мл по сравнению с контролем (0,5-15,0 Ме/мл) и ФСГ О,8 ± 0,3 Ме/мл (1,0-9,2 Ме/мл). Снижение эстрадиола – 34±6,2пкмоль/л (92-1266пкмоль/л). Снижение функции яичников является последствием снижение гонадотропной активности гипофиза.

Нами была проведена проба в течение 3-5 дней вводилось ежедневно по 500 ЕД хорионического гонадотропина и исследовалась эстрогенная насыщенность по показателям эстрогенов, а также по уровню ФСГ и ЛГ в крови через 30-120 минут после введения. Отмечалось повышение уровня ЛГ и ФСГ, что указывало на центральный генез. Подтверждением служило также функциональные нарушения диэнцефальных структур электроэнцефалограмм: гиперсинхронизация альфа- ритма, неравномерный по частоте, пароксизмальные разряды медленной активности. В

связи с учетом анамнеза и ЭЭГ нами проводились лечение хорионическим гонадотропином под контролем ЛГ, ФСГ УЗИ.

В комплексную терапию включалась коррекция: диетотерапия стол №9, сиофор 250-500ЕД один раз в сутки течение 30 дней, контрольное исследование соответствовало показателям контрольной группы (4,2±0,75мМоль/л).

Выводы: Таким образом, необходимо проводить своевременное выявление девочек с патологией репродуктивной функции на фоне метаболических нарушений, имеющих отягощенный анамнез, при наличии недоразвития вторичных половых признаков своевременная коррекция с использованием диетотерапии и гормональной коррекции.

ВАЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Касимбекова Г.К.,Захидова М.З, Хасанова Д.А., Фозилов А.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: изучение клинических проявлений метаболического синдрома(МС)

Материал и методы: В условиях поликлиник наблюдали 56 больных с СД 2 типа.МС был оценен следующим образом: окружность талии у мужчин > 102 см, у женщин > 88 см, уровень триглицеридов ≥ 1,70 ммоль/л, холестерина ЛПВП у мужчин < 1,00 ммоль/л, у женщин < 1,30 ммоль/л, показатели артериального давления ≥ 130/85 мм рт.ст.

В исследование включались пациенты с признаками гипергликемии, тогда как три из пяти критериев требовались для постановки диагноза МС. Диагноз «метаболический синдром» был поставлен на основании числа критериев, которые набирал каждый пациент.

Результаты: Гипергликемия, гипертензия, высокое содержание триглицеридов и низкое холестерина ЛПВП были замечены у 15 %, гипергликемия, гипертензия и абдоминальное ожирение — у 14 %, гипергликемия, гипертензия и высокое содержание триглицеридов — у 13 % пациентов.Изменения при МС являются обратимыми, т. е. при ранней диагностике и соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных проявлений МС. Ведущие ученые, занимающиеся проблемой МС, склонны рассматривать его как предстадию атеросклероза и СД 2 типа. Таким образом, в основе выделения МС лежит принцип первичной профилактики СД, атеросклероза и его последствий.

Выводы: Контроль веса, АД и увеличение физической активности, начиная с молодого возраста, поможет снизить риск МС и его осложнений. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов, определяющих риск развития и прогрессирования клинических проявлений. Это основной принцип стратегии первичной и вторичной профилактики МС.

ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИХ СОЧЕТАНИЙ В СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каюмов У.К., Бекматова Ш.К., Каландарова У.А., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У., Жураева Х.И.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: Изучить значимость отдельных компонентов метаболического синдрома (МС) и их сочетаний в формировании жёстких конечных точек в отношении ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: Изучена группа пациентов (3857 человек), представляющих население трёх городов (Ташкент, Бухара, Ургенч). Средний возраст - 52,3+3,17 лет. Средний период наблюдения - 9,8 лет. На 1ом этапе работы (скрининг), выявлялись такие компоненты МС как АГ, избыточная масса тела (ИМТ), гиперлипидемия (ГЛ) и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). На 2ом этапе, в течении 9,8 лет среди обследованных лиц проводился регистр смертности. За это время их числа обследованных умерло 728 человек. Причина смерти определялась экспертамипо первичной медицинской документации, заключений патологоанатомических вскрытий и врачебных свидетельств о смерти.

Результаты: Наибольшая смертность от ИБС отмечена в группах с сочетанием АГ с НТГ, АГ с НТГ и ГЛ, АГ с ГЛ и при полном МС. Постоянным "участником" в этих группах является АГ. В четырёх группах по три раза встречается НТГ и ГЛ, а ИМТ только в одном случае. Из этих данных можно сделать вывод о том, АГ является ведущим ФР ИБС. НТГ несколько уступает АГ в своей значимости как ФР ИБС, однако, роль НТГ в процессе развития ИБС и связанных с этим заболеванием смертельных исходов выше, чем ИМТ и ГЛ. Анализ доли ИБС в структуре смертности в зависимости от наличия и сочетания различных факторов риска показал, что наибольшая смертность от ИБС наблюдается среди лиц у которых на старте исследования имел место полный МС (66,66%). Такая же большая доля ИБС в структуре смертности наблюдается среди лиц имевших сочетание АГ с ГЛ и АГ с НТГ. Более чем каждый второй случай смерти от ИБС имел место у лиц с сочетанием НТГ и ИМТ, а также НТГ с АГ и ГЛ.

Вывод. Таким образом, можно заключить, что в развитие смертности от ИБС вносят свой вклад все основные компоненты МС. Вместе с тем, для обследованной популяции большую значимость в формировании жёстких конечных точек в отношении ИБС имеют НТГ и АГ.

НЕКОТОРЫЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Ибадова М.У.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: Изучить возможность снижения риска метаболического синдрома (МС) путём профилактики его основных компонентов.

Материал и методы: Работа выполнена с применением методов, рекомендованных ВОЗ для профилактических исследований в популяции. Под наблюдением находилась группа пациентов в количестве 342 человек, представляющих население Ташкента и Ургенча. Средний возраст обследованных составил 54,6±3,52 лет. На первом этапе исследования, в ходе первичного скрининга, выявлялись такие компоненты МС как АГ, избыточная масса тела (ИМТ), гиперлипидемия (ГЛ) и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Затем, на втором этапе, в течении 2,3 лет среди обследованных лиц проводились лечебно-профилактические мероприятия в плане первичной и вторичной профилактики МС. В группу первичной профилактики вошли лица с отдельными компонентами МС, но без сформировавшегося полного МС. Группу вторичной профилактики составили лица с полным МС. При реализации лечебно-профилактических мероприятий применялись немедикаментозные методы коррекции в виде диетотерапии, физической нагрузки, психотерапии, а также и медикаментозные – направленные на коррекцию повышенного АД, ИМТ, ГЛ, инсулинорезистентности и нарушенного нервно-психического статуса.

Результаты: Согласно полученным данным, эффективность, как первичной, так и вторичной профилактики МС тесно связана с нервно-психическим статусом и с особенностями личности пациентов. Немедикаментозные и медикаментозные методы вмешательства были более эффективны у тех пациентов, у которых удалось добиться коррекции психо-эмоциональной лябильности. Вместе с тем, динамика уровней основных компонентов МС среди лиц с нарушенным нервно-психическим статусом была незначительной и статистически не значимой. Особенности личности пациента и его отношение к собственному здоровью и выполнению врачебных рекомендаций являются определяющими в эффективности, как первичной, так и вторичной профилактики МС. Снижение уровня основных компонентов МС было достоверно выше среди пациентов, у которых удалось изменить отношение к своему здоровью.

Выводы. При осуществлении первичной и вторичной профилактики МС особое внимание следует уделять коррекции нарушенного нервно-психического статуса и изменения его отношения к состоянию своего здоровья.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Алимов С.С., Нарзикулова С.П., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Мусаева Ш.З., Зиямухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение в сравнительном аспекте показателей артериального давления (АД) и частоты артериальной гипертензии (АГ) среди мужчин и женщин различного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 1018 мужчин и 830 женщин в возрасте 20-49 лет, обследованных в ходе двух не-

зависимых популяционных исследований среди репрезентативных выборок из мужского и женского населения Ташкента, а также 664 учащихся медицинского колледжа г.Янгиера Ташкентской области (299 юношей и 365 девушек), средний возраст которых составил - 19,32±2,05 лет). Использованы стандартные методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных исследований. Учитывая популяцион-ный характер настоящего исследования, все обследованные были сгруппированы следующим образом: нормальное АД: САД ≤ 139; ДАД ≤ 89, АГ - САД ≥140; ДАД ≥ 90. Вместе с тем, АГ фиксировалась независимо от показателей АД, если больной принимал гипотензивные препараты в течении 2х недель до обследования.

Результаты. Установлено, что в целом распространённость АГ среди мужского населения указанного возраста более чем в 2 раза выше, чем среди женского (19,1% и 10,09% соответственно, P<0,05). Вместе с тем, распространённость АГ среди учащихся медицинского колледжа достаточно высока и составляет 7,69%. При этом частота АГ среди юношей оказалась достоверно выше (P<0,05), чем среди девушек (11,49% и 4,52% соответственно). Средние показатели (среднее ± среднеквадратическое отклонение) как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД) среди мужчин также оказались выше, чем среди женщин (119,62±12,14 и 73,85±9,82; 106,97±13,41 и 68,51±10,18 соответственно). Среди учащихся колледжа средние показатели как САД, так и ДАД среди юношей (САД- 119,13±13,18; ДАД-77,12±8,6) оказались достоверно выше, чем среди девушек (САД-109,35±7,8; ДАД-72,58±7,8). В целом, среди учащихся средние показатели АД составили для САД – 113,8±12,64 и ДАД- 74,65±8,48.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что общая распространённость АГ среди женского населения 20-49 лет г.Ташкента ниже, чем среди мужчин такого же возраста. Вместе с тем, среди учащихся медицинского колледжа имеет место достаточно высокая частота АГ.

РОЛЬ СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кириченко И.Н.
Запорожский Национальный технический университет, Украина

Цель: оценить роль серотонинергической системы, в частности, серотонина в развитии климактерического синдрома на фоне нормо- и гиперэстрогении у женщин с ожирением.

Материалы и методы: Обследование проведено у 117 женщин, в возрасте от 41 до 63 лет (в середнем - 52,2±0,8 года) с климактерическим синдромом (КС) и различной массой тела, которые составили первую (основную) группу. Вторую группу составили 25 человек с нормальной массой тела (НМ) и КС. В третью группу вошли 92 женщины с ожирением и КС. В зависимости от степени ожирения женщины 3-й группы были распределены следующим образом: с 1-й степенью – 54 (58,7%), со 2-й степенью – 25 (27,2%), с 3-й степенью – 13 (14,1%) пациенток. В контроль-

ную группу (КГ) (четвертую) вошло 20 женщин с физиологическим течением климактерия и нормальной массой тела. Уровень серотонина (Ср) определяли флюориметрическим методом.

Результаты.Уровень серотонина у женщин КГ находился в пределах 0,2–0,4 мкмоль/л, составляя в среднем 0,36±0,01 мкмоль/л. У женщин с НМ и КС показатели Ср в среднем равнялись 0,30 мкмоль/л, что было на 30% меньше таковых КГ. У пациенток с НМ и КС обнаружены следующие корреляционные связи: отрицательная высокой степени (r=-0,8) между показателями Ср и тяжестью течения КС; отрицательная высокой степени (r=-0,65) между вегето-сосудистыми нарушениями и Ср; отрицательная средней степени (r=-0,5) между психо-эмоциональными нарушениями и показателями Ср.

У женщин с избыточной массой уровень Ср колебался от 0,11 до 0,61 мкмоль/л, в среднем составляя 0,28 мкмоль/л. Средний показатель Ср у данной группы был на 29% меньше, чем в КГ. Детальное изучение уровня Ср у женщин показало его достоверное снижение ($p<0,05$) по мере прогрессирования ожирения. Так у пациенток с 1-й степенью ожирения показатель Ср был снижен на 13%, у женщин с 3-й степенью на 200%. Низкий уровень серотонина клинически определяет, во-первых, высокий уровень обменно-эндокринных нарушений, т.к. гипосеротонинемия ведет к активации центра голода и усилению аппетита, во-вторых, напрямую связан с развитием депрессивных состояний. Этот факт подтверждается положительными корреляционными связями между уровнем Ср и обменно-эндокринными нарушениями (при r=0,4), и между Ср и психо-эмоциональными нарушениями (при r=0,3), слабой силы (r=0,3) между тяжестью течения КС и Ср.

Выводы:Результаты исследования позволяют сделать вывод, что у женщин с НМ и КС имеется неглубокий дефицит Ср, что указывает на адекватное реагирование серотонинергической системы на такой стессор, как КС. У женщин с избыточной массой по мере прогрессирования ожирения усугубляется серотониновая недостаточность. Этот факт проявляется в усилении аппетита, увеличении частоты депрессивных состояний у тучных женщин, что приводит к увеличению степени тяжести ожирения и КС.

АПЕЛИН КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО

Коваль С.Н., Юшко Т.Г., Старченко Т.Г., Милославский Д.К., Шуть И.В.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г.Харьков

Цель.Изучить уровни апелина в крови у больных артериальной гипертонией (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него и оценить его взаимосвязи с показателями углеводного обмена у данной категории больных.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных АГ 2-3 степени с СД 2 типа и без него (24 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет. Комплекс обследования включал определение уровней гликемии натощак, инсулина крови с расчетом индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR) и гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Уровни апелина крови определяли иммуноферментным методом. Все пациенты были разделены на 2 группы - больные с ГБ с СД 2 типа (n = 36) и больные ГБ без СД 2 типа (n = 26). Контрольную группу составили 14 практически здоровых добровольцев.

Результаты. Уровни апелина крови у больных АГ независимо от наличия СД 2 типа были достоверно ниже, чем среди группы контроля. Концентрация апелина у больных АГ с СД 2 типа составила 0,882(0,788;0,924) нг/мл, у больных АГ - 0,886(0,846;0,937) нг/мл против (1,097(0,944;1,171) нг/мл среди группы контроля, $p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно. При этом уровни апелина у больных АГ с СД 2 типа достоверно не отличались от таковых среди больных АГ без СД 2 типа, $p>0,05$.Были проанализированы уровни апелина у больных АГ с СД 2 типа в зависимости от длительности СД. Все больные с СД 2 типа были разделены на 3 подгруппы: 1) больные с длительностью СД 2 типа до 1 года (24%); 2) больные с длительностью СД 2 типа от 1 до 5 лет (44%); 3) больные с длительностью СД 2 типа более 5 лет (32%). Во всех подгруппах уровни апелина были достоверно ниже в сравнении с группой контроля ($p<0,01$, $p<0,001$ и $p<0,001$ соответственно). По сравнению с группой больных с АГ без СД 2 типа у пациентов с длительностью СД до 1 года уровни апелина были достоверно выше (0,926(0,871;0,948), $p<0,05$), а у пациентов с длительностью СД более 5 лет - достоверно ниже (0,855(0,736;0,863), $p<0,05$). Также у больных с длительностью СД более 5 лет уровни апелина были достоверно ниже, чем у больных с длительностью СД до 1 года - 0,855(0,736;0,863) нг/мл против 0,926(0,871;0,948) нг/мл, $p<0,05$.У больных АГ с СД 2 типа отмечалась достоверная отрицательная взаимосвязь апелина с HbA1c ($r=-0,41$, $p<0,05$), инсулином ($r=-0,42$, $p<0,05$) и индексом HOMA-IR ($r=-0,32$, $p<0,05$). В то же время, у больных без СД 2 типа апелин крови положительно коррелировал с инсулином и индексом HOMA-IR ($r=0,71$, $p<0,001$ и $r=0,76$, $p<0,001$, соответственно), а уровни апелина были достоверно выше у больных с инсулинорезистентностью в сравнении с пациентами с нормальным индексом HOMA-IR - 0,937(0,916;1,112) нг/мл против 0,851(0,839;0,884) нг/мл, $p<0,001$.

Выводы. Установлено достоверное снижение в крови уровней антидиабетического фактора апелина у больных АГ, в том числе и при ее сочетании с СД 2 типа. У больных АГ с СД 2 типа концентрация апелина в крови зависит от продолжительности СД. Прямая корреляционная связь апелина с индексом HOMA и инсулином у больных АГ без СД 2 типа свидетельствуют о компенсаторном увеличение продукции данного пептида при начальных проявлениях нарушений углеводного обмена, что способствует утилизации глюкозы. Отрицательная корреляционная связь апелина с индексом HOMA-IR и гликозилированным гемоглобином у больных

АГ с СД 2 типа и его дальнейшее снижение ассоциируется с развитием СД 2 типа.

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОРФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Юшко К.А., Милославский Д.К.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков

Цель - изучить уровень микроальбуминурии (МАУ) и показатели инсулинорезистентности в развитии гипертрофии миокарда левого желудочка сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных ГБ 2-3 степени (24 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет, из которых 36 пациентов имели СД 2 типа. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц. Изучение МАУ проводили иммуноферментным методом. Оценку инсулинорезистентности проводили по индексу HOMA-IR. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определяли с помощью эхокардиографии.

Результаты. Исследование МАУ показало существенное преобладание ее встречаемости при ГБ с СД 2 типа в сравнении с больными ГБ без СД: соответственно 50,94% и 29,98%. Изучение углеводного обмена показало, что больные ГБ в сочетании с СД 2 типа в случае наличия МАУ имели достоверно более высокий уровень глюкозы натощак в сравнении с пациентами, не имеющими МАУ ($p< 0,05$). Индекс HOMA-IR при ГБ с СД 2 типа составил 3,64(1,82;8,27), при ГБ без СД - 1,84 (1,14;2,88). Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у этих больных была соответственно 285,88 г (254,32;303,76) и 232,82г (202,87; 282,71). Анализ ММЛЖ у обследуемых лиц в зависимости от наличия или отсутствия МАУ показал существенное влияние экскреции альбумина на развитие гипертрофии миокарда левого желудочка у больных ГБ с СД 2 типа. Так, в этой группе больных при появлении МАУ ММЛЖ была достоверно выше в сравнении с пациентами этой категории, не имеющих МАУ ($p< 0,01$). Достоверных отличий ММЛЖ у больных ГБ без СД не выявлено. Индекс HOMA-IR у больных ГБ с нормальным углеводным обменом существенно не различался, в то время как у больных ГБ с СД 2 типа на фоне МАУ был достоверно выше в сравнении с больными этой категории, не имеющими МАУ ($p <0,05$).

Выводы:Таким образом, МАУ достоверно чаще встречается у больных ГБ с СД 2 типа в сравнении с пациентами ГБ без СД. Наличие МАУ у больных ГБ с СД 2 типа в отличие от больных ГБ с СД 2 типа, но без МАУ, ассоциировалось с достоверно более высокой ММЛЖ сердца. Наличие МАУ и высокого индекса HOMA-IR у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа являются факторами, способствующими развитию гипертрофии миокарда левого желудочка.

ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИНЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Коваль С.Н[1]., Снегурская И.А.[1],Хасанова Х.Д.[2]
[1]ГУ “Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины”,г.Харьков
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение эффективности и влияния на основные факторы сердечно-сосудистого риска комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии, ингибитора ксантин-оксидазы у больных АГ с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. Обследовано 270 больных АГ 2-3 степени в возрасте от 35до 69 лет**.** У 172 больных АГ диагностирован метаболический синдром (МС). Дислипопротеидемия выявлена у 201 больного, гиперурикемия (ГУ) – у 109 пациентов. ИБС в виде стабильной стенокардии напряжения I-II функц. классов имела место у 26 больных, сердечная недостаточность I-IIA стадии – у 126 больных. До и после 12 недель лечения больным проводили общее клиническое исследование, изучали показатели липидного и углеводного гомеостаза, уровни мочевой кислоты (МК) в крови. Комбинированная терапия включала: 1) блокатор РАС – ингибитор АПФ – рамиприл в дозе 10-20 мг в сут. или блокатор рецепторов AII-олмесартан в дозе 20-40 мг в сут. в сочетании с антагонистом кальция - лерканидипином в дозе 10-20 мг в сут. 2) высокоселективный бета-адреноблокатор - небиволол в дозе 5-10 мг в сут. в сочетании с лерканидипином в той же дозе. При наличии у больных ИБС, атеросклероза аорты и сонных артерий дополнительно назначали аторвастатин в дозе 20 мг в сут. Аллопуринол в дозе 50-100 мг в сут. назначали больным с уровнем МК $\geq$400 мкмоль/л. Терапия проводилась на фоне модификации образа жизни, гипокалорийной,гипопуриновой диеты в течение 12 нед.В исследование не включались больные диабетом.

Результаты. Через 12 нед. оба варианта комбинированной терапии приводили к достижению целевого уровня АД у 90 % и 83 % больных, соответственно, хотя были выявлены некоторые особенности влияния на суточный профиль АД. Использование вышеуказанных вариантов антигипертензивной терапии без аторвастатина у больных АГ с МС сопровождалось позитивными изменениями показателей липидного обмена: достоверным снижением уровней ОХС ($p<0,001$),ТГ ($p<0,05$), ХС ЛПНП ($p<0,05$), без достоверных изменений уровней ХС ЛПВП и ХС ЛПОНП. Назначение аторвастатина у больных АГ с МС с ИБС или атеросклерозом аорты и сонных артерий через 12 нед. терапии приводило также к статистически достоверному улучшению показателей липидов крови. Под влиянием комбинированной антигипертензивной терапии с использованием аторвастатина не ухудшились показатели углеводного и пуринового обменов, а наоборот выявлялось достоверное снижением гликемии натощак от (5,42 (5,21; 5,74) до (5,01(4,13; 5,35) ммоль/л, $p<0,05$ и уровня МК крови от (350,00 (316,25; 378,75) до (320,00(265,00; 355,00)

мкмоль/л, p<0,01. Терапия без аторвастатина достоверно не изменила показатели углеводного обмена и уровни МК. У больных АГ с МС с ГУ ≥ 400 мкмоль/л только добавление аллопуринола приводило к достоверному снижению МК без ухудшения других метаболических показателей.

Выводы. Установлена эффективность в плане коррекции факторов сердечно-сосудистого риска у больных АГ с МС с ГУ и нормоурикемией в сочетании с ИБС или атеросклерозом аорты и сонных артерий назначение аторвастатина к комбинированной антигипертензивной терапии на базе блокаторов РАС или небиволола. Уже через 12 недель такая терапия приводила к статистически достоверному улучшению показателей липидов и не вызывала ухудшения углеводного обмена. Показано, что у больных АГ с МС и ГУ, особенно ≥ 400 мкмоль/л, только добавление аллопуринола способствовало достоверному снижению МК в крови, при отсутствии негативного влияния на липидный и углеводный обмен.

УРОВНИ АНГИОПОЭТИНА-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИНЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Коваль С.Н, Снегурская И.А., Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В., Божко В.В., Щенявская Е.Н.
ГУ “Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины”, г.Харьков

Цель. Изучение уровней ангиопоэтина -2 (Анг -2) в крови больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) в их взаимосвязи с показателями углеводного, липидного и пуринового метаболизма.

Материалы и методы. Обследован 91 больнойАГ 2-3 степени (71 мужчина и 20 женщин) в возрасте от 36 до 69 лет. У 70 больных выявлено АО (у 52 больных I степени, II степени - у 18 больных). У 26 больных диагностированы начальные нарушения углеводного обмена (гипергликемия натощак и/или нарушение толерантности к глюкозе). У 41 пациента выявлена бессимптомная гиперурикемия (ГУ). Больным определяли показатели углеводного, липидного обменов, уровень мочевой кислоты (МК) в крови. Содержание Анг-2, инсулина в крови определяли иммуноферментным методом. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц. Статистика представлена в виде медианы и интерквартильного интервала (Me [25%;75%]).

Результаты. Установлено, что у больных АГ с АО уровни в крови Анг-2 были достоверно выше (2143,95 (1870,32; 2527,20) пг/мл), p<0,001, чем у больных АГ без АО (1764,05 (1672,53; 1878,25) пг/мл). Отмечено достоверное повышение уровней Анг-2 у больных АГ с АО 3 степени (2398,25 (2160,15; 2741,80) пг/мл, p<0,001, в сравнении с показателями при 2 степени заболевания (1801,10 (1680,85; 1968,65)пг/мл. Эта закономерность выявлена как у больных АГ с АО, так и без него. При изучении особенностей изменений уровней Анг- 2 в зависимости от характера дислипидемии (ДЛП) установлено, что у больных АГ с АО уровни Анг-2 в

крови были достоверно выше при наличии комбинированной ДЛП (2348,35(2033,48; 2791,20) пг/мл), p<0,05, чем при изолированной гиперхолестеринемии (2093,03(1763,53; 2476,24) пг/мл.

Изучая уровни Анг-2 в крови больных АГ с АО в зависимости от наличия начальных нарушений углеводного обмена, выявлено достоверное повышение уровней Анг-2 в крови больных с гипергликемией натощак и/или нарушением толерантности к глюкозе (2652,65 (2143,95; 3002,60) пг/мл), p<0,001, в сравнении с показателями больных без указанных начальных нарушений углеводного обмена (1972,20 (1789,03; 2351,45) пг/мл). Эти особенности были выявлены и у больных АГ при отсутствии у них АО.У больных АГ с АО с ГУ уровни Анг-2 в крови достоверно не отличались (2270,30 (1983,53; 2574,40) пг/мл) от таковых у больных з нормоурикемией (2080,80 (1793,19; 2524,60) пг/мл). При отсутствии же АО у больных АГ уровни Анг-2 в крови были достоверно выше при наличии ГУ (1875,00 (1736,63; 1913,88) пг/мл), p<0,001, чем при нормальном содержании МК в крови (1725,20(1578,21;1764,05) пг/мл.

Выводы.Полученные результаты свидетельствуют о важной роли мощного проангиогенного и провоспалительного фактора Анг -2 в прогрессировании АГ и ассоциированной с ней метаболических нарушений, таких как АО, нарушения углеводного, липидного и пуринового обменов. Выявленные взаимосвязи уровней Анг-2 в крови больных АГ с АО и различными метаболическими нарушениями указывают на то, что активация продукции Анг-2 происходит не только под влиянием нагрузки давлением, но и даже субклинических нарушений углеводного, липидного и пуринового обменов.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Колесникова Е.В., Никифорова Я.В.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель.Динамическая оценка ключевых метаболических показателей под влиянием профилактических мероприятий у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в сочетании с ожирением с низким и средним кардио-васкулярным риском (КВР).

Материалы и методы. Было обследовано 84 пациента в возрасте 40-62 лет с НАЖБП в сочетании с ожирением. Все отобранные пациенты относились к категории низького и умеренного КВР. Всем пациентам была назначена персонифицированная диета з ограничением калорийности рациона, дозированные физические загрузки с учетом их физического состояния, полное исключение приема алкоголя. Перед началом исследования и через 12 месяцев проводилась оценка антропометрических показателей, лабораторних показателей (общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)), уровеня иммунореак-

тивного инсулина, индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR), определялся уровень адипонектина и резистина в сыворотке крови, концентрация фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), С-реактивного протеина (СРП), проводилось ультразвуковое исследование гепатобилиарной системыи толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий.

Результаты. После 12 месяцев исследования определены благоприятные изменениясновныхантропометрическихпараметров: достоверное снижение индекса массы тела с 33,6 кг/м^2 [30,8; 36,0] до 29,7 кг/м^2 [27,0;32,0]; p=0,0000, показателей систолического и диастолического артериального давления, p=0,004. Отечена положительная динамика снижения веса: 50% пациентов снизили массу тела болем, чем на 10% от исходной, 27,3% пациентов – более, чем на 5% и 22,7 % - менее 5%. Выявлено достоверное снижение HOMA-IR – с 4,3 [2,7; 5,6] до 2,5 [2,3; 3,7], p=0,005 и инсулина - с13,6мкЕд/мл[7,4; 17,2] до 5,2мкЕд/мл[4,2; 8,8]; p=0,0002, а также ТГ(с1,78 ммоль/л[1,26; 2,50] до 1,06ммоль/лчерез 48 недель [0,84; 1,25];p=0,05), повышение ХС ЛПВП(с1,05 ммоль/л[0,87; 1,18] до 1,27ммоль/л[0,98;1,52]; p=0,005 через 12 месяцев). У 38% пациентов с изначально повышенным содержаниемОХС через 12 месяцев отмечалась его нормализация (p <0,03). Отмечалась положительная динамика количества адипоцитокинов: снижение концентрации СРП (с 11,75 мг/л[8,75; 13,4] до 4,67 мг/л[2,97; 5,97]; p=0,001); ФНО-α (с 16,0 пг/мл[13,4; 19,6] до 5,8 пг/мл[4,0; 7,8]; p=0,001 и резистина (с 7,68 нг/мл [4,10; 8,50] до 4,67 нг/мл [2,97; 5,97]; p=0,005). Отмечалось увеличение адипонектина с 9,10 нг/мл [7,20; 11,40] до 12,90 нг/мл [11,60; 14,4], p=0,001. Выявлена тенденция кснижениюТКИМ(с 0,85мм [0,77; 0,90] до 0,75 [0,67; 0,82]; p=0,02). В течение 12месяцев наблюдения произошло перераспределение в группах поКВР за счет увеличения частипациентовс низкимКВР (54,76%)по сравнению с умеренным КВР (45,23%), p=0,01.

Выводы. Динамическое наблюдение за пациентами с НАЖБП в сочетании с ожирением с низким и умеренным КВР показало, что комплексное, персонифицированное назначение профилактических мер способствует снижению темпов прогрессирования атеросклеротического повреждения сосудов за счет положительной динамики основных метаболических показателей, что позволяет не ранее, чем через год переоценить факторы риска кардиоваскулярных заболеваний в динамике.

КОРРЕКЦИЯ ТИПОЛОГИИ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Корильчук Н.И.

ГВУЗ «Тернопольский медицинский государственный университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь, Украина.

Цель. Изучить типологию питания пациентов с инсулинорезистентностью.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 86 пациенток с артериальной гипертензией в возрасте от 25 до 60 лет, находившиеся на лечении в ДСП больницы №2, №3, города Тернополя и имели диагно-

стированную инсулинорезистентность (за индексом Homa), избыточный вес диагностировано в 41,5%, ожирение I ст. - 28,0%, ожирение II ст. - 23,2%, ожирение III ст. - 7,3%. У всех диагностировано абдоминально-висцеральное ожирение. Все пациенты были обследованы и опрошены с использованием модефицированных опросников, проведено антропометрический осмотр, клинико-биохимическое и гормональное обследование.

Результаты. В результате исследований выявлено, что в 100% пациетнок девиантное поведение питания. Мы определили, что 14,6% имели ощущение патологического голода. Для 48,8% - характерная «пищевая жажда». Причем это состояния более характерным оказалось для женщин младше 45 лет. «Углеводная жажда» развивалась в пациенток за 4-5 дней перед менструацией. При этой «жажде» необходима была еда одновременно и сладкая и жирная. Нарушение экстернального пищевого поведения диагностировано в 34,2%. Эмоциогенное пищевое поведение свойственно 30,5%. Пища для людей с эмоциогенным поведением питания является лекарством, которое приносит не только насыщение, но и успокоение, удовлетворение, снимают напряжение, поднимают настроение. Компульсивное пищевое поведение обнаружено в 4,9% обследованных. Причем, характерными эти проявления были у женщин с III степенью ожирения. Синдром ночной еды - зарегистрирован нами в 12,2% обследованных. Он проявляется триадой симптомов: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булемия, нарушения сна. Синдром ночной еды был характерен для женщин (от 35 до 45 лет). Ограничительное пищевое поведение, зарегистрировано в 23,2% пациентов. Это чрезмерное пищевое самоограничение и несистемное соблюдения строгой диеты. Этот тип нарушения пищевого поведения более свойственен для женщин (от 25 до 35 лет). Собеседования с пациентками, разъяснение им проблемы инсулинорезистентности и последствий, побудили нас разделить обследованных на две группы: 1- которая на протяжении 1 месяца, кроме редуцирующих рекомендаций по питанию получала орлистат по 1 капсуле (120мг) в день, а 2 группа - только редуцирующее питание. За месяц показатели клинико-антропометрических параметров не изменились в худшую сторону или улучшились в двух группах. Показатели индекса Homa в 2 группе в целом практически не изменились. В 1 группе в 65,1% - снизился показатель инсулинорезистентности, а в 30,2 % - опустился до нормы, только в 4,7% индекс инсулинорезистентности не реагировал. Редуцирующую коррекцию питания пациенты 2 группы переносили лучше и совершеннее её придерживались. Пациенты 1 группы постоянно нуждались в дополнительных собеседованиях и контроле из-за сбоев в питании.

Выводы. При инсулинорезистентности в женщин, необходимо индивидуализированное изучение поведения питания и его коррекция. Коррекция питания проходит лучше при применении блокатора липаз – орлистата, месячный приём которого приводит до хорошей адаптации по питанию и снижает уровень инсулинорезистентности.

УРОВЕНЬ ФНО- А В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Котлярова М.А., Гопций Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Изучение активности фактора некроза опухоли (ФНО-α) в крови у пациентов артериальной гипертензией с ожирением в зависимости от наличия инсулинорезистентности (ИР).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 123 больных АГ (47 мужчин и 76 женщин), средний возраст 53,87±0,92 лет. Для характеристики массы тела использовали индекс массы тела (ИМТ). Уровни ФНО-α и инсулина определяли иммуноферментным методом, с последующим расчетом индекса ИР (индекс НОМА) по формуле: индекс НОМА = глюкоза крови натощак (ммоль/л)×инсулин крови натощак (МОД) / 22,5.Индекс НОМА < 2,77 усл.ед. расценивали как наличие ИР. Все больные были разделены на две группы в зависимости от показателя индекса НОМА. В состав 1-й группы вошли 80 больных без ИР (индекс НОМА - 1,47±0,06 усл.ед.), во 2-ю группу вошли 43 пациента с наличием ИР (индекс НОМА - 7,22±0,68 усл.ед.).

Результаты исследования. Установлено, что в группе больных АГ с наличием ИР АД (САД 182,44±2,50 мм рт.ст., ДАД 104,21±1,17мм рт.ст.), ИМТ (36,51±0,74 кг/м^2) уровень ФНО-α (10,38±0,66 пг/мл) были достоверно выше по сравнению с гипертензивными пациентами без ИР: (САД 167,75±1,66 мм рт.ст, ДАД 100,01±0,87 мм рт.ст), ИМТ (29,97±0,56 кг/м^2), уровень ФНО-α (5,95±0,29 пг/мл), $p<0,005$.

Выводы. Устанвлено, что уровень ФНО-α в крови гипертензивных пациентов с наличием инсулинорезистентности был достоверно выше по сравнению с пациентами артериальной гипертензией без инсулинорезистентности.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Красивина И.Г., Носков С.М., Лаврухина А.А.,
Евгеньева А.В., Васенин И.Н.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Цель. Оценка клинической и патогенетической роли нарушений липидного и углеводного обмена у больных гонартрозом (ГА).

Материалы и методы. В исследование включено 386 женщин с ГА (средний возраст 61,3±7,8 года). Проводили стандартное клиническое обследование, определение концентрации С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови, оценку функционального статуса по шкалам индекса WOMAC, артросонографию, при наличии сопутствующего сахарного диабета 2 типа (СД2) – гликированного гемоглобина (НвА1с).

Результаты. В соответствии с градациями индекса массы тела (ИМТ) распределение больных было следующее: норма- 9,3%, избыточная масса тела - 29,3%, ожирение - 61,3%. Больные с сопутствующей артериальной гипертензией составляли 82%, СД2 - 42%, ИБС – 21%. Избыточная масса тела и ожирение способствовали усилению боли, ухудшению функции, линейно нарастающих до ИМТ 35 кг/м^2. Наибольшая выраженность вторичного синовита, сопровождающаяся повышением концентрации СРБ, увеличением частоты выявления кист Бейкера, утолщением синовиальной оболочки отмечалась при 2 и 3 степени ожирения. Величина окружности талии (ОТ) более 80 см для женщин европеоидной группы согласно консенсусу российских экспертов по проблеме метаболического синдрома (МС), отражая экспрессию абдоминального типа распределения жира, принята в качестве главного критерия МС. В обследованной группе женщин с ОТ менее 80 см было 6,5%, то есть даже меньше, чем больных с нормальной массой тела. При сравнении силы влияния ИМТ, ОТ и коэффициента «талия/бедра» на тяжесть суставного синдрома методом логистической регрессии обнаружено более сильное влияние именно величины ОТ: отношение шансов на единицу измерения позволяло прогнозировать утяжеление суставного синдрома на 4% при увеличении ОТ на 1 см и на 22% при приросте на 5 см ($\chi 2$ = 26,5; p=0,00001). СД2 являлся фактором, маскирующим боль и функциональные нарушения, но усугубляющим дегеренативно-дистрофический процесс в коленных суставах, подтверждаемый рентгенологически и артросонографически. Маскирующее симптоматику ГА влияние СД2 приводило к более редкому применению у больных ГА с сопутствующим СД2 медленно действующих симптом-модифицирующих средств в 1,7 раза ($\chi 2$=17,6; p=0,000). Анализ суставного синдрома у больных ГА с сопутствующим СД2 в зависимости от уровня контроля гликемии проведен в группах по 54 человека, сформированных по терцилям НвА1с. Клинические характеристики суставного синдрома оказались распределены нелинейно – относительно более благоприятные они были у женщин подгруппы среднего терциля ($СТ_{НвА1с}$;8,27±0,45): суммарный индекс WOMAC у них был ниже на 13,9% относительно нижнего ($НТ_{НвА1с}$; 6,59±0,66) и на 10,1% относительно верхнего ($ВТ_{НвА1с}$; 10,66±1,21) терцилей (H-test Kruskal-Wallis = 6,1; p=0,045). Артросонографическая картина в этих подгруппах различалась по количеству синовиальной жидкости, которое в $НТ_{НвА1с}$ было больше на 33,3% (p=0,042) и 27,8% (p=0,045) относительно $СТ_{НвА1с}$ и $ВТ_{НвА1с}$ соответственно. Выраженность дегенеративных изменений суставного хряща и субхондральной кости не зависела от уровня гликированного гемоглобина.

Выводы. Таким образом, ожирение как естественная модель нарушений липидного метаболизма демонстрирует усиление провоспалительной и дегенеративной роли в отношении гонартроза. Сахарный диабет 2 типа как модель очевидных нарушений обмена углеводов обладает артрозогенным потенциалом, обеспечиваемым посредством дегидратации суставов и гликирования соединительнотканных белков.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОРАСЕМИДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Цель: изучение диуретического эффекта торасемида у больных с сахарным диабетом (СД), осложненным ХСН.

Материалы и методы.Обследовано 23 больных с СДII типа, в возрасте от 51 до 68 лет. Больным проведены стандартные методы исследования с учетом уровня глюкозы натощак и после нагрузки, гликогемоглобина, суточной мочи на сахар. В зависимости от развитии ХСН больные разделены на 2 группы. В I группе ХСН ФК II по NYHA – уровень сахара составил 9,2 0,03 ммоль/л натощак, гликогемоглобина – 6,5±0,02 % во II группе ХСН ФК II – уровень сахара -9,8± 0,05, гликогемоглобина – 6,9 ± 0,05%. Клиническое состояние больных с ХСН определялось по сумме баллов ШОКС (в норме 3-5 балл.), так в I группе составило 6,3± 0,09 баллов, во II группе – 7,4± 0,06 баллов. На УЗИ у обследованных больных нами выявлена систолическая дисфункция левого желудочка со снижением фракции выброса (ФВ) в I группе 4,5 ±0,08%, во II группе – 42± 0,04%. Больным проводилась стандартная терапия ХСН с включением торасемида в течение 4 недель в I группе больных – 5 мг/сут, во II группе -10 мг/сут с учетом АД и ЧСС.

Результаты: результаты 4-х недельной диуретической терапии больных ХСН торасемидом показали положительную динамику в обоих группах. В I группе больных сахарным диабетом, осложненном ХСН ФК II, получавших 5 мг/сут торасемида, отмечалось снижение массы тела (МТ) на 200- 300 гр/сут, во II группе, получавших торасемид 10 мг/сут, на 300-500 г/сут. Клиническое состояние больных в обеих группах улучшилось, так, в I группе по шкале ШОКС сумма баллов уменьшилась до 5,2± 0,05, во II группе до 6,2± 0,08. Электролитные нарушения в обеих группах привели к незначительному снижению натрия на 22%, содержанию калия в сыворотке крови на 10%. Признаков гипокалиемии у обследованных больных не отмечалось.

Выводы: применение петлевого диуретика торасемида у больных с сахарным диабетом, осложненным ХСН ФК II, ФК III, приводит к клиническому улучшению состояния по данным шкалы ШОКС, что проявляется повышением качества жизни. Фармакологические свойства торасемида – высокая биодоступность и более длительное действие (10-12часов) делают его предпочтительным петлевым диуретиком.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМС САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Лапасова М.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель. Улучшение качества лечения больных с сахарным диабетом II-типа на 50% посредством улучшения эффективности ведения данной категории больных, проводимого в течение 5 месяцев в условиях семейной поликлиники, осуществляющего командой медицинских работников.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на участках семейной поликлиники № 4 города Самарканда. Количество общего населения, прикреплённого к данной семейной поликлинике, составляет 53556 человек. Из них женщины фертильного возраста 4556 человек, дети в возрасте до 14 лет составляет 23869 человек. Количество больных, находящихся на диспансерном учёте по поводу различных заболеваний составляют 31886 человек. На проведения исследования мы отобрали больных с сахарным диабетом. Их количество составило 656 человек. Были разработаны стандарты и индикаторы соответственно карте системы оказания медицинской помощи. Также были проведены следующие методы сбора информации: просмотр амбулаторных карт, отчетов, журнала регистрации и учета больных, интервью с врачами, средним медицинским персоналом и больными с сахарным диабетом, определение наличия оборудования или инструментов в лаборатории для диагностики сахарного диабета согласно контрольного перечня, распределение функции в команде и определение ответственных лиц за сбор индикаторов.

Результаты. Для проведения исследования мы отобрали 656 больных с сахарным диабетом. В городской семейной поликлинике № 4 практически не имеются клинические протоколы, руководства и стандарты по диагностике и лечению сахарного диабета, основанные на доказательной медицине, также в недостаточном количестве имеется информационный и раздаточный материал по эффективному лечению сахарного диабета. Из 656 больных сахарным диабетом, находящихся на диспансерном учёте лишь 395 больных (60,2%) получали соответствующее лечение, основанное на доказательной медицине. Из 25 врачей общей практики, работающих в семейной поликлинике № 4, 15 врачей (60%) знают о методах первичной, вторичной и третичной профилактики гельминтозов и паразитарных заболеваний. С целью предотвращения вышеуказанных недостатков по оценке качества лечения часто болеющих детей, был разработан план внедрения изменений, направленный на улучшение качества по данной проблеме.

Выводы. Таким образом, проблема сахарного диабета является очень актуальной, особенно на первичном звене медицинской помощи. Качество оказания медицинской помощи часто больным с сахарным диабетом находится не на должном уровне. А также страдает профилактика данной патологии на уровне семейной поликлиники. В этой связи, необходимо оценить качество оказания медицинской помощи и профилактики сахарного диабета на уровне первичной медико-санитарной помощи и при обнаружении недостатков внедрить план изменений по циклу инструмента ПВИД (Планируй, Внедряй, Изучай, Действуй).

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ИНДЕКС КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКИ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ

[1]Лебедева Е.Н., [1]Красиков С.И., [1]Шарапова Н.В., [2]Алехина Е.М.
[1] ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ России, Оренбург, Россия
[2]ГБУЗ Оренбургский кожно-венерологический диспансер, Оренбург, Россия

Цель. Оценка влияния загрязнения окружающей среды (комплексной антропогенной нагрузки) на содержание С-реактивного белка у лиц с избыточной массой тела.

Материалы и методы.Обследовано 196 человек обоего пола, проживающих в условиях различной антропогенной нагрузки: в том числе жителей Восточной зоны - 40 , Центральной зоны - 76, Западной зоны - 80 человек (контрольную группу составили 29 человек без признаков метаболического синдрома). Средний возраст обследованных составил 51±5,5 лет. Биохимические показатели (ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, С-реактивный белок) определялись на автоматическом анализаторе COBAS INTEGRA 400 plus с использованием стандартных наборов реактивов (Roche). Интегральным отражением дислипопротеинемии служил индекс атерогенности (ИА), превышающий 2,51.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что суммарная антропогенная нагрузка существенно различалась в зависимости от зоны проживания: минимальный уровень наблюдался в Западной зоне (11,39±0,57), а в Центральной и восточной зонах достоверно не различался, составляя соответственно 16,25±0,81 и 16,65±0,83. Вместе с тем, уровень С-реактивного белка достоверно выше у жителей Восточной и Центральной зон, по сравнению с уровнем определяемого показателя у жителей Западной зоны и прямо коррелирует с величиной ИА. Так, у лиц с метаболическим синдромом, проживающих в наиболее загрязненной Восточной зоне, по сравнению с Западной зоной отмечен более высокий ИА (4,04 ± 0,05 против 2,3 ± 0,02). Также положительная корреляция выявлена для полученных данных и индексом массы тела в соответствующих группах. При этом самый высокий ИМТ наблюдался у жителей Восточной зоны. По мнению В.Н.Титова «С-РБ - неспецифический маркер синдрома систематического воспалительного ответа, интегральный валеологический тест «оценки здоровья». Учитывая распространение атерогенных гиперхолестеринемий и дислипопротеин-емий среди жителей промышленного региона был предложен интегральный индекс для оценки риска развития сердечно-сосудистой патологии под влиянием антропогенной нагрузки среды обитания. Формула для расчета Интегрального индекса – ИА + С-РБ. Интегральный индекс в контрольной группе отличался для жителей регионов (от 2,75 до 3,06), но выявленные различия недостоверны. Вместе с тем, в опытной группе у лиц, проживающих в восточной зоне, интегральный индекс составил 7,82, в центре – 9,26 и на

территории западной зоны – 5,47. Выявленные отличия между контрольной и опытной группами достоверны.

Выводы. Таким образом, используя интегральный индекс, при расчете которого учитываются показатели индекса атерогенности и уровня С-РБ, можно оценить более объективно состояние здоровья населения. Изменения интегрального индекса могут использоваться при эпидемиологических исследованиях для формирования групп риска и для оценки состояния здоровья, как отдельного человека, так и популяции в целом.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Литвиненко А.О., Гопций Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель.Изучитьизмененияуровня лептина, инсулина, эстрадиола, липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в репродуктивном возрасте и постменопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 142 пациентки АГ с ожирением.Наличие ожирения определяли с помощью индекса массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ = масса тела (кг) / рост (м²).Уровень липидов определяли биохимическим методом, уровень инсулина, лептина, эстрадиола – иммуноферментным методом.Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от наличия менопаузы. В 1-ю группу вошли 30 пациенток АГ с ожирением репродуктивного возраста (средний возраст 36,7±1,7 лет) с уровнем эстрадиола 231,7±29,4 нмоль/л, во 2-ю –112 пациенток АГ с ожирением в постменопаузе (средний возраст 59,4 ± 9,1 года) с уровнем эстрадиола 27,6±2,5 нмоль/л.

Результаты. Установлено, что у пациенток 2-й группы отмечается достоверное повышение уровня триглицеридов (ТГ) (2,3±1,7 ммоль/л), общего холестерина (ОХС) (6,9±2,5 ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (3,9±2,4 ммоль/л), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) (1,9±0,7 ммоль/л), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (2,3±1,1 ммоль/л) по сравнению с пациентками 1-й группы уровень (ТГ 1,8±0,8 ммоль/л),ОХС (5,7±1,3 ммоль/л), ЛПНП (2,8±1,7 ммоль/л), ЛПОНП (1,0±0,5 ммоль/л), ЛПВП (1,0±0,4 ммоль/л).
Уровень лептина у больных АГ с ожирением репродуктивного возраста (62,9±5,6 нг/мл) был достоверно выше по сравнению с пациентками в постменопаузе (40,7±3,6 нг/мл), в то время как, уровень инсулина увеличивался у пациенток в постменопаузе (46,9±2,4 нг/мл) по сравнению с пациентками репродуктивного возраста (35,2±1,5 нг/мл), $p<0,05$.
При корреляционном анализе выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем эстрадиола и инсулина ($r=-0,73$, $p<0,05$), ХС ЛПВП ($r=-0,82$, $p<0,05$), ТГ ($r=-0,76$, $p<0,05$).

Выводы. Установлено, что у больных АГ с ожирением в постменопаузе уровень липидов, лептина и инсулина достоверно повышается по сравнению с пациентками репродуктивного возраста. Выявлена отрица-

тельная взаимосвязь между уровнем эстрадиола и инсулином, липопротеидами высокой плотности, триглицеридами.

ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА ЭРТА БУЗИЛИШЛАРИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИГА СКРИНИНГ ЁНДАШУВИ

Мавлонов Н.Х., Рузиев О.А., Солиев А.Ў., Тошева Ҳ.Б.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

Материал ва методлар: Репрезентативтанлов орқали 18-24ёшдаги 112 кишида (ўртача ёши 21 ±3,1) скрининг текшируви ўтказилди. Пациентларда махсус ишлаб чиқилган ва синовдан ўтган тестлардан фойдаланилиб экспресс баҳолаш ўтказилди. Текшириш натижалари: хавф омиллари аниқланганда ва баҳолашда, 16% чекувчилар ўртача чекувчиларга кириши аниқланди (чиқарилаётган нафасдаги углерод монооксиди миқдори CO 11–20 рмм). Шунингдек гиподинамия (паст жисмоний фаоллик) ва норегуляр овқатланиш каби сабаблар аниқланди. Антропометрик кўраткичларни комплекс баҳолаш шуни кўрсатдики текширилаётганларнинг 24% да тана вазни индекси (ТВИ) ёш ва жинсга нисбатан кўплиги аниқланди. Ёғ тўқимаси, актив ҳужайра массаси, ёғсиз масса ва умумий сув миқдори нисбати олинганда ёғли масса кўп бўлиб, организмда ортиқча ёғ мавжудлиги аниқланди. Компьютерлаштирилган система ишлатилганда юрак қон-томир тизими скрининги давомида 46,7%да юрак патологиялари аниқланди. Артериал гипертензия 13% текширилганларда аниқланди.

Хулоса: Ўрта ёшлиларда қон айланиш тизими касалликларининг асосий хавф омиллари чекиш, гиподинамия, рационал овқатланишга риоя қилмаслик эканлиги аниқланди. Ушбу факторлар мажмуаси биргаликда ортиқча тана вазни ва семизликка олиб келади. Ушбу ҳолатлар эса специфик скрининг ёндашуви ва хавф омилларини профилактика усулларини ишлаб чиқишни талаб қилади.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ УВЗРОСЛЫХ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА

Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Шамсиев Ж.А.,Шамсиев А.М., Гостищев В.К.,Чебышев Н.В.,
Бурдаев И.Н.,Свистунов А.А.,Садыков В.М.,Рузыбаев С.А., Мухитдинов Ш.М.,Вахидова А.М., Сапожников С.А..
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель–заострить внимание участников конференции, что эхинококкоз следует отнести к заболеванием с метаболическим синдромом, а также внедрить гомеопатию в лечении этих заболеваний.

Материалы и методы. У 55-ти взрослых иммунологическими методами: реакцией сколексопреципитации(РСКП), реакцией антиген связывания лимфоцитов(РАСЛ), УЗИ,МРТ установлен эхинококкоз печени.Для

лечения эхинококкоза печени одновременно использовано три гомеопатических препарата: CucurbitaperoC6, TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6.

Результаты.Комплексными исследованиями у -55ти взрослых больных эхинококкозом печени установлен анемический синдром,нарушение белково-аминокилотного обмена и иммунного статуса.55 взрослых больных эхинококкозом печени пролечены тремя гомеопатическими препаратами:CucurbitaperoC6,TanacetumvulgareC6 ,JuglansregiaC6. в течение 35 дней . Мы использовали гранулы гомеопатические, купленные в аптеках города Москвы. Четыре гранулы каждого препарата растворяли в 150 мл кипяченной охлажденной до комнатной температуры воде в пластмассовой бутылке, которая закрывалась полиэтиленовой крышкой , проводилась динамизация по С.А Никитину, вращением 50 раз вправо, 50 раз влево.. Препарат готовился каждый день, в этот же день использовался. После 10 встряхиваний за 20–30 мин. до завтрака делался один большой глоток. Приблизительно через 2 часа после завтрака таким же способом делался второй глоток; третий глоток – за 20–30 мин. до обеда, четвертый – через 2 часа после обеда, пятый – за 20–30 мин до ужина, шестой – за 20 – 30 мин. перед сном. Побочного действия препарата не отмечалось. Побочного действия гомеопатических препаратов не отмечалось. По нашему мнению, использование для оценки проведенной фармакотерапии следующих параметров, предложенных экспертами ВОЗ, является наиболее приемлемой в клинической практике:

1) хорошие и отличные результаты – исчезновение или заметное уменьшение размеров кисты и затем рассасывание или кальцификация кисты;

2)удовлетворительные результаты – уменьшение размеров кисты и уменьшение симптомов заболевания;

3) неудовлетворительные результаты – отсутствие изменения размеров и структуры кист и сохранения симптомов болезни.

Хороший противоэхинококкозный результат отмечен у 35-ти (63,64%), удовлетворительный – у 12-ти(21,81%),неудовлетворительный – у 18-ми(14,55%. Таким образом, применение одновременно трех гомеопатических препаратов повысило хороший гомеопатического препарата Cucurbitapero C6 хороший результат противоэхинококкозного лечения был равен 51,87%,при использовании трех препаратов он повысился до 63,64%.Побочное и токсическое действие применения трех препаратов тщательным исследованием исключено.

Выводы.Рекомендуем при лечении эхинококкоза печени взрослых применять одновременно гомеопатические препараты: CucurbitaperoC6, TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6.

ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИДРОМОМ

Максумжанова З., Худайбердиев Ж., Хамидов Д., Узбекова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель: Изучение содержания свободных жирных кислот (СЖК) и маркеров окислительного и антиокислительного стресса у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Под наблюдением находились 40 пациентов с МС (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте 35-63 лет (в среднем 49,2±5,3 года). Контрольная группа (волонтёры) составила 20 человек сопоставимых по полу и возрасту. Концентрация СЖК в сыворотке крови определяли с помощью тест-системы NEFAFS фирмы «Disus» (Germany). О содержании продуктов ПОЛ судили по содержанию в сыворотке крови их вторичного продукта - малонового диальдегида (МДА), определяли по реакции с 2-тиобарбитуровой кислотой. Активность каталазы (КАТ) определяли по способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс. Содержания иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови определяли с использованием стандартных радиоиммунных наборов фирмы «BeckmanCoulter» (Czechia).

Результаты: Установлено, что формированию резистентности к инсулину предшествует нарушение переноса в крови и поглощение клетками СЖК. У больных МС нами выявлено значительное повышение уровня СЖК до 0,89±0,21 ммоль/л, т.е. в 2,5 раза (P<0,001). Вследствие этого нарушаются функции рецепторов к инсулину, вторичная система передачи сигнала и поглощение клетками глюкозы. Гипергликемия и повышение уровня СЖК сопровождаются гиперинсулинемией. Уровень ИРИ возрастает до 21,2±1,77 ЕД/мл (P<0,001).Избыток СЖК в крови активирует ПОЛ и образование радикалов. Окислительный стресс, приводящий к резкой интенсификации свободнорадикальных процессов в организме, является следствием усиленного образования активных форм кислорода и органических свободных радикалов. При исследовании активности процессов ПОЛ у больных МС оказалось, что количество конечного продукта пероксидации МДА в плазме крови было увеличенным в 2,2 раза (6,84±1,47ммоль/мг белка В-ЛП; P<0,001). При исследовании антиокислительного стресса обратило на себя внимание снижение активности основного фермента антирадикальной защиты клеток КАТ на 37,6% (12,3± 4,71 мкат/л; P<0,001). Следовательно, у больных МС, на фоне активации ПОЛ, происходит выраженное снижение клеточного, судя по уровню каталазы, антиокислительного потенциала.

Выводы: Таким образом, МС сопровождается нарушением липидного обмена с повышением уровня СЖК. Дисфункция липидных биомаркеров активирует маркеры окислительного стресса с повышением процессов ПОЛ и снижением антиокислительной защиты организма с повышением каталазы. Следовательно, уровни СЖК и маркеры окислительного и антиокислительного стресса являются неотъемлемой частью и составляющими компонентами метаболического синдрома.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Мамаджанова Н.Н., Нишанова Ф.П.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнительно изучить влияние сопутствующих компонентов метаболического синдрома (МС) на течение гестации и состояния плода у беременных с преэклампсией, осложненной на фоне различной степени ожирения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 84 беременных женщин с алиментарно-конституциональным ожирением клинико-лабораторно установленным МС, поступивших в отделение патологии беременных с осложненным течением гестации с преэклампсией (основная группа). Индекс массы тела у них составил >30 кг/м2. Контрольную группу составили 45 беременных с ожирением, но неосложненным течением гестации с преэклампсией (ПЭ). Все беременные с преэклампсией разделены на 2 группы в зависимости от ее степени. Первую группу составили 54 женщин с легкой ПЭ, вторую группу 30 женщин с тяжелой ПЭ. Для изучения функционального состояние плода доплерометрия проводилась в III триместре беременности.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о значительно грубых нарушениях лабораторных параметров МС, характеризовавшихся дислипидемией у женщин с тяжелой ПЭ. Преэклампсия у данных групп женщин сформировалась в более ранние сроки гестации по сравнению 2-й группы женщин. Кроме того, в данной группе преобладали женщины с ожирением II и III степени. Обращает также на себя внимание высокая частота родов крупным плодом, ВЗРП, и хронической внутриутробной гипоксией плода. Наибольшее число женщин с грубыми изменениями липидного спектра крови (снижение ХС ЛПВП на фоне одновременного повышения ХС ЛПНП, уровня тригилицеридов, холестерина) оказались среди беременных (у 16 женщин, 53%) с тяжелой ПЭ. И частота выявленных схожих изменений липидного спектра крови в 3,5 раза превышала по сравнению с беременными из второй группы (у 8 женщин, 15%). Однако, аналогичная картина липидограммы не была характерна для контрольной группы. В отличие от первой группы женщин, у беременных с легкой ПЭ в более чем половине случаев (у 76%) лабораторно выявлены отклонения от нормы только 2-х параметров липидного спектра крови. А в остальных случаях (у 9%) в основном зафиксировали изолированное отклонение одного из параметров липидограммы. Тогда как у женщин из контрольной группы в основном (у 84%) зарегистрировали отклонения только одного из параметров липидограммы. При исследовании дыхательных движений плода у 36 беременных с тяжелой ПЭ оказалось, что если дыхательный индекс у здоровых беременных с ожирением составляет 63,1%, то у беременных с тяжелой ПЭ в зависимости от числа ком-

понентов 43,8% - 35,7% т.е. уменьшение дыхательного индекса было более значительным у пациентов с 3 и 4 компонентами соответственно. У данных пациентов с наступлением беременности течение гестации осложнялось симптомами угрозы раннего, позднего выкидыша, раннего прерывания беременности, хронической гипоксией плода. Показатели сосудистого сопротивления в маточных артериях беременных с 3 и 4-мя компонентами МС оказались выше нормативных величин. Показатели индекса резистентности наиболее были выражены у беременных I группы. Обращает внимание значительное снижение кровотока в средней мозговой артерии у плодов беременных с четырьмя компонентами МС. Нарушения ФПК у беременных подтверждаются показателями гемодинамики в артерии пуповины, где фиксировалось увеличение систоло-диастолического сопротивления. ВЗУР у 12 беременных с тяжелой ПЭ (40%), по сравнению с контрольной группой, в которой внутриутробная задержка развития плода была у одной женщины, что составило 4,4%. Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностировалось у 28 (93%), против 4,4% в контроле.

Вывод. Таким образом, выраженность и глубина изменений липидного спектра крови на фоне ожирения у беременных имела прямую зависимости от тяжести ПЭ. Однако, может быть издавна существовавший МС развивавшихся на фоне ожирения способствовал более раннему началу ПЭ и влиял на утяжеление ее течения. Об этом свидетельствовали более ранние проявления осложнений течения гестации сразу же после наступления беременности.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕ-И ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мамадумаров Т.С. Мамадалиев Г.С. Убайдуллаев Ш.И.
Исламова Х.Ж. Юлдашев К.Т. Усманов У.К.
Наманганский областной многопрофильныймедицинский центр

Цель – изучить особенности пере-и постоперационного введения больных с вентральными грыжами передней брюшной стенки, страдающими метаболическим синдромом.

Материал и методы: Под наблюдением находились 273 больных с вентральными грыжами передней брюшной стенки, из общего числа больных мужчин 87 (29,3%), а женщин 196 (71,7%). Возраст колебался от 20 до 73 лет. Из общего числа больных оперировано всего 261 (95,6 %) . Из числа оперированных 83 больных с грыжами белой линии живота, 178-это больные с « послеоперационными вентральными грыжами » , 34 рецидивными послеоперационными грыжами , 37 больных с « пупочными грыжами ».У 54 больных контрольной группы диагностирован метаболический синдром, установленный критериями предложенными Экспертами Национаь ной Образовательной Программы США по холестерину (2005). Критериям метаболического синдрома считали, окружность талии более 94 см у мужчин и больше 80 см у женщин; артериаль-

ное давление 130/85 мм.рт.ст. и выше, уровень глюкозы в плазме крови натощак 5,6 ммоль/л и более. Индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле) рассчитывали по формуле ИМТ= масса тела (кг)/рост (м2). У боль ных проводили следующие обследования клинические и биохимические анализы крови,коагулограммы,УЗИ органов брюшной полости,ЭК, холтер-ЭКГ,спирометрия

Результаты и обсуждения: Абдоминальное ожирение диагностировано у всех 54 больных, у 29 больных обнаружен инсулинрезистентный сахарный диа бет, у 34 больных гипертоническая болезнь 11-111 ст, у подавляющего боль шинства больных атерогенная дислипедемия (высокая концентрация в крови триглициридов, мелких и плотных частиц липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и низкая концентрация ЛПВП, у 48 пациентов гиперкоагуляция за счет увеличе ние концентрации фибриногена. Всем инсулинрезистентным больным под набл юдением эндокринолога проведен курс инсулинотерапии, больные с гипертонии ческой болезнью получили антигипертензивные препараты, больные с дислипе демией получили гиполипедемические препараты (статины), больным с абдо минальным ожирением с целью профилактики «абдоминального компарт-син дрома » в дооперационном периоде рекомендована диета.

Вывод:Таким образом, у больных страдающих метаболическим синдром профилактика послеоперационных осложнений должно проводиться индивидуально в зависимости от преобладание того или иного симптома.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ

Маматкулов Х.А., Узоков Ж.К., Усаров М.Х.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Целью нашего исследования явилась оптимизация антигипертензивной терапии у больных АГ и МС.

Материал и методы: Основная группа состояла из 41 больного артериальной гипертензией 1-2 стадии с МС, из них 41,4% мужчин и 58,6% женщин в возрасте от 32 до 69 лет (средний возраст 51,1±2,1года). Длительность заболевания от 4 до 21 лет (в среднем 11,4±2,5 лет). Группа контроля состояла из 46 больных, сопоставимых с основной группой по возрасту (51,2±2,1 лет) и степени повышения АД, но без признаков МС. Обследование больных проводилось до назначения лечения и через 12 недель антигипертензивной терапии. Больные основной группы были разделены на 4 подгруппы методом случайного выбора. Первая подгруппа (12 человек) получала моксонидин в суточной дозе 4 мг однократно; вторая подгруппа (11 человек) - амлодипин 20 мг в сутки однократно; третья подгруппа (10 человек) получала лозартан 50мг 1 раз в сутки и четвертая подгруппа (8 человек) - периндоприл 2 мг и индапамид 1,5 мг однократно. Больные контрольной группы продолжали получать рутинную антигипертензивную терапию в неизмененном виде, при этом 10 (21,7%)

больных принимали ИАПФ, 11 (23,9%) – диуретики, 9 (19,5%) больных – b-блокаторы, 8 (17,4%) больных – комбинированную терапию, 8 (17,4%) больных – другие антигипертензивные препараты.

Результаты: В основной группе количество пациентов с достаточным снижении АД в ночное время (дипперов) составило 46,8% больных (в первой подгруппе 56,7%, во второй подгруппе 48,4%, в третьей подгруппе 44,1%, в четвёртой подгруппе 41,3%) по сравнению с 69,5% больных в контрольной группе.

Выводы: Антигипертензивная терапия амлодипином, лозартаном и моксонидином привела к достоверному уменьшению артериального давления, но значимое снижение артериального давления было достигнуто только у больных в группе моксонидина.

ЎРТА ЁШДАГИ МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ АЛОХИДА КОМПОНЕНТЛАРИ ВА ЭНДОТЕЛИЙ ФУНКЦИЯСИ, ХАМДА ИНТИМА-МЕДИЯ КОМПЛЕКСИ ҚАЛИНЛИГИНИНГ ЎЗАРО МУНОСАБАТИ

Маматкулов Х.А., Узоков Ж. К.
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад: Ўрта ёшли, симптомларсиз кечаётган, метаболик синдромли беморларда метаболик синдромнинг алохида компонентлари, эндотелий функцияси ва уйқу артериясида интима-медия комплекси қалинлиги (ИМКҚ) орасидаги муносабатларни бахолаш.

Материал ва метод: 25 та симптомларсиз кечаётган метаболик синдромли беморлар 15 та метаболик синдромга эга бўлмаган беморлар билан таққослаб ўрганилди. Эндотелий функцияси юқори пикселли ультратовуш ёрдамида елка артериясини кенгайишига қараб бахоланди. Интима-медия комплекси қалинлиги умумий уйқу артериясида томирнинг орқа девори бўйича бахоланди.

Натижа: Эндотелий функциясининг камайиши кўпроқ эркак беморларда кузатилди. Умумий уйқу артериясида ИМКҚ метаболик синдромли беморларда назорат гурухи билан солиштирилганда кўпроқ кузатилди. Реактив гиперемияда елка артериясининг диаметрини ошиши систолик артериал қон босимини кўтарилиши, қорин айланасининг ўлчамини ошиши, тана масса индексини ошиши ва қондаги юқори даражадаги триглицеридлар миқдори билан статистик жихатдан манфий боғланиш касб этди. ИМКҚ эса юқоридаги кўрсаткичлар билан статистик жихатдан ижобий боғланиш касб этди.

Хулоса: метаболик синдромли беморларда ИМКҚ умумий уйқу артериясида юқори бўлиб, ушбу кўрсаткич атеросклероз ривожланишида мустақил даракчилардан бири бўлиб ҳисобланади. Метаболик синдром компонентларидан артериал гипертензия ва тана масса индекси артериал қон томирларда эрта ўзгаришлар ривожланишида мухим ахамиятга эга.

ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА УМАЛЬЧИКОВ

Маматкулова Ф.Х., Каримова Н.А, Ф.П. Абдурасулов
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

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

Материалы и методы исследования.Обследованы дети в возрасте от 7-15 лет. Из них 24 подростка составили контрольную группу 12 мальчиков и 12 девочек, 14 девочек и 10 мальчиков с избыточной массой. У 20 детей рост и вес соответствовал возрасту. Избыток веса у мальчиков составлял 10,5±1,8 кг, у девочек 15,5±4,6кг. Рост больных детей не отличался от контрольной группы. Индекс массы тела в контрольной группе составлял 14,3±2,12 у больных (25,4±2,4) больных. У больных анамнез отягощен ожирение у матери (18), гипертония у родителей (19), гормональное лечение бесплодия (13), гипотиреоз у матери (8), рождены кесаревым сечением. Все мальчики употребляли в пищу преимущественно углеводы. Концентрация глюкозы натощак выше (5,5±1,2ммоль/л) по сравнению с контрольной (3,5±1,5ммоль/л), как и постгландулярная (7,4±1,2ммоль/л). Субъективные проявления: приступы сильного голода и эмоциональные нарушения (раздражительность, слезливость, панические настроения, вспышки гнева, агрессивное поведение). Повышены уровни триглицеридов: 170±1,5 мг/дл и холестерина 7,03±0,4ммоль /л по сравнению с контрольной группой. Уровень трийодтиронина снижен 1,07±0,09нмоль/л (1,39±0,07нмоль/мл), тиронина 104,7±8,7нмоль/л (129,26 ±2.65).Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ 1,91±0,2 и ЛГ 1,2±0,11. На фоне ожирения отмечалось снижение уровня тироксина 1,3±0,45,при норме 4,8 1,1нмоль/л.

В исследование включены дети в возрасте от 7-15лет. Из них 24 мальчика составляют контрольную группу. У 20 детей рост и вес соответствует возрасту. Избыток веса у мальчиков составлял 10,5 ±1,8 кг. Рост больных детей не отличался от контрольной группы. Индекс массы тела в контрольной группе составлял 14,3 ±2,12. У 25,4 ± 2,4 больных мальчиков был отягощенный анамнез (ожирение матери, гипертония у родителей, гормональное лечение бесплодия, гипотиреоз у матери), 8 мальчиков рождены кесаревым сечением. Все мальчики употребляли в пищу преимущественно углеводы. Концентрация глюкозы плазмы натощак выше 5,5±1,2ммоль/л по сравнению с контрольной - 3,5±1,5ммоль/л, как и постгландулярная (7,4±1,2ммоль/л).

Результаты. Повышены уровни триглицеридов: 170±1,5 мг/дл и холестерина 7,03±0,4ммоль /л по сравнению с контрольной группой. Уровень трийодтиронина снижен 1,07 ±0,09нмоль/л (1,39 ± 0,07нмоль/мл), тиронина 104,7±8,7нмоль/л (129,26 ±2.65). Отставание развития вторичных половых признаков нашло отражение в снижении уровня ФСГ 1,91 ±0,2 и ЛГ 1,2 ±0,11. На фоне ожирения отмечалось снижение уровня тироксина 1,3 ±0,45 ,при норме 4,8 1,1нмоль/л. Лечение проводилось (стол №9 L-тироксин 25мкг, хорионический гонадотропин

500ЕД, сиофор 500ЕД peros 1 раз в сут, в результате достигнута положительная динамика.

Вывод. Таким образом, МС у мальчиков осложняется отставанием полового развития, что требует гормональной коррекции.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО/ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.
Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель. Изучение взаимодействий показателей ацетиляторного/энергетического статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и глюкозы крови у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включены 108 женщин (средний возраст 54,9±0,7 г.) с ИБС, ССН I-III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Программа комплексного обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы, позволившие диагностировать ИБС, ССН, МС и СД 2 типа. Одновременно проводили изучение показателей ацетиляторного/энергетического статуса: СТАЦК, САЦСПО.

Многофакторный анализ взаимодействий показателей СТАЦК, САЦСПО и глюкозы крови включал изучение корреляций следующих показателей: I - между вариантами (>10 перцентиля - ≤90 перцентиля) СТАЦК, САЦСПО и глюкозы;
II - между ≤10 перцентиля СТАЦК, САЦСПО и ≤10 перцентиля глюкозы;
III - между >90 перцентиля СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентиля глюкозы;
IV - между ≤10 перцентиля СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентиля глюкозы;
V - между >90 перцентиля СТАЦК, САЦСПО и ≤10 перцентиля глюкозы.

Результаты. Прямая (положительная) достоверная зависимость отмечена между вариантами СТАЦК и вариантами глюкозы $r=+0,98$ ($p<0,001$); показатели ≤10 перцентиля СТАЦК и ≤10 перцентиля глюкозы коррелировали с $r=+0,77$ ($p<0,001$); между параметрами >90 перцентиля СТАЦК и >90 перцентиля глюкозы определялась корреляция с $r=+0,99$ ($p<0,001$); между показателями ≤10 перцентиля СТАЦК и >90 перцентиля глюкозы выявлена корреляция с $r=-0,97$ ($p<0,001$); значения >90 перцентиля СТАЦК и ≤10 перцентиля глюкозы коррелировали с $r=-0,74$ ($p<0,001$).

Варианты САЦСПО и глюкозы коррелировали с $r= +0,99$ ($p<0,001$); между показателями ≤10 перцентиля САЦСПО и ≤10 перцентиля глюкозы выявлена корреляция с $r=+0,81$ ($p<0,001$); параметры >90 перцентиля САЦСПО и >90 перцентиля глюкозы коррелировали с $r=+0,94$ ($p<0,001$);

между значениями ≤10 перцентиля САЦСПО и >90 перцентиля глюкозы отмечена корреляция с r=-0,98 (p<0,001); показатели >90 перцентиля САЦСПО и ≤10 перцентиля глюкозы коррелировали с r=-0,60 (p<0,05).

Выводы. Таким образом, многофакторный корреляционный анализ показателей ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и глюкозы крови у женщин с ИБС, ССН, МС и СД 2 типа выявил гетерогенные взаимодействия. Одновременное определение показателей ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и глюкозы крови способствует определению скорости/выраженности метаболических (энергетических) процессов в организме, что необходимо учитывать при диагностике и при проведении целенаправленных лечебных мероприятий у пациентов с ИБС, МС и СД 2 типа.

ГЕТЕРОГЕННАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДОВ КРОВИ И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.
Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель. Оценка ассоциаций параметров липидного спектра сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и индекса массы тела (ИМТ). у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа (по данным многофакторного корреляционного анализа).

Материалы и методы. Проведено обследование 82 мужчин (средний возраст 50,5±0,9 г.) с ИБС, ССН I-III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Обследование, включало сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы исследования. Последовательно проводили многофакторный анализ взаимосвязей параметров липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ИМТ:

I - между вариантами (>10 перцентиля - ≤90 перцентиля) общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ИМТ:

II - между ≤10 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ≤10 перцентиля ИМТ;

III - между >90 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и >90 перцентиля ИМТ;

IV - между ≤10 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и >90 перцентиля ИМТ;

V - между >90 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ≤10 перцентиля ИМТ.

Результаты. Варианты общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ИМТ коррелировали с r=+0,97 -- +1,0 (p<0,001); пара-

метры ≤10 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ≤10 перцентиля ИМТ имели связь с r=+0,70 --- +0,90 (p<0,001); между значениями >90 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и >90 перцентиля ИМТ определялась корреляция с r=+0,57 -- +0,99 (p <0,05 -- <0,001); между параметрами ≤10 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и >90 перцентиля ИМТ выявлена корреляция с r=-0,51 -- -1,0 (p<0,001); значения >90 перцентиля общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и ≤10 перцентиля ИМТ коррелировали с r=-0,78 -- -0,98 (p<0,001).

Выводы. Таким образом, при проведении многофакторного корреляционного анализа между параметрами липидного спектра сыворотки крови и ИМТ выявлена достоверная положительная/отрицательная гетерогенная ассоциация, свидетельствующая о взаимодействии гиперлипидемии и избыточной МТ/ожирения как эндогенных факторов риска у пациентов с ИБС, МС и СД 2 типа.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛАЗНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Махкамова Д.К.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: изучить эффективность применения гиполипидемических препаратов при лечении глазного ишемического синдрома (ГИС).

Материалы и методы: Нами обследованы 23 пациента с диагнозом ГИС. Из них 14 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 58 до 79 лет. Всем пациентам были проведены офтальмологические, инструментальные и лабораторные методы исследования. Методы обследования: клинические – офтальмологические; лабораторные - общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), развернутый биохимический анализ крови с липидограммой, ревмопроба, коагулограмма, инструментальные: А - В сканирование, ультразвуковое цветовое допплеровское картирование (УЦДК), оптическая -когерентная томография (ОСТ), МРТ головного мозга, эхокардиография (ЭхоКГ). Больной консультирован терапевтом, невропатологом.

Пациенты в зависимости от применяемой терапии были разделены на 2 группы. В основной группе у 13 пациентов использовали этиотропное, антиишемическое и гиполипидемическое лечение. В контрольной группе 10 больных получали этиотропное и антиишемическое лечение. В качестве гиполипидемической терапии использовали препарат Аторвастерол (аторвастатин 10 мг), который является синтетическим статином. Пациентам основной группы данный препарат назначали по 1 таблетке 1 раз в день длительно.

Результаты.В 1 группе острота зрения (ОЗ) больныхдо лечения была 0.06±0.012. Во 2 группе ОЗ больныхдо лечения была 0.06±0.014. Поле зрения больных в 1 группе до лечения составила 369º ± 27º. Во 2 группе поле зрения составляло 371º ±30.2º. У всех пациентов до лечения отмечались повышенные показатели липопротеидов низкой и очень низкой плотности и составили 3,8±0,031 ммоль/л.

В основной группе острота зрения пациентов после лечения в пораженном глазу улучшилась на 37,3%, ВГД варьировало в пределах нормальных значений. В контрольной группе острота зрения в пораженном глазу улучшилась на 8,1%, ВГД колебалось в пределах нормальных значений. Уровень липопротеидов низкой и очень низкой плотности у пациентов основной группы в динамике снизилось и составило 2,39±0,027 ммоль/л, в то время как у пациентов контрольной этого не наблюдалось.

После лечения в основной группе отмечалось повышение скоростных показателей в глазной артерии на 43,6%. После лечения в контрольной группе у 27 больных отмечалось повышение скоростных показателей в глазной артерии на 10,7%.

Вывод. Применение Аторвастерола в качестве гиполипидемической терапии при глазном ишемическом синдроме положительно влияет на течение данного заболевания - способствует стабилизации зрительных функций, положительной динамике параметров оптической когерентной томографии, улучшению скоростных показателей на допплерографии сосудов глаза в динамике.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ.

Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А.. Нурмухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель. Болезнями XXI века признаны артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), мозговые инсульты (МИ), сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа). Известно, что МИ часто возникают на фоне ожирения. Частота и тяжесть сопряженных с ожирением нарушений и заболеваний зависят не только от степени ожирения, но и особенностей отложения жировой ткани в организме. В последующие годы многочисленные наблюдения и исследования подтвердили: избыточное накопление абдоминальной жировой ткани, как правило, сопровождается метаболическими нарушениями и в значительной мере увеличивает риск развития МИ. Разнообразные сочетание метаболических нарушений и заболеваний при ожирении описывались под различными названиями – метаболический трисиндром (CamusJ., 1966), полиметаболический синдром (AvogaroP., CrepaldiG., 1965), синдром «изобилия» (MehnertH., 1968).

Материал и методы. Материалом нашего исследования послужило обследование 28 больных с перенесенным ишемическим инсультом трудоспособного возраста, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении, отделении соматоневрологии, II терапии I городской клинической больницы г. Ташкента.

По данным наших исследований у всех указанных больных имело место ожирение I, II, III степени (по ИМТ - Кетля) повышение артериального давления от 140/90 мм рт.ст. до 190/120 мм рт.ст., мужчин было 16 человек (57,1%), женщин 12 (42,9%).

Результаты. Так как одним из основных патогенетических факторов формирования синдрома инсулинорезистентности является избыточная масса тела, в связи с чем ведущее место в комплексном лечении заняли мероприятия, направленные на уменьшение массы тела. Это прежде всего рациональное питание. Рацион больным мы составляли с учетом возраста, массы тела, пола, уровня физической активности и пищевых пристрастий пациента. Ограничивалось потребление легкоусвояемых углеводов.

Выводы. Базисное лечение было направлено на снижение общего риска возникновения повторных инсультов и ТИА. Однако, применяя только немедикаментозное лечение, не всегда удавалось компенсировать нарушения липидного обмена. Поэтому больным с метаболическими синдромом мы активно применили медикаментозную терапию. Для ускорения снижения массы тела, улучшения показателей липидного и углеводного обмена мы применили препарат орлистат (ксеникал), который, оказывая тормозящее влияние на липазы ЖКТ, препятствует расщеплению и последующему всасыванию 30% жиров, поступающих с пищей. Кроме того, ксеникал – способствует снижению АД, снижает уровень общего холестерина, не оказывает системного действия на жировой обмен.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕФЛЮКС - ИНДУЦИРОВАННОЙ АСТМЫ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ.

Мирзаева Д. Б., Аслонова И. Ж.
Бухарский государственный медицинский институт Бухара.

Цель: Изучение частоты распространения приступов астмы в зависимости от степени ожирения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 пациентов с ожирением 102 степени, из них женщин-30, мужщин-15 с БА 1-2 ступени, в возрасте от 30 до 60 лет, длительность заболевания варьировала от 6-15 лет. Степень ожирения определяли по индексу Кетле (ИК). В группу исследования не включались больные, получавшие в прошлом глюкокортикоидные препараты. В 1 группу вошли 29 больных, страдающих ожирением второй степени (ИК 27- 30), все больные получали бронхолитики, β-2 агонисты и муколитики и т.д. В 3-ю группу (контрольная) вошли больные (16), без ожирения.

Результаты.Установлено, что у больных 1 и 2 групп наследственная отягощенность - у 23, прием пищи в горизонтальном положении у -13, чувство сонливости- у 16, изжога- у 36, загрудинные боли- у 21, отрыжка-у 23, вздутие живота- у 26 кашель- у 37, удушье- у 16, симптом гипоксии у 26. Выслушивались сухие свистящие хрипы у 28 больных. Из лабораторных данных – моноцитоз, эозинофилия. Из инструментальных показателей: ЭКГ - гипертрофия обоих желудочков. Индекс Тиффно у 1 группы составил 0,65 ± 3, у 2 группы - 0,62±2.

Выводы.Таким образом, частота встречаемости приступов рефлюкс- индуцированной астмы прямо коррелируется с индексом мас-

сы тела, с нарастанием степени ожирения частота приступов БА увеличивается.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ СМЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)
Наманганский филиал РНЦЭМП, Наманган, Узбекистан

Цель: изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии (сочетание Амприлана 5мг с теноксом 5мг; амприлана 5 мг с небилетом 5 мг; небилета 5 мг с теноксом 5мг) на метаболический профиль и диастолическую функцию левого желудочка у пациентов гипертонической болезнью II и III степени в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы методы: Находясь на стационарном лечении, в течение 3-х недель 45 пациентов ежедневно утром получали комбинацию препаратов однократно. 18 человек-сочетание амприлана с теноксом, 15 – амприлан с небилетом и 12 – небилет с теноксом. До поступления в стационар гипотензивная терапия была нерегулярной и малоэффективной. Средний возраст больных составил 60,3 ± 2,8 лет. Средний уровень АД при поступлении – 177,4 ± 9,5 / 97,5 ± 6,6 мм рт.ст. Средний индекс массы тела был равен 31,2 ± 0,8 кг / м2, среднее соотношение объёмов талии / бедра – 118 ± 0,2. При поступлении средний уровень глюкозы натощак составил 5,97 ± 0,2 ммоль / л, средний уровень общего холестерина – 7,23 ± 0,27 ммоль/л, среднее содержание триглицеридов 2,3 ± 0,12 ммоль / л. Состояние диастолической функции левого желудочка оценивали методом допплер-эхокардиографии по общепринятой методике на аппарате фирмы «Philips». Определялись максимальные скорости раннего и позднего диастолического наполнения VE и VA, их соотношения, интегралы максимальных скоростей E и A, отношение E / A.

Результаты: Целевой уровень АД (<140 / 90 мм рт.ст.) был достигнут у всех пациентов во всех трех группах. На фоне всех трёх комбинаций и диеты произошло уменьшение уровня глюкозы 5,36 ± 0,12 ммоль / л ($p<0,05$), 5,23 ± 0,08 ммоль / л ($p<0,05$) и 5,41 ± 0,1 ммоль / л ($p<0,05$) соответственно; наметилась тенденция к уменьшению уровня общего холестерина и триглицеридов для всех групп: 6,9 ± 0,1 ммоль / л, 6,85 ± 0,08 ммоль / л, 6,-73 ± 0,14 ммоль / л и 1,98 ± 0,18 ммоль / л ($0,05<p<0,1$), 2,01 ± 0,12 ммоль / л, 1,96 ± 0,2 ммоль / л ($0,05<p<0,1$) соответственно.Достоверное изменение диастолической функции произошло на фоне всех трёх комбинаций (VE / VA, E / A) соответственно с 0,9 ± 0,07 до 1,04 ± 0,02 и с 0,93 ± 0,05 до 1,12 ± 0,04 ($p<0,01$); с 0,98 ± 0,04 до 1,11 ± 0,02 ($p<0,001$) и с 1,02 ± 0,07 до 1,18 ± 0,03 ($p<0,05$); с 0,96 ± 0,04 до 1,09 ± 0,01 и с 0,1 ± 0,03 до 1,18 ± 0,04 ($p<0,01$).

Выводы: таким образом, комбинированная терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, β-адреноблокаторами и антаго-

нистами медленных Са-каналов оказывает положительное влияние на метаболический профиль и диастолическую функцию левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью и МС.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)
Наманганский филиал РНЦЭМП, Наманган, Узбекистан

Цель: Оценка основных проявлений изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) у пожилых больных.

Материал и методы: Обследовано 77 пожилых больных ИСАГ II и III степени с МС. Согласно критериям Международной федерации диабета для диагностики МС в качестве главного компонента рассматривается абдоминальное ожирение (АО), окружность талии (ОТ) в сочетании с ≥2 и более компонентами из перечисленных: АГ, триглицериды >1,7ммоль/л, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, гипергликемия. Тест толерантности к глюкозе и концентрацию глюкозы в плазме венозной крови проводили согласно стандартным методикам. Согласно критериям ВОЗ уровень глюкозы натощак ≥6,1ммоль/л рассматривается как гипергликемия натощак, ее концентрация через 2 часа после ТТГ >7,8ммоль/л как постпрандиальная гипергликемия. Стандартно проводили мониторирование АД, ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ почек.

Результаты: Среди 77 больных у женщин ИСАГ метаболический синдром встречается в 2 раза чаще (47%), чем у мужчин (23%). При анализе анамнестических данных и клинико-инструментальных показателей выявлена ишемическая болезнь сердца (44%), эпизоды безболевой ишемии миокарда (21%), перенесенные инфаркт миокарда и транзиторные ишемические атаки (4,4%), ишемическая болезнь почек (3,5%).При мониторировании АД установлены нарушения суточного профиля АД в виде снижения во время сна АД > 20%, и фрагменты ночной гипотонии. Частота гипертрофии левого желудочка у женщин с индексом массы тела >30кг/м2 почти 2 раза превышала у мужчин. Показанопреобладание нарушений геометрии сердца по эксцентрическому типу независимо от пола.

Выводы: Таким образом, основными детерминантами изолированной систолической артериальной гипертензии являются пожилой возраст, наличие полного метаболического синдрома, гипертрофия левого желудочка. Неблагоприятный тип суточного ритма АД «non dippers» обуславливает эпизодыбезболевой ишемии миокарда у пожилых больных ИСАГ с МС. Установленная инсулинорезистентность и дислипидемия свидетельствует при ИСАГ об увеличении вероятности развития серьезных сердечно- сосудистых осложнений и требует дальнейшей коррекции липидного обмена.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)
Наманганский филиал РНЦЭМП, Наманган, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность и переносимость блокатора рецепторов ангиотензина II валсартана (вальсакор) при артериальной гипертензии (АГ) у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследован 31 пациент с длительным течением АГ на фоне СД 2 типа. Средний возраст пациентов 62,4 ± 6,5 лет.Пациенты в течение 2 недель принимали валсартан в стартовой дозе 80-160 мг в сутки, за период наблюдения доза препарата коррегировалась с учетом клинического состояния. Средняя доза валсартана составила 237 мг, 15 (50%) пациентов принимали препарат в максимальной суточной дозе–320мг. Пациентам назначалась антигипертензивная терапия согласно рекомендациям ВНОК. 20 (66,7%) пациентов получали комбинированную антигипертензивную терапию. Проводилась оценка клинического состояния больных, электрокардиография, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, микроальбуминурия). Гипотензивный эффект препарата оценивался по результатам измерения артериального давления (АД) (шестикратно в течение суток).

Результаты. на фоне проводимой терапии наблюдалась следующая динамика АД (указаны средние значения): исходно уровень АД составил 179,2/102 мм рт. ст, через 1 неделю терапии уровень АД –151/91 мм рт. ст., через 2 недели уровень АД составил 137,3/87,3 мм рт. ст. 1 (3%) пациент выбыл на начальном этапе наблюдения в связи с развитием побочного эффекта – кашля. В течение клинического наблюдения проводилась оценка лабораторных показателей (до начала приема препарата и через 2 недели терапии). Получены следующие данные: общий белок (исходно) – 71,4 ммоль/л, через 2 недели – 71,3 ммоль/л (н.д.); общий билирубин (исходно) -15,0 ммоль/л, через 2 недели – 15,5 ммоль/л (н.д.); АЛТ (исходно) 22,6ЕД, через 2 недели – 23 ЕД (н.д.); АСТ (исходно) 28,1 ЕД, через 2 недели – 27 ЕД (н.д.). Уровень креатинина до приема составлял 89,5 мкмоль/л, через 2 недели – 85,2 мкмоль/л ($p < 0,05$); холестерин (исходно) 5,1 ммоль/л, через 2 недели – 5,0 ммоль/л (н.д.). Проведен гликемический контроль до приема валсартана и через 2 недели после приема препарата. Гликемия (исходно) натощак составлял 7,2 ммоль/л, через 2 недели – 6,6 ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень микроальбуминурии составил: исходно 46мг/дл, на фоне лечения – 23,3 мг/дл ($p < 0,01$).

Выводы. 1. Лечение валсартаном способствует достоверному снижению уровня артериального давления у больных с артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2.

2. Прием валсартана не вызывает существенных метаболических изменений у больных с сахарным диабетом.

3. За период наблюдения отмечено статистически значимое снижение микроальбуминурии.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГОЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИНАРУШЕНИЯМИ

Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП, Наманган, Узбекистан

Цель: изучить характер гемодинамических нарушений левого желудочка у больных метаболическими нарушениями.

Материалы и методы:обследованы женщины с АГ и ожирением. Определялся уровень глюкозы натощак и на фоне углеводной нагрузки, липидный спектр. Показатели гемодинамики изучались с помощью эхокардиографии на ультразвуковом аппарате «PhilipsEn-Visor», оценивались конечные диастолический и систолический размеры и объемы левого желудочка, конечные индексы, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки (ТМЖПд, ТЗС); глобальная фракция выброса (ФВ), максимальная скорость кровотока в фазу раннего диастолического наполнения желудочков (Ve, м/сек), максимальная скорость кровотока в фазу позднего их наполнения в период систолы предсердий (Va, м/сек), их соотношение – (Ve / Va, у.е.), время изоволюмической релаксации ЛЖ (VRT, м/сек).

Результаты: Средний индекс массы тела был 32.77 ± 0.7 кг / м2. ИР определялась отношением глюкоза / инсулин ≤6, повышение концентрации глюкозы при тяжелой АГ через 1 час после нагрузки; У больных АГ с ожирением и метаболическими нарушениями наиболее значимыми оказались нарушения диастолической функции по сравнению с группой сравнения (ожирение без АГ), что выражалось в достоверном уменьшении Ve / Va mitr (1.25 ± 0.06 у.е, $p<0.05$), причем выявлена обратная корреляционная зависимость между возрастом больных и показателем Ve / Va mitr ($r= -0.42$, $p<0.01$); толщина задней стенки в систолу и диастолу были выше (ТЗСд=0.92 ± 0.04, ТЗСс= 1.81 ± 0.07, $p<0.05$), ТМЖП= 1.59 ± 0.09, $p<0.01$, ММЛЖ составила 218.0 ± 12.56, $p<0.01$. ФВ оставалась высокой (62.4 ± 2.09%) при тенденции к нарушению показателей систолической функции, УО – 90.61 ± 4.15 мл ($p<0.01$).

Выводы: Таким образом, для больных с АГ и метаболическими нарушениями характерны умеренная гипертрофия ЛЖ, преимущественно за счет МЖП и повышение УО крови. Нарушение диастолической функции определяется увеличением скорости кровотока в фазу позднего наполнения левого желудочка с уменьшением их соотношения.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП, Наманган, Узбекистан

Цель: изучение патогенетических особенностей течения инфаркта миокарда с зубцом Q у мужчин с метаболическим синдромом.

Материал и методы: Исследован 51 пациент мужского пола с острым Q-позитивным инфарктом миокарда без верифицированного сахарного диабета в возрасте до 80 лет. Инфаркт миокарда с зубцом Q диагностировался в соответствии с рекомендациями ВНОК от 2007 года; метаболический синдром определялся согласно Руководству АТР III (2001г). Больные распределены на группы: 1 – больные без метаболического синдрома (средний возраст 57,55±1,68 лет); 2 – с признаками метаболического синдрома (средний возраст 55,84±2,05 лет).

Результаты: Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (1 – 62,1% и 2 – 54,4%); по заболеваниям сердца (ИБС) в 48,3% и 45,5% случаев, соответственно. Гипертонической болезнью страдали более 65% пациентов, в анамнезе имели перенесенный ИМ 10,3% больных в первой и 22,7% во второй группах. В группе с метаболическим синдромом выявлено достоверно более высокое содержание общего белка крови, уровня глюкозы крови по сравнению с контрольной группой: 7,87±0,54 ммоль/л и 5,67±0,28 ммоль/л, соответственно. При сравнении липидного спектра отмечается более высокий уровень ОХС во второй группе 5,05±0,27 ммоль/л по сравнению с первой 4,89±0,26 ммоль/л, ХС ЛПВП в первой группе - 1,29±0,11 ммоль/л по сравнению со второй - 1,02±0,08 ммоль/л; индекс атерогенности в группе больных с метаболическим синдромом составил 4,85±0,78, в группе сравнения - 3,42±0,31. В обеих группах выявлены достоверные различия размеров ЛП - 39,61±0,82 мм – в группе с метаболическим синдромом, 35,70±0,79 мм – в контрольной группе.Более высокая степень гипертрофии миокарда ЛЖ отмечена в группе больных с метаболическим синдромом. Масса миокарда ЛЖ составила - 294,89±17,07 г в 1 группе, 329,81±15,74 г во второй. Признаки застоя по МКК выявлены достоверно чаще во 2 группе исследования – 63,6%.

Выводы: Полученные предварительные данные свидетельствуют о более тяжелом течении инфаркта миокарда у больных с метаболическим синдромом и более неблагоприятном прогнозе исхода заболевания у данной группы пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛИКОЗАМИНОВ (СУЛОДЕКСИДА, ВЕССЕЛ ДУЭ Ф, ALFA WASSERMANN) ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Муродова С.М., Салихова И.С.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить: клиническую эффективность препарата из группы гликозаминогликанов сулодексида, («Vessel Due F», Alfa Wasserman, Italy), в терапии больных СД 2 типа с диабетической нефропатией (ДН).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 47 человек, из них 28 женщин и 19 мужчин, средний возраст которых – 56 лет. Диагноз СД 2 типа установлен на основании обшепринятых субъективных и объективных, лабораторных методов иссследования, ДН с помощью определения МАУ, мочевины, креатинина, коагулограммы. Тяжесть тече-

ния ДН определяли по классификации Моггенсона. Обследование пациентов проводилось исходно при проведении рандомизации, а также через 10 дней и 3 месяца после терапии сулодексидом в общепринятых терапевтических дозах инъекционно с последующим применением перорально.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали высокую (90%) эффективность сулодексида у больных ДН с СД 2 с проявлениями МАУ. Наблюдалось уменьшение содержания - 20%, исчезновение МАУ в 70%. С позиций современных представлений о механизмах развития ДН актуальной и патогенетически обоснованной является мультикомпонентная терапия, одним из направлений которой является коррекция дисфункции эндотелия и структурных изменений гликокаликса и базальной мембраны клубочков почек с восстановлением содержания в ней гепарансульфата (ГС). Препарат сулодексид («Vessel Due F», Alfa Wasserman, Italy) представляет собой смесь отрицательно заряженных гликозаминогликанов (80% — быстроподвижной электрофоретической фракции гепарина и 20% - дерматана сульфат) и обладает широким спектром биологической активности с восстановлением содержания гепарансульфата (ГС) в почках. Сулодексид удобен в применении в связи и с тем, что данный препарат, существует в виде инъекционной и пероральной формы, применительной для длительного применения.

Выводы: Применение препарата из группы гликозаминогликанов сулодексида («Vessel Due F», Alfa Wasserman, Italy), у больных с ДН при СД 2 может быть рекомендовано во всех стадиях развития ДН с одинаковым положительным эффектом одномоментно или длительно.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Мухаммедова Х.Т., Турдиева Д.Э., Ташмухамедова Б.Э.,
Турсунова Н.Э., Алимова З.А.,
Ташкентский институт усовершенствовании врачей, Узбекистан

Цель. Оценка степени поражения центральной нервной системы у новорожденных перенесших асфиксию.

Материал и методы. Проведён анализ данных ультразвуковой диагностики головного мозга у 50 новорождённых с последствиями перинатальной гипоксии. Исследование проводились в гТашкенте, ГКДБ, отделение патологии новорожденных.

Результаты. Нейросонографическими исследованиями у 27 детей выявились изолированные пери-интравентрикулярные кровоизлияния 1-й степени, которые эхографически определялись появлением округлой формы гиперэхогенной тени размером менее 1см. В 32% случаев пери-интравентрикулярные кровоизлияния 1-й степени были двусторонними.

У 6 новорожденных выявлены пери-вентрикулярные кровоизлияния 2-й степени. У детей этой группы было обнаружено увеличение глубины передних рогов желудочков, субэпиндимальные гематомы размером более 1см, исчезновение каудально-таламической вырезки, дополнительная

тень в затылочном роге бокового желудочка. Пери-интравентри-кулярные кровоизлияния 3-й степени были выявлены у 14 больных. В этой группе детей фиксировалось появление гиперэхогенной тени, частично или полностью заполнявшей просветы боковых желудочков мозга. У 3 новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией были обнаружены пери-интравентрикулярные кровоизлияния 4-й степени. Выявлялась гиперэхогенная тень, связанная с боковым желудочком мозга в лобно-теменной и затылочной областях, увеличение глубины передних рогов боковых желудочков и наличие сгустка крови в третьем желудочке мозга.

Выводы. Нейросонография является одним из высокоинформативных, неинвазивных и достоверных методов ранней диагностики церебральной патологии у новорождённых детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

РОЛЬ АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Нажмутдинова Д.К., Максудова Д. Р.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Оценить значение антитиреоидных антител в развитии репродуктивных нарушений у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы. Нами были обследованы 25 женщин фертильного возраста в среднем 32,4 ±3,1 лет, обратившие по поводу заболеваний щитовидной железы в консультативную поликлинику 3 клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания у этих пациенток была 32,4± 1,2 года. Контрольную группу составили 20 женщин в среднем возрасте 30,2±2,7 лет. У всех больных обследовали уровень ТТГ, свободного Т3 и свободного Т4, уровень титра антител к тиреопероксидазе (ат –ТПО), УЗИ щитовидной железы, были осмотрены гинекологом для исключения гинекологических заболеваний. В исследования были включены больные без гинекологических заболеваний.

Результаты исследования. По полученными нами результатами обследования по данным УЗИ выявлено у 40 % больных хронический тиреодит, уровень ТТГ 6,45±3,11 мМЕД/л, свободного Т3 2,93 ±0,15 пмоль/л, свободного Т4 12,21±1,84 пмоль/л, уровень антител к ТПО в среднем 86,8±2,4 МЕ/л. У 12% женщин контрольной группы по данным УЗИ была выявлена картина хронического тиреодита, при этом уровень ТТГ составил 1,3±0,4 мМЕД/л, св.Т 3,73 ±0,23 пмоль/л, св.Т4 14,31±1,42 пмоль/л, уровень АТ-ТПО 20,4±0,9МЕ/л. В основной группе у 28% пациенток было выявлено бесплодие и соответственно субклинический гипотиреоз. В контрольной группе у 11% было выявлено бесплодие и эутиреоз. По данным УЗИ матки и придатков в основной группе пациенток у 22% обнаружены кистозные заболевания, а также у 20% больных выявлены различные виды нарушения менструального цикла.

Выводы. Следовательно, недостаточность и нарушение метаболизма тиреоидных гормонов, также наличие антитиреоидных антител способствует выраженному нарушению со стороны репродуктивной си-

стемы, что повышает процент развития нарушений менструального цикла и бесплодия у женщин фертильного возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель. Изучение влияния лозартана на углеводный и липидный обмен у больных артериальной гипертонией при МС.

Материал и методы. Нами обследованы 22 больных, из них 14 женщин, 8 мужчин, длительность артериальной гипертонии составила 5,8±2,4г, средний возраст больных 48±3,5 лет. У всех больных отмечалось абдоминальное ожирение (индекс массы тела 35± 3,1), у 15 больных (68%) выявлено нарушение толерантности к углеводам (НТУ), у 7 (31%) – гликемия натощак (6,8±2,3 ммоль/л). У 20 (90%) больных выявлено повышение уровня общего холестерина (5,9±2,5 ммоль/л), ЛПНП (4,3±0,9ммоль/л), ТГ (12,2±0,2ммоль/л).

Результаты. Терапия лозартаном в дозе 10 мг 1 раз в сутки в течение двух месяцев привела к снижению уровня как систолического, так и диастолического АД. По данным офисного измерения АД, целевого уровня АД(<140/90мм.рт.ст.) достигли 65% больных. Необходимо отметить положительное действие препарата на показатели НТУ и уровень гликемии у 82% обследованных. Отмечено также значимое улучшение показателей липидного обмена, некоторое снижение уровня общего холестерина и ЛПНП.

Выводы. Таким образом, антагонисты рецепторов ангиотензина II обладают не только гипотензивным и нефропротекторным эффектом, но и повышают чувствительность тканей к инсулину, положительно влияют на углеводный и липидный обмен, что выводит их на I место среди гипотензивных препаратов у больных с метаболическим синдромом.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И КОМОРБИДНОСТЬЮ

Несен А.А., Чернышов В.А., Валентинова И.А., Грунченко М.Н., Шкапо В.Л.,Чирва О.В.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Цель исследования. Изучить факторы кардиометаболического риска у пациентов с СД 2 типа и коморбидными состояниями.

Материалы и методы. Обследовано 106 пациентов повышенного кардиоваскулярного риска (КВР) с СД 2 типа; средний возраст (52,4±7,6) лет. Анализировались клинико-анамнестические, антропометрические (окружность талии (ОТ) и индекс массы тела (ИМТ)), гемодинамические (уровень артериального давления (АД), биохимические (углеводный и липидный профиль) показатели.

Результат. В процессе исследования выявлено: макрососудистая патология (ишемическая болезнь сердца у 45 (42,5 %) пациентов; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей у 40 (38 %) пациентов; церебральный атеросклероз – у 48 (45 %) пациентов; хроническая почечная недостаточность (ХПН) - у 19 (17,9 %) пациентов. СД 2 типа в исследуемой популяции наиболее часто сочетался с гипертонической болезнью (ГБ) – 104 (98 %) пациента и неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП) – 36 (34 %) пациентов. При изучении влияния НЖБП на течение СД отмечаются существенные изменения в липидном спектре крови: повышение триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности, что является независимым фактором развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт: перенесенный инфаркт миокарда встречался у 16 (15 %) пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения у 18 (17 %) пациентов.

Выводы: 1. Течение СД 2 типа у больных повышенного КВР, характеризуется высокой распространенностью макрососудистых осложнений. 2. Коморбидность - кардинальный фактор декомпенсации СД 2 типа, ухудшающий течение и прогноз болезни. 3. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению данной категории больных.

РОЛЬ АДИПОЦИТОКИНОВ В РЕГУЛЯЦИИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Нургалиева Ж.Ж., Хитуова Л.К., Сулейманов Д.М.
Казахский Национальный медицинский университет
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Цель: изучить влияние гормонов жировой ткани (адипонектина, лептина) в регуляции углеводного и жирового обменов, как предикторов формирования метаболического синдрома у детей с ожирением.

Материалы и методы: сформированы две группы: 1-я группа – 14 детей с ожирением; 2-я группа – 4 детей относительно здоровых. Всем обследованным проведены антропометрические исследования (измерение роста, веса, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ), расчетом ИМТ, соотношения ОТ/ОБ), измерение параметров АД, лабораторных показателей углеводного обмена (гликемии, уровня инсулина, расчет индекса НОМА), жирового обмена (общего холестерина, триглицеридов), уровней гормонов жировой ткани (адипонектина, лептина).

Результаты: в 1-й группе ожирение I степени имелось у 14,3%, IIстепени – 78,6%, III степени – 7,1% детей, при этом все дети имели абдоминально-висцеральный тип. Артериальная гипертензия (АГ) регистрировалась в 14,3% случаев у детей 1-й группы. Нарушение углеводного обмена в виде гипергликемии натощак имели 7,1% детей с ожирением, инсулинорезистентностьопределялась у 28,6% детей с ожирением. МС верифицировался (ВОЗ, 1999) у 14,3% детей 1-й группы. Уровни адипоцитокинов в 1 группе составили – гиперлептинемия у 100% детей с ожирением, уровни адипонектина были в пределах нормы. Клинико-

лабораторные исследования 2-й группы выявило: гиперлептинемию в 50% случаев у детей, в 25,0% случаев – АГ, гипергликемию, гиперхолестеринемию, высокий индекс НОМА и соответственно МС.

Выводы. Таким образом, ожирение у детей с абдоминально-висцеральным типом перераспределения жировой слоя сопровождается высоким уровнем лептина и значительными метаболическими нарушениями, что требует углубленного исследования и будет являться основой для направленного регулирования борьбы с ожирением и профилактики формирования метаболического синдрома у этих детей.

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ГЕРИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Нурмухамедова Р.А, Расулова М.И.
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей.

В пожилом возрасте болезнь и смерть чаще всего являются результатом хронических патологических состояний, тогда как в молодом возрасте основные причины заболеваний и смертности относятся к ряду острых патологий. Более того, пожилые пациенты обычно страдают от целого ряда хронических нарушений, на которые накладываются острые заболевания. Разграничение наступающих в организме человека перемен, связанных с процессом старения, и патологических процессов имеет большое практическое значение не только для определения механизмов процесса старения, но и для проведения соответствующего профилактического лечения и поддержания здоровья. Перекрестные и продолжительные клинические исследования показали, что у значительной части пожилых пациентов наблюдается связанное с процессом старения снижение функциональных резервов основных органов и систем, т.е. метаболических нарушений.

Некоторые проблемы лекарственной терапии у пожилых связаны с возрастными изменениями, отражающимися на распределении, метаболизме, выведении, чувствительности соответствующих рецепторов к лекарственным препаратам и связывающей способности. Наибольшую озабоченность вызывает способность медикаментов образовывать связи с белками и растворимость их в липидах у пожилых. Содержание липидов в организме возрастает по мере старения на 25-40%, в то время, как количество альбуминов и протеинов снижается, как следствие, повышается концентрация свободного, не связанного лекарственного препарата в крови, а также пролонгируется или появляется отсроченный токсический эффект. Практическое влияние данного процесса на систему здравоохранения имеет особенно большое значение. На эту группу населения тратится непропорционально много рабочего времени врача, приходится гораздо больший процент направлений на госпитализацию, им требуется более массивное медикаментозное лечение. В связи с тем, что население продолжает стареть, можно ожидать нарастание потребности во врачах, оказывающих медицинские услуги пожилому населению, ожидается, что это будут, в основном, врачи общей практики.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ.

Оврах Т.Г., Серик С.А., Ченчик Т.Н.
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина.

Цель - оценить показатели тромбоцитарного гемостаза на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) при приеме аторвастатина и розувастатина.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС с СД и 15 больных ИБС без СД, получавших после острого коронарного синдрома ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут) и статины в течение (6±2) недель. Пациенты с ИБС и СД были разделены на 2 группы: 1группа принимала аторвастатин в дозе 40-80 мг, 2 группа – розувастатин в дозе 20-40 мг. Группу сравнения составило 15 лиц без ИБС и СД, не принимавших антитромбоцитарные препараты и статины. Оценивали суммарный индекс агрегации тромбоцитов при АДФ- и арахидонат-индуцированной агрегации (СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат), показатели липидного спектра крови (общий холестерин (ОХС), ХС ЛПВП, триглицериды (ТГ), ХС ЛПНП).

Результаты. Установлено, что на фоне ДАТ СИАТ-арахидонат у больных ИБС с СД ((13,01±1,57) %) был достоверно выше, чем у больных ИБС без СД ((5,87±2,34) %), ($p<0,05$). Значимых различий по СИАТ-АДФ ((53,03±4,11) % и (54,48±3,86) %, соответственно) между этими группами не выявлено.

СИАТ-АДФ и СИАТ-арахидонат у лиц группы сравнения ((75,58±3,46)% и (30,64±5,14)% соответственно), а также уровни ОХС ((5,68±1,12) ммоль/л), ХС ЛПВП ((1,4±0,47) ммоль/л), ТГ ((1,62±0,58) ммоль/л), ХС ЛПНП ((3,55±1,03) ммоль/л) были достоверно выше, чем у больных ИБС с СД и ИБС без СД.

СИАТ-АДФ и СИАТ-арахидонат у больных ИБС с СД при приеме розувастатина ((48,37±3,25)%) и ((9,04±1,27) %) были достоверно ниже, чем у больных ИБС с СД при приеме аторвастатина ((58,65±4,13)%) и ((13,62±2,15) % соответственно), ($p<0,05$).

Показатели ОХС, ХС ЛПВП, ТГ, ХС ЛПНП у пациентов ИБС и СД на фоне терапии аторвастатином ((3,58±1,17) ммоль/л, (1,02±0,19) ммоль/л, (1,49±0,72) ммоль/л, (1,88±0,84) ммоль/л соответственно) достоверно не отличались по сравнению с розувастатином ((3,49±0,78) ммоль/л, (1,05±0,27) ммоль/л, (1,50±0,89) ммоль/л, (1,76±0,52) ммоль/л соответственно),($p>0,1$).

Выводы. Таким образом, СИАТ-арахидонат при приеме ДАТ у больных ИБС и СД выше, чем у больных без СД. У больных с ИБС и СД на фоне терапии розувастатином, ДАТ эффективнее блокирует АДФ- и арахидо-

нат-индуцированную агрегация тромбоцитов, в сравнении с аторвастатином.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Опарин А.А., Внукова А.С.
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина.

Цель. Изучение особенности вариабельности артериального давления, сердечного ритма и липидного спектра крови у больных подагрой с сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ) с учетом психосоматического состояния пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две группы пациентов по 15 человек – больные подагрой без сопутствующей патологии в возрасте 30-45 лет и больные подагрой с сопутствующей гипертонической болезнью. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц того же возраста. Показатели артериального давления определялись суточным монитором АД и ЭКГ MeditechCardioTens (производство Венгрия). Показатели сердечного ритма исследовались суточным монитором электрокардиосигналов SDM3 (производство Украина). Оценка липидного спектра крови проводилась полуавтоматическом биохимическом анализаторе 19+ StatFaxAvarenessTechnologyinc. (производство США). О психосоматических расстройствах (ПСР) судили по опросникам Айзенка, краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF). ЭхоКГ с цветным картированием проводилось на УЗИ-аппарате Siemens “SonolineG40” (производство Германия). Статистическая обработка данных проводилась параметрическими и непараметрическими методами.

Результаты. Установлено, что у больных подагрой с сопутствующей ГБ отмечается нарушение вариабельности артериального давления в виде подъема АД в ночные часы. При этом у больных подагрой без сопутствующей патологии такой тенденции отмечено не было. У больных подагрой отмечена большая частота возникновения нарушений сердечного ритма (экстрасистолическая суправентрикулярная и желудочковая аритмия) по сравнению с контрольной группой. Установлено значимое повышение уровня общего холестерина, триглицеридов и ЛПНП, а также снижение содержания ЛПВП в сыворотке крови у больных подагрой с сопутствующей патологией по сравнению с контрольной группой. У больных подагрой с сопутствующей патологией и без нее отмечено ПСР в виде астено-невротического синдрома, однако в группе без сопутствующей гипертонической болезни астено-невротический синдром выражен в меньшей степени. В контрольной группе ПСР не наблюдалось. Была выявлена четкая корреляционная зависимость между степенью варибельности АД, сердечным ритмом и липидным спектром крови с клинической карти-

ной заболевания и особенностями психосоматического статуса пациентов.

Выводы. Таким образом, у больных подагрой с сопутствующей ГБ отмечается повышение АД, преимущественно в ночное время. Отмечено возникновение нарушений сердечного ритма в виде экстрасистолической суправентрикулярной и желудочковой аритмии у больных подагрой с сопутствующей патологией и без неё. У больных подагрой установлено существенное изменение липидного спектра крови. Также отмечаются достоверные ПСР у больных с подагрой с сопутствующей ГБ, превышающие не только данные показатели у лиц контроля, но и показатели группы сравнения. Между особенностями АД, ритмограммы, липидным спектром крови, ПСР и клинической картиной заболевания выявлена четкая корреляционная зависимость.

ЭССЕНЦИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Очилова Д.А., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Манглиева М.Р., Абдулхакимов Ш.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.
Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон

Мақсад. Дислипидемия мавжуд беморларда эссенциал гипертониянинг кечиш хусусиятларини ўрганиш

Материал ва услублар. Тадқиқотларда ГК ташхиси қўйилган (ЖССТ,1999) 46-72 ёшдаги (ўртача ёши 59,8±7,71) 84 та бемор қатнашди. Барча беморларда қондаги липидлар спектри - умумий холестерин (УХ), триглицеридлар (ТГ), зичлиги паст липопротеидлар (ЗПЛП) ва зичлиги юқори липопротеидлар (ЗЮЛП) миқдори аниқланди. Лаборатор кўрсаткичлар асосида қонда липидлар алмашинуви бузилишлари мавжуд 56 нафар бемор асосий гуруҳ сифатида ўрганилди. Назорат гуруҳи сифатида артериал гипертония ташхиси қўйилган 28 нафар шу ёшдаги қонда липидлар миқдори меъёрда бўлган беморлар олинди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам артериал қон босимини суткалик мониторингги (АБСМ) ўтказилиб олинган натижалар таҳлил қилинди.

Натижаларнинг таҳлили. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 30 тасида (53,6%) 1 даражали АГ, 19 тасида (33,9%) 2 даражали АГ ва 7 тасида (12,5%) 3 даражали АГ аниқланди. Назорат гуруҳида 17 та (62,7%) 1 даражали АГ, 8та (28,5%) 2 даражали АГ ва 3 та (10,7%) 3 даражали АГ қайд қилинди. Тадқиқот гуруҳида беморларнинг систолик қон босими 165,7±52,3мм.сим. уст.ни, диастолик қон босими 97,6±27,4 мм.сим.уст.ни ташкил қилди.

Назорат гуруҳида систолик ва диастолик қон босими мос равишда 157,3±48,9 ва 99,1±26,7 мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Асосий гуруҳда қонда УХ миқдори (7,8±2,83 ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори (2,82±1,33 ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори (5,4±2,13 ммоль/л), ЗЮЛП миқдори (0,94±0,28 мг/дл) ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида УХ миқдори (4,2±1,54 ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори (1,22±0,42 ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори (2,49±1,03 ммоль/л), ЗЮЛП

миқдори (1,24±0,32 мг/дл) ни ташкил қилди. Барча беморларда АБСМ ўтказилди ва қон босимининг тунги пасайиш даражасига кўра диппер (АБ тунги пасайиш даражаси 10-20%), нон-диппер (0-10%) овер-диппер (≥20%) ва найт-пикер (≤0%) гуруҳларга ажратилди. Асосий гуруҳда 27 (48,2%) беморда тунги пасайиш даражаси 13,4% (диппер), 21(37,5%) беморда тунги пасайиш даражаси 8,8% (нон-диппер), 5 (8,9%) беморда тунги пасайиш даражаси 21,7% (овер-диппер), 3(5,3%) беморда тунги пасайиш даражаси -5,3% (найт-пикер) эканлиги аниқланди. Назорат гуруҳида 19 (67,8%) беморда тунги пасайиш даражаси 16,4% (диппер), 6 (21,4%) беморда тунги пасайиш даражаси 7,9% (нон-диппер), 2 (7,1%) беморда тунги пасайиш даражаси 23,6%(овер-диппер), 1(3,6%) беморда тунги пасайиш даражаси -3,2% (найт-пикер) экани қайд этилди.

Хулоса. Эссенциал АГ ташхиси қўйилган, қонда дислипидемия аниқланган пациентларда артериал босимининг тунги пасайиш даражаси липидлар алмашинувининг бузилиши қайд этилмаган гипертоникларга нисбатан сезиларли камлиги аниқланди. Тадқиқотлар натижалари асосида айтиш мумкинки, дислипидемия АГ кечиши ва унинг коррекциясига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади.

ВЛИЯНИЕ АФИННО ОЧИЩЕННЫХ АНТИТЕЛ К АННАБИНОИДНОМУ РЕЦЕПТОРУ I ТИПА НА ПИЩЕВОЕПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Просоленко К.А.
Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Цель исследования – оценить влияние афинно очищенных антител к каннабиноидному рецептору I типа на пищевое поведение у пациентов с НАЖБП.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с ОЖ 1 степени и НАЖБП. Женщин – 15 (50%) и мужчин - 15 человек (50%). Возраст пациентов 30-45 лет. Средний возраст составил (37,4±4,1) лет. Все пациенты были обследованы в соответствии с современными протоколами ведения больных с НАЖБП и ожирением 1 степени. Все включенные в исследование пациенты не соблюдали гипокалорийную диету и не выполняли специальную программу физических нагрузок. Применялся препарат афинно очищенных антител к каннабиноидному рецептору I типа «Диетресса» («Материа Медика Холдинг», РФ) назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки за 15 минут до еды. Курс лечения – 90 дней.Усреднённая самооценка степени выраженности чувства голода по сравнению с исходными показателями оценивалась пациентами по визуально аналоговой шкале (ВАШ) на 12-й неделе.

Оценка пищевого поведения проводилась по данным суммарного балла доменов опросника DEBQ на первом визите и через 12 недель лечения. DEBQ - этот опросник, разработанный голландскими учеными в 1986 году, позволяет причины нарушения пищевого поведения пациента. Основных причин может быть три. Первая — неспособность устоять пе-

ред вкусной едой, ее аппетитным запахом и видом (экстернальное пищевое поведение). Вторая — привычка заедать эмоции (эмоциогенноепищевое поведение). Третья — стремление жестко ограничивать себя в еде (ограничительное пищевое поведение). Оценка проводится по специальной схеме и в норме средний бал по первой части 2,7, по второй – 1,8, по третей - 2,4.

Результаты: По данным проведенного исследования, Диетресса эффективно снижала чувство голода у пациентов. Прием Диетрессы способствовал снижению выраженности чувства голода у пациентов по 10-бальной ВАШ, в первую очередь в вечернее время, с 7,2±0,63 до 5,2±0,57 баллов, $p<0,05$.

После проведения оценки баллов опросника DEBQ, мы проанализировали данные полученные относительно пищевого поведения обследованных больных в динамике наблюдения у всех больных. Нами не было выявлено достоверной разницы показателей по рубрикам эмоциогенного пищевого поведения (РЭмПП) и ограничительного пищевого поведения (РОПП) до и после проведенной терапии. Однако отмечались достоверные сдвиги в сторону нормализации по рубрике экстернального пищевого поведения (РЭкПП). Отмечено снижение до 2,7±0,23 баллов на 12 неделе наблюдения против 3,4±0,26 баллов до начала лечения ($p<0,05$), что свидетельствовало о существенном уменьшении внешней стимуляции на желание принимать пищу.

Выводы. Применение афинно очищенных антител к каннабиноидному рецептору I типа эффективно снижает чувство голода и массу тела у пациентов с НАЖБП и ожирением 1 степени, а также эффективно воздействует на экстернальный тип пищевого поведения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТОБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПЕСТИЦИДАМИ

Расулова М.И., Садырова М.А., Юнусова А.В.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Материал и методы. Из 102 пациентов, работающих на складах, дезинфекторов и трактористов ОВХ со стажем работы от 10 до 15 лет на основании жалоб, объективных и функциональных исследований диагностирована хроническая интоксикация пестицидами. Для оценки функционального состояния печени были проведены у 40 мужчин (37%) биохимические показатели – уровень глюкозы, содержание гликогена, пировиноградной и молочной кислот, количества общего белка, активности ферментов, участвующих в переносе электродов по дыхательной цепи и катализирующих отдельные звенья обмена веществ, малатдегидрогеназы (МДГ), сукцинатдегидрогеназы (СДГ), глутамат-дегидрогеназы (ГДГ) и другие показатели крови больных определялось при поступлении и перед выпиской их из стационара. Биохимические исследования проводились колориметрическим и спектрофотометрическим методами.

Результаты. О нарушениях углеводного, белкового, пигментного обменов, можно судить не только по повышению глюкозы в крови (5,02+0,07 ммоль/л по сравнению контрольной группой 3,67+0,04 ммоль/л), но и по содержанию пировиноградной (313,0+9,17 против контроля 152,4+4,62 ммоль/л) и молочной кислот (2,47+0,04 против контроля 1,63+0,02 ммоль/л).

Дополнение к традиционному лечению тиотриазалина, отваров шиповника и кукурузных рыльцев привело к достоверному снижению содержания глюкозы в крови, пировиноградной и молочной кислоты до нормальных величин. Количество общего белка после лечения незначительно повысилось, а уровень общего билирубина остался без изменений. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение тиотриазалина, отваров шиповника и кукурузных рыльцев значительно улучшает метаболизм углеводно-энергетического обмена и активизирует ферменты дигидрогеназ (МДГ, СДГ, ЛДГ), о чем свидетельствует достоверное улучшение субъективных, объективных и функциональных (УЗИ, ЭКГ) состояний больных с хронической интоксикацией пестицидами.

Выводы. При добавлении к традиционной терапии тиотриазалина, отваров шиповника и кукурузных рыльцев у 33 мужчин (82%) улучшаются ферментативные функции печени. Уровень показателя гиперлактацидемии показывает тяжесть интоксикации организма пестицидами. Растительные препараты восстанавливают не только ферментативную функцию печени, но и улучшают функциональное состояние сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

СВЯЗЬ A69314G ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TNAP С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА.

Розуменко И.А., Форкерт И.А.
Сумский государственный университет, Сумы, Украина

Цель работы. Изучение связи A69314G полиморфизма гена TNAP с развитием ОКС у лиц с нормальным и повышенным ИМТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 118 больных с ОКС и 110 практически здоровых пациентов, венозную кровь которых использовали для исследования. ДНК из нее выделяли, используя наборы «Изоген» (Россия). Определение A69314G (rs3200255) полиморфизма гена TNAP проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции с последующим анализом длины рестрикционных фрагментов.Амплификаты изученного фрагмента гена TNAP после рестрикции разделяли в 2,5% агарозном геле, содержащем 10 мкг / мл бромистого этидия. Горизонтальный электрофорез (0,13А; 200V) проводили в течение 25 мин. Визуализацию ДНК после электрофореза осуществляли с помощью трансиллюминатора ("Биоком", Россия). Статистический анализ проводили с использованием программы SPSS-17. При этом достоверность различий определяли по χ^2-критерию. Значение P <0,05 считали

достоверным. Отношение шансов (OR) и 95%-ный доверительный интервал рассчитывали с помощью метода логистической регрессии.

Результаты. Установлено, что нет достоверной разницы в распределении аллельных вариантов гена TNAP по A69314G полиморфизму у больных с ОКС с ожирением и без ожирения (χ^2 = 0,576; P = 0,448). У пациентов с ИМТ <25 кг/м^{2}нет статистически значимых различий между исследуемым полиморфизмом и развитием ОКС (χ^2 = 0,027; P = 0,869). Лиц с ИМТ ≥25 кг/м^{2}в контроле с A/A генотипом было 85,9%, а с A/G+G/G генотипом – 14,1%. Соотношение аллельных вариантов у больных с ОКС составляло 68,0% и 32,0% соответственно. Таким образом, у носителей минорного аллеля с ИМТ ≥25 кг/м^{2}риск развития ОКС достоверно выше, чем у гомозигот по основному аллелю (χ^2 = 7,558; P = 0,006). В результате расчетов методом логистической регрессии также было установлено, что риск возникновения ОКС у пациентов с A/G+G/G генотипом с ИМТ ≥25 кг/м^2 в 2,9 раза выше, чем с генотипом A/A. Как у практически здоровых индивидуумов (χ^2 = 1,002; P = 0,317), так и у больных с ОКС (χ^2 = 0,541; P = 0,462) не было зависимости между исследуемым однонуклеотидным полиморфизмом и ИМТ. У пациентов с A/A генотипом не выявлено достоверной связи между ИМТ и развитием ОКС (χ^2 = 1,413; P = 0,235). Среди носителей минорного аллеля (A/G+G/G) в контрольной группе лиц с ИМТ <25 кг/м^2 было 38,9%, а с ИМТ ≥25 кг/м^2 – 61,1%. Соотношение нормального и повышенного ИМТ среди больных с ОКС было 13,9% и 86,1% соответственно. Так, у пациентов с A/G+G/G генотипом и ИМТ ≥25 кг/м^2 риск развития ОКС достоверно выше, чем у лиц с нормальной величиной этого показателя (χ^2 = 4,339; P = 0,037).

Выводы. Таким образом риск возникновения ОКС у носителей минорного аллеля (A/G+G/G) по A69314G полиморфизму гена TNAP с ИМТ ≥25 кг/м^{2}в 2,9 раза выше, чем у гомозигот по основному аллелю (A/A). У лиц с A/G+G/G генотипом и повышенной величиной ИМТ риск развития ОКС выше, чем у пациентов с нормальным значением ИМТ.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ДУПЛЕКОР» У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рузиев О.А., Мавлонов Н.Х., Манглиева М.Р., Ражабова Г.Ҳ.
Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: Изучение гипотензивного действия препарата «дуплекор» у больных с АГ, сочетанной с гиперхолестеринемией, гиперлипопротеинемией, сахарным диабетом, ИБС.

Методы исследования: Контролированное лечение дуплекором получали 28 пациентов в возрасте от 39 до 52 лет с гипертонической болезньюII-III стадии, II-III степени и имеющие 2 и более факторов риска. В группу наблюдения включались больные с ИБС, гиперхолестеринемией,гиперлипопротеинемией (повышенное количество холестерина и ЛПНП без клинически выраженных симптомов ИБС), сахарным диабетом. Не включались в группу наблюдения больные с повышенной активностью печёночных ферментов более 3 раз от нормы, женщины в грудном

вскармливании и подростки. Всем больным назначался дуплекор5+10мг 1 таб. вечером.

Результаты: Через 2 недели приема АД достигло целевых значений. Через 3 недели после начала приёма препарата в анализах крови наблюдалось снижение уровня ЛПНП.

Выводы: Препарат Дуплекор хорошо переносится и не вызывает серьезныхнежелательных реакций. Из нежелательных реакций отмечались: головная боль (3,5%) не требующая отмены препарата, которые прошли в дальнейшем припродолжении лечения.Таким образом комбинация блокатора кальциевых каналов и ГМГ-КоА-редуктазы обладают достаточно выраженным гипотензивным и гиполипопротеинемическим эффектом.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ЮРАК ЭКТОПИК АКТИВЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рузиев О.А., Очилова Д.А., Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Эргашев М.,
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон
Бухоро вилоят кардиология диспансери, Бухоро, Ўзбекистон

Мақсад-миокард инфаркти ўтказган беморларда ЭКГни холтер мониторлаш орқали миокарднинг эктопик активлиги хусусиятларини аниқлаш

Материал ва услублар: Тадқиқотларда анамнезида 48-67 ёшдаги (ўртача ёши 56±6,2) МИ ўтказган 38 нафар I-III даражали АГси бор беморлар ва 25 нафар (ўртача ёши 58,5±5,7) I-III даражали АГси бор МИ ўтказмаган беморлар иштирок этдилар. Беморларнинг барчасида ЭКГни сутка давомида холтер мониторлаш (ХМЭКГ) ва артериал қон босимининг суткалик мониторингги (АБСМ) ўтказилди. Натижалар статистик усулда таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Олдинги девор МИ ўтказган беморларда кўпроқ политоп қоринча усти экстрасистолияси (ҚУЭС) 42,6% аниқланди. Орқа девор инфарктларини ўтказган беморларда политоп ҚУЭС 18,3%ни ташкил этди. Қоринчалар экстрасистолиясини (ҚЭС) таҳлили шуни кўрсатдики, олдинги девор МИ ўтказган беморларда кўпроқ бигемения типидаги ҚЭС (36,6%), политоп ҚЭС (32,8%) ва қўш ҚЭ (25,4%) учради. Орқа девор МИ ўткаазган беморларда бу кўрсаткичлар мос равишда 17,5%, 20,8% ва 12,2%ни ташкил қилди. МИ ўтказмаган АГ бор беморларда кўпроқ монотоп ҚУЭСнинг учраши кайд қилинди. МИ ўтказмаган беморларда АГ даражаси ошиб бориши билан ЭС частотаси ва аҳамияти ортиб боради. АБСМ натижаларига кўра қон босимининг тунги пасайиш даражаси МИ ўтказган беморларда сезиларни камайиши (нон-диппер-45,3%) ва ортиб кетиши (овер-диппер-28,4%) кузатилди. МИ ўтказмаган гипертоникларда қон босимининг тунги пасайиш даражаси меъёрий кўрсаткичга эга экани (диппер-72,8%) экани кўпроқ кузатилди. Меъёрдан кам пасайиши ва ортиқча пасайиши (13,9% ва 9,6% мос равишда) камроқ аҳамият касб этди.

Хулоса: Анамнезида МИ ўтказган артериал гипертонияси мавжуд беморларда ҳаётга хавф солувчи ҚУЭС ва ҚЭС учраш частотаси сезиларли даражада юқори ва бу беморларнинг реабилитациясида муҳим ахамиятга эга.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Сабиров М.А., Даминова К.М., Бабажанова Н.Р., Каюмов Н.У., Саидходжаева О.Н.
ТашГосСИ, ТашПМИ

Цель исследования: изучить степень тяжести и течение ХБП при сочетании управляемых и неуправляемых факторов риска.

Материал и методы:Обследованы 32 больных ХБП, поступивших на лечение в отделение нефрологии 3 клиники ТМА. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 16 больных с ХБП II стадии, вторую группу составили 16 больных с ХБП III стадии. Из неуправляемых факторов риска были изучены: фенотипы группы крови, возраст, пол и генетическая предрасположенность у больных ХБП. В дальнейшем проведен сравнительный анализ сочетания управляемых и неуправляемых факторов риска у больных 1 и 2 групп.

Результаты и обсуждение. Из исследованных больных ХБП 3 стадии – II группа - 17 (65,4%) составили мужчины, а в I группе больных было большинство женщин (53,8%). Средний возраст больных составил 41,5г, при этом в I группе большинство больных были в возрасте после 35 лет (76,9%), а во II группе – до 35 лет (65,4%). Продолжительность заболевания у больных с ХБП 3 стадии (II группа) составила более 2х лет практически у всех пациентов (92,3%). Кроме этого у больных II группы отмечен отягощенный семейный анамнез. У больных I группы наблюдалась следующая распространенность групп крови: 0(I)- 7(43,7%); A(II)- 3(18,7%); B(III)- 5(31,2%); AB(IV) – 1(1,2%). При этом во II группе больных с ХБП 3 стадии достаточно чаще - 8(50%) выявлялась A(II) группа крови, остальные же группы крови выявлялись следующим образом – 0 (I)- 3(18,7%); B(III)- 4(25%); AB(IV) – 1 (1,2%). Это свидетельствует генетической связи этой группы крови с хронической почечной недостаточностью, что может быть использовано в качестве генетического прогностического маркера. Данные результаты изучения неуправляемых факторов риска, полученные в ходе исследования больных ХБП, были сопоставлены с результатами изучения управляемых факторов риска. Отмечено, что у 18 больных (69,2%) при сочетании неуправляемых факторов риска с управляемыми отмечен переход в более тяжелую стадию течения болезни, т.е. 3 стадию у данных больных. При этом у больных I группы, имевших сходные показатели неуправляемых факторов риска, но у которых не было явного сочетания с управляемыми факторами риска, не отмечался переход в более тяжелую степень течения болезни, хотя продолжительность заболевания у всех больных была сходна.

В результате проведенного исследования выделены управляемые (курение, прием алкоголя, уровень артериального давления, количество

потребления поваренной соли и липидный спектр) и неуправляемые (фенотипы группы крови, возраст, пол и генетическая предрасположенность) факторы риска терминальной ХПН у больных с ХБП. Определены клинические критерии при сочетании управляемых и неуправляемых факторов риска у больных с ХБП: группа крови, возраст, пол при наличии неконтролируемых управляемых факторов риска. Разработан протокол ведения больных с ХБП с учетом нозологической формы и стадии заболевания, позволяющий улучшить качество жизни больных и отдалить начало терминальной ХПН.

Таким образом, следует отметить, что сочетание неуправляемых факторов риска с управляемыми без их коррекции у больных мужского пола, в возрасте после 35 лет, с фенотипом группы крови А(II) и продолжительностью заболевания не менее 2х лет в сочетании с курением, неконтролируемым использованием алкоголя, неконтролируемым уровнем артериального давления, не соблюдения диеты приводит к быстрому наступлению 3 стадии ХБП с повышением риска исхода в терминальную почечную недостаточность.

Выводы:1. С целью оценки степени тяжести ХБП следует проводить у них анализ сочетания неуправляемых и управляемых факторов риска.2. При наличии у больных ХБП сочетания мужского пола, А(II) группы крови, возраста выше 35 лет, при наличии некорригируемых управляемых факторов риска проводить раннюю профилактику осложнений болезни.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Садикова Н.Ғ., Тоирова К.Б.
Тошкент Тиббиёт Академияси.Тошкент,Ўзбекистон

Мақсад: Қандли диабет 2 тур беморларида артериал гипертензияни кечишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текширувга биз 20 қандли диабет тип 2 (ҚД) билан оғриган беморларни олдик. Улар Тошкент тиббиёт академиясининг 3- клиникасининг эндокринология бўлимида даволанганлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 56,6±2,25 ёш, касаллик давомийлиги 10,4±1,32 йил. Қонда қанд миқдорини тушириш мақсадида сулфанилмочевина унумлари ва бигуанид гуруҳига кирувчи дори воситаларини қабул қилганлар. Гипотензив дори воситалари уларга тавсия этилмаган. Назорат гуруҳига 10 соғлом кишилар киритилди, уларнинг ўртача ёши 52,3±2,1 ёш. Кузатувга олинган барча беморларда диабетик автоном нейропатиянинг (ДАН) кардиоваскуляр шаклини аниқлаш учун D.Ewing бўйича кардиоваскуляр тестлар ўтказилди. Тестлар мусбат бўлган беморлар текширувнинг асосий гуруҳига киргизилди. Артериал гипертензияни кечишини ўрганиш учун систолик (САБ) ва диастолик артериал босими (ДАБ)кундузи ва кечки соатларда ўлчанди. САБ ва ДАБ кечки соатларда 10-22% тушиши кузатилса dipper деб, етарли даражада пасаймаса non – dipper,аксинча ошиб кетса night-piker деб қабул қилинди. Углевод

алмашинувини кечишини аниқлаш учун қонда қанд миқдори наҳорга ва овқатдан кейин текширилди, шунингдек гликирланган гемоглобин аниқланди.

Натижалар.Текширувга киритилган асосий гуруҳдаги беморларниг ўртача қонда қанд миқдори 8,5±0,8 ммоль/л, овқатдан кейин 10,3±1,3 ммоль/л,гликирланган гемоглобин 9,4%. Бу беморларнинг ўртача тана вазни индекси 24,8±1,7 га тенг бўлди. Дислипидемия кўрсаткичидан асосий гуруҳда холестерин ўртача 6,3±0,47 ммоль/л, назорат гуруҳида эса 5,2±0,5 ммоль/л бўлиши кузатилди (p<0,1). Текширилаётган беморларимизда артеирал гипертензия аниқланиб, ўртача эрталабки систолик артерил босим (САД) 127,0±9,4 мм.сим.уст., кечки САД 145,3±11,8 мм.сим.уст.(p<0,1), эрталабки диастолик артериал босим (ДАД) 81,2±3,98, кечки ДАД 88,7±5,5 мм.сим.уст. бўлди (p<0,05).Кузатувларимиз шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги беморларда non – dipper 60% (8 беморда), night-piker 40% (12 беморда) аниқланди. Назорат гуруҳига кирган беморларда non – dipper ва night-piker ҳолатлари қайд қилинмади. Қандли диабет тип 2 беморларида қон босимини кечки соатларда 10 мм сим.уст.га ошиши кардиоваскуляр асоратларни ривожланишига сабаб бўлади. Кечки соатларда қон босимини тушмаслиги беморларда ДАН кардиоваскуляр шакли каби асорати ривожлангани сабаб симпатик ва парасимпатик фаолликни дисбаланси юзага келиб, кечаси симпатик иннервацияни устунлиги билан изоҳланади. Мазкур ўзгариш ҚД беморларида ДАН кардиоваскуляр шакли билан боғлиқ.

Хулоса.Қандли диабет 2 тур беморларда диабетик автоном нейропатиянинг кардиоваскуляр шаклида қон босими кечки соатларда ошиши кузатилиб, юрак қон томир асоратлари ривожланиш хавфини оширади.

МЕТАБОЛИЗМ ИМПЛАНТАТА ИЗ ОКСИЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ

Садыков Р.А., Сарымсаков А.А.
АО «РСЦХ им акад. В.Вахидова»

Цель. Изучение особенностей биодеградации и метаболизма окисленной целлюлозы в эксперименте.

Метериал и методы: в качестве исследуемого материала выбрана окисленная целлюлоза (ОЦ) в виде порошка. Эксперименты выполнены на половозрелых крысах породы Вистар весом 200±20гр в количестве 30 штук. Использована модель раны печени размером 1см^2 со смешанным кровотечением. Для этого под общим флуорановым наркозом выполнялась лапаротомия, выводилась в рану правая доля печени. Формировалась плоскостная рана печени с активным кровотечением. Для остановки кровотечения использован порошок окисленной целлюлозы. В группе контроля - натуральная целлюлоза. Морфологические исследования проводились в сроки 1,3,7,14,30 суток после операции.

Результаты. Установлено, что при использовании для остановки кровотечения НЦ в 30% случаев наблюдалось продолжение кровоточи-

вости, что потребовало повторных его использований . В последующие сроки наблюдений отмечалась выраженная воспалительная реакция, которая нарастала к 7 суткам после операции в виде спаечного процесса с вовлечением сальника и окружающих органов. В области раны имелась инфильтрация с участками осумкованных гнойников. В отдаленные сроки рассасывания НЦ не отмечено.Морфологическими исследованиями установлено, что разрушение ОЦ начинается через 1 сутки после имплантации и полностью завершается к 14 суткам. Спаечный процесс не выражен. Воспалительная реакция выражена умерено. Метаболизм осуществляется в виде растворения, начиная с 19 часов после имплантации и биодеструкции путем фагоцитоза в течение 14 суток.

Выводы. Таким образом, окисленная целлюлоза является одним из перспективных гемостатических имплантатов ввиду его биоинертности и отсутствия токсичности. Сроки рассасывания ОЦ зависят от способа окисления и условий его использования.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА Na-Ca КМЦ

Садыков Р.А., Сарымсаков А.А.
АО «РСЦХ им акад В.Вахидова»

Цель. Изучение токсичности и метаболизма натрий-кальций карбокиметилцеллюлозы в эксперименте

Материалы и методы. В качестве исследуемого материала использована натрий КМЦ с различной степенью замещения ее кальцием. Исследования выполнялись с различными формами КМЦ в условиях invitro и invivo. Применялись модели с формированием раны печени, а также подкожной имплантацией, введением коллоидных растворов внутрибрюшинно. Эксперименты выполнены на половозрелых крысах породы Вистар весом 200±20гр в количестве 30 штук. Использована модель раны печени размером 1см^2 со смешанным кровотечением. Для этого под общим флуорановым наркозом выполнялась лапаротомия, выводилась в рану правая доля печени. Формировалась плоскостная рана печени с активным кровотечением. Для остановки кровотечения использован порошок Na-Ca КМЦ. Морфологические исследования проводились в сроки 1,3,7,14,30 суток после операции.

Результаты. Установлено, что применение полимерного материала в виде пленки или порошка практически сразу останавливает кровотечение из раны печени. В течение наблюдений рецидива кровотечения не отмечено. Заживление происходит с формированием плотной пленки фибрина без выраженной воспалительной реакции. При введении коллоидного раствора Na-Ca КМЦ внутрибрюшинно токсический эффект не выявлен. Na-Ca КМЦ достаточно быстро растворяется в воде и начинает всасываться в кровь или вымываться в тканевую жидкость. Значительная часть Na-Ca КМЦ рассасывается уже в первые дни после имплантации.

По данным морфологических исследований имплантат полностью элиминируется на 3 сутки после операции. Растворенный имплантат выносится с током крови из печени, распределяется по органам и элимини-

руется с мочой и фекалиями. По данным исследований 81% КМЦ выводится с мочой, и только 19 % - с фекалиями. С мочой выводится низкомолекулярная фракция КМЦ, которая проходит через постгломерулярные структуры почечной ткани. Основная масса низкомолекулярной КМЦ выводится из организма в течение 10 суток. По данным морфологических исследований определяющими условиями процесса рассасывания КМЦ являются гидролиз основной цепи, фагоцитоз и микрофагальный пиноцитоз.

Выводы. Таким образом Na-Ca КМЦ является полимером, который может найти применение в качестве гемостатического имплантата с заданными характеристиками.

ВЛИЯНИЕ ИНДИФФЕРЕНТНОГО СПЕКТРА СВЕТА НА СВОБОДНО - РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЛИПИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ.

(экспериментальное исследование)

Садыкова Г. А., Рахматуллаев Х. У., Касимова Г. М.
АО Республиканский специализированный научно практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение воздействия индифферентной фототерапии с синим и зелёным спектром света на свободно - радикальные процессы липидов в эритроцитах крови при экспериментальном хроническом воспалении лёгких.

Материал и методы. У 30 половозрелых беспородных крыс самцов весом 180-250 гр по методу Батыровой З.Б и Шамирзаева Н.Х. (1992) произведена экспериментальная модель хронического воспаления легких (э-ХВЛ). В опытной группе проведено лечение КИС через синий и зелёный светофильтры с длиной волны от 400 до 540 нм, в контрольной - КИС без светофильтров с длиной волны 600 и более нм. Процедуры отпускали на спину крыс с помощью аппарата «СЛУ-2» ежедневно по 10 мин, на курс 10 процедур. Перекисное окисление липидов (МДА) в эритроцитах изучали по методу Стальная И.Д., Гришвли Т. Г., (1977), супероксиддисмутазу (СОД) по методу Мхтарян В.Г., с соавторами (1970). Исследования проводили до лечения, после 5-10 процедур и на 30 день последействия фактора.

Результаты. Установлено, что при э-ХВЛ, перекисное окисление липидов претерпевает глубокие изменения. Так, содержание МДА в эритроцитах крови повышается с 0,048 ± 0,004 до 0,078 ± 0,006 м.моль на фоне подавления антиоксидантной системы СОД от 0,094 ± 0,008, до 0,056 ± 0,005 ус.ед.мл. эритроцитов. Следовательно, в мембранах эритроцитов возникает превращение стационарной концентрации супероксидного анион-радикала и синглетного кислорода.

Данные вещества повреждают мембрану эритроцитов путем окисления ненасыщенных жирнокислотных радикалов липидов как наиболее лабильных компонентов мембран с образованием перекисных со-

единений, в частности МДА. Выявленное снижение СОД создает условия для неконтролируемого увеличения содержания супероксидных анион - радикалов, что способствует изменению функциональной активности эритроцитов и вызывает необратимое повреждение последних. Курсовое воздействие КИС и КИС со светофильтрами, способствует уменьшению продуктов перекисного окисления липидов в эритроцитах крови при э-ХВЛ. После 10 процедур в контрольной группе МДА составляет 0,071 ± 0,006 м.моль, в опытной группе 0,062± 0,005 м.моль, СОД в контрольной группе составляет 0,047± 0,004 ус.ед. мл, в опытной группе 0,056±0,005 ус.ед.мл. Аналогичные явления отмечаются и на 30 день последействия.

Выводы. Таким образом, индифферентная фототерапия с синим и зелёным светофильтрами частично обладает антиоксидантным эффектом и не может полностью блокировать образование супероксидантных анион – радикалов при экспериментальном хроническом воспалении лёгких.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Садыкова Н.Г., Сагирова Л.А.
Ташкентская Медицинская Академия.Ташкент.Узбекистан.

Цель исследование: изучить нарушение системы гемостаза у больных сахарным диабетом типа 2.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 больных сахарным диабетом типа 2 в среднем возрасте 53,9 ±1,98 года, с длительностью заболевания 7,43±1,48лет. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц, в среднем возрасте 52,6±1,5 лет. Показатели системы гемостаза исследовали в плазме крови. Из них определяли активированное время рекальцификации плазмы (АВР),активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновый индекс (ПТИ), гемолизат агрегационный тест. Для определения изменения углеводного обмена исследовали сахар в крови натощак и после еды, а также гликозилированный гемоглобин.

Результаты. Состояние углеводного обмена в основной группе оценивали по содержанию сахара в крови натощак и после еды, средние значения которых были 9,29±0,6 ммоль/л и 11,82±0,92 ммоль/л соответственно. Уровень гликозилированного гемоглобина составил в среднем 9,21±0,4%. Из показателей гемостаза уровень АВР у больных СД типа 2 составил 72,8±3,4 сек, по сравнению к контрольной группе, в которой был 66,4±2,5 сек и превышал в 1,1 раз.($p<0,1$). Удлинение АЧТВ отмечалось в группе больных на 60,3±2,8 против 36,2±1,6 в контрольной группе ($p<0,05$). Показатели характеризующие второй этап свертывания крови, в частности, толерантность плазмы к гепарину был выше в основной группе 30,7 ±4,3 мин. против 7,8±0,5 мин. ($p<0,01$). Повышение толерантности плазмы к гепарину свидетельствует о снижении процентного содержания антитромбина III что может быть неферментативным гликозилированием

его молекул при СД типа 2. По данным A.B.Villfnueva (1998) доказано, что гликозилированный антитромбин IIIспособен связать в 2 раза меньше гепарина, и обладает в 3 раза меньшей активностью, что способствует сдвигу гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Фибринолитическая активность также была увеличена в основной группе на 1,8 ±0,09 против 1,1 ±0,08 (p<0,05), по-видимому вследствие активации внутреннего звена системы гемостаза и состояния структурной гиперкоагуляции. Содержание фибриногена было увеличено в основной группе на 4,38±0,7г/л по сравнению с контрольной группой 2,5±0,1г/л (p<0,02).Фибрин и продукты его расщепления стимулируют пролиферацию гладкомышечной клетки и моноцитов, обеспечивая матрикс для роста клеток и связывания тромбина, обладающего митогенной активностью. Следовательно, высокие значения фибриногена увеличивают риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Выводы. У больных сахарным диабетом типа 2 на фоне повышения фибриногена снижается уровень естественного антикоагулянта антиромбина III. Удлинение активированного частично тромбопластинового время обусловлено дефицитом факторов XII, XI, IXи VII, что увеличивает риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом типа 2.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Садыкова Н.Г., Сагирова Л.А.
Ташкентская Медицинская Академия.Ташкент.Узбекистан.

Цель исследование: изучить состояние системы гемостаза у больных сахарным диабетом типа 2 и определить его влияние на развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 больных сахарным диабетом типа 2 в среднем возрасте 53,9 ±1,98 года, с длительностью заболевания 7,43±1,48лет. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц, в среднем возрасте 52,6±1,5 лет. Показатели системы гемостаза исследовали в плазме крови. Из них определяли активированное время рекальцификации плазмы (АВР),активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновый индекс (ПТИ), гемолизат агрегационный тест. Для определения изменения углеводного обмена исследовали сахар в крови натощак и после еды, а также гликозилированный гемоглобин.

Результаты исследования. Состояние углеводного обмена в основной группе оценивали по содержанию сахара в крови натощак и после еды, средние значения которых были 9,29±0,6 ммоль/л и 11,82±0,92 ммоль/л соответственно. Уровень гликозилированного гемоглобина составил в среднем 9,21±0,4%. Из показателей гемостаза уровень АВР у больных СД типа 2 составил 72,8±3,4 сек, по сравнению к контрольной группе, в которой был 66,4±2,5 сек и превышал в 1,1 раз (p<0,1). Удлине-

ние АЧТВ отмечалось в группе больных на 60,3±2,8 против 36,2±1,6 в контрольной группе (p<0,05). Показатели, характеризующие второй этап свертывания крови, в частности, толерантность плазмы к гепарину был выше в основной группе 30,7 ±4,3 мин. против 7,8±0,5 мин. (p<0,01). Повышение толерантности плазмы к гепарину свидетельствует о снижении процентного содержания антитромбина III, что может быть неферментативным гликозилированием его молекул при СД типа 2. По данным A.B.Villfnueva (1998) доказано,что гликозилированный антитромбин III способен связать в 2 раза меньше гепарина, и обладает в 3 раза меньшей активностью, что способствует сдвигу гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Фибринолитическая активность также была увеличена в основной группе на 1,8 ±0,09 против 1,1 ±0,08 (p<0,05), по-видимому вследствие активации внутренного звена системы гемостаза и состояния структурной гиперкоагуляции. Содержание фибриногена было увеличено в основной группе на 4,38±0,7г/л по сравнению с контрольной группой 2,5±0,1г/л (p<0,02).Фибрин и продукты его расщепления стимулируют пролиферацию гладкомышечной клетки и моноцитов, обеспечивая матрикс для роста клеток и связывания тромбина, обладающего митогенной активностью. Следовательно,высокие значения фибриногена увеличивают риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Изменение показателей системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции увеличивает риск заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом типа 2.

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МУЖЧИН 40 ЛЕТ И СТАРШЕ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ О ВАЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Садырова М.А., Расулова М.И., Юнусова А.В.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель: Снижение избыточного веса и частоты осложнений среди мужчин в возрасте старше 40 лет с целью уменьшения сердечно-сосудистого риска (ССР).

Материалы исследований: На базе семейной поликлиники №4 М-Улугбекского района г.Ташкента был проведен опрос мужчин в возрасте 40 лет и старше при помощи вопросника с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях, а также проведено их обследование с целью выявления избыточной массы и ожирения. Обследование включало измерение роста и веса для расчета индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии, АД и ЭКГ.

Результаты: Из 127 обследованных мужчин у 37 мужчин (29,13%) выявлено ожирение, чей ИМТ колеблется в пределах от 30 до 34 кг/м^2 и окружность талии превышает 110 см; у 74 мужчин (58,27%) выявлена избыточная масса тела – ИМТ превысил 25 кг/м^2 и окружность талии более 100 см; у 16 мужчин (12,59%) определили нормальный вес. Среди обследованных пациентов у 48 мужчин (37,79%) было повышенное АД, у 21 мужчины (16,54%) выявлены те или иные изменения на ЭКГ. Среди всех

мужчин с проблемами веса (111 человек) был проведен опрос с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях. Анализ полученных результатов показал, что только 39 мужчин (35,14%) знают об осложнениях, возникающих при избыточной массе тела, остальные считают, что никакого осложнения у них не может развиться. Далее всем мужчинам при каждом посещении, кроме медикаментозного лечения, мы давали рекомендации по снижению веса и рациональному питанию, а именно рекомендовали бросить курить, уменьшить употребление алкоголя, придерживаться правильного питания (пять раз в день употреблять фрукты и овощи, ограничивать употребление соли, жира и сахара в рационе питания), вести физический активный образ жизни (ежедневно 30 минут заниматься активной физической деятельностью), нормализовать показатели ИМТ, окружности талии и АД. Проведя повторное обследование пациентов с избыточной массой тела и ожирением через 6 месяцев, нами были получены следующие данные: количество мужчин с избыточной массой тела уменьшилось с 74 до 51 (у 23 мужчин нормализовались показатели ИМТ и окружности талии), что составило 31,08%; а 23 мужчинам из 37 с ожирением удалось улучшить свои показатели по ИМТ и окружности талии, что составило 62,16%, тем самым уменьшив ССР и улучшив качество жизни пациентов.

Выводы: Немедикаментозная терапия является неотъемлемой частью в ведении пациентов с избыточной массой тела и ожирением и в конечном итоге приводит к снижению ССР и, соответственно, улучшению качества жизни пациентов и поэтому необходимо, чтобы все врачи при осмотре пациентов обязательно проводили консультирование по вопросам рационального питания и активного образа жизни.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АНГИОПЛАСТИКУ

Саидходжаева О., Каюмов Н., Арипова Д., Эгамбердиева Д., Аляви Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

Цель. Целью исследования является выявление возможных корреляционных связей между индексом массы тела (ИМТ) больного и поглощённой дозой излучения (ПДИ) у пациентов, перенесших первичное чрезкожное коронароангиографисекое вмешательство.

Материалы и методы: в проспективное исследование включено 100 больных, перенесших первичное ЧКВ в Республиканском научно- практическом центре терапии и медицинской реабилитации с ноября 2014 года по март 2015 года. Была рассчитана ПДИ (Гр/см²), время проведения рентгеноскопии (ВР), а также отношение ПДИ за минуту проведения рентгеноскопии (ПДИ / мин). На следующем этапе был проведен корреляционный анализ между дозой облучения и ИМТбольного.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 63,1 ± 13,6 года. В исследуемой когорте преобладали мужчины (73,4%). Средний ИМТ составил 27,67 ± 5,13 кг / м^2. У 28,6% пациентов было выявлено ожирение, тогда как 45,1% страдали избыточным весом. 26,2% больным потребова-

лась повторное вмешательство с целью завершения чрескожной реваскуляризации. ПДИ в среднем составила 72,8 Гр/см^2 (от 1,9 до 572) для процедур со средней продолжительностью 55 ВР (1,9 на 214). Средняя ПДИ/мин составляла 6,93 Гр/см^2 (от 1,7 до 172). Была выявлена положительная корреляция между показателями ИМТ и ПДИ ($r = +0,3$; $p < 0,05$) и между ИМТ и ПДИ/мин ($r = +0,17$, $p < 0,05$). Кроме того, было выявлена положительная корреляция между ПДИ и ВР ($r = 0,52$; $p < 0,05$), ПДИ и продолжительностью процедуры ($r = 0,41$; $p < 0,001$) и ПДИ и объем примененного контрастного средства ($r = 0,45$; $p < 0,001$). Пациенты с ожирением получили достоверно больше ПДИ, чем пациенты без ожирения (соответственно 109±80 и 73,3±53,6 Гр/см^2, $p < 0,001$)

Выводы: Таким образом, больные с высоким индексом массы тела получили на 32,8% больше радиации, чем больные без ожирения. Была отмечена положительная корреляционная связь между поглощённой дозой излучения и индексом массы тела, а также положительная корреляционная связь между поглощённой дозой излучения и временем радиации. Данную связь необходимо учитывать у пациентов с ожирением и при проведении многократных вмешательств для предотвращения побочных эффектов радиации.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ГАСТРОДУОДЕНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сайфиева С.Х.*, Шеров А.С.**
*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучение моторно-эвакуаторной функции желудка у больных сахарным диабетом с помощью современных технологий ультразвуковой гастродуоденографии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 35 больных сахарным диабетом II типа с длительностью заболевания более 4 лет (группа 1) и 24 больных гастродуоденитом без сопутствующего сахарного диабета (контрольная группа 2). Трансабдоминальная ультразвуковая гастродуоденография натощак и путем естественного наполнения желудка 500-700 мл дегазированной водой комнатной температуры осуществлено с помощью конвексных датчиков на частотах 3,5-5,0 МГц на современных портативных и стационарных ультразвуковых приборах по протоколу стандартных исследований. У всех пациентов определялись параметры перистальтической волны (частота, скорость, амплитуда), а также эвакуаторная функция желудка.

Результаты. Установлено, что у больных сахарным диабетом нарушена моторно-эвакуаторная функция желудка: у каждого третьего больного определялась остаточная жидкость в желудке, а у остальных наряду с жидкостью и остатки пищевых масс. В контрольной группе у 18 из 24 больных желудок не содержал жидкости. Частота перистальтических волн у больных с сахарным диабетом была снижена в 1,5 раза по срав-

нению с контрольной группой, а скорость перистальтических волн в два раза, чем во 2-й группе исследований. Наряду с этим отмечено снижение показателей амплитуды перистальтических волн в желудке: в первой группе она находилась в пределах 17,0-42,0%, а в контрольной 37,0-75,0%. Ультразвуковой мониторинг после функциональной водной пробы в контрольной группе через 45-60 минут содержимого в желудке не выявлено, а у больных сахарным диабетом в результате снижения качественных и количественных показателей перистальтической волны эхографически визуализировалась жидкость и в проксимальном отделе желудка. У 4 больных отмечался гастроэзофагеальный рефлюкс.

Выводы. Таким образом, функциональная оценка скорости опорожнения желудка является важной предпосылкой адекватного метаболического контроля у больных сахарным диабетом. Следует предполагать, что эти нарушения могут способствовать прогрессированию хронических осложнений желудка.

АНТИПРОТЕИНУРИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СУЛОДЕКСИДА ((ВЕССЕЛ ДУЭ Ф, ALFA WASSERMANN) ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.

Салихова И.С.,Муродова С.М.
Ташкентская медицинская академия ,Ташкент,Узбекистан

Цель: изучить клиническую эффективность применения сулодексида (Вессел Дуэ Ф, Alfa Wassermann, Италия) у больных СД 2 типа в контексте профилактики и лечении латентной и начальной нефропатии и нефропатии всех степеней .

Методы исследования:В исследование приняли участие 39 человек, из них 19 женщин и 20 мужчин, средний возраст – 57 лет. Срок развития ДН: до 5 лет - 23 , до 10 лет-16 после установления диагноза СД 2 типа. Пациенты распределены на 2 группы : 22 больных СД 2 типа , женщин -10, мужчин-10 , средний возраст которых 54 года. Контрольная группа составила 17 пациентов среди них женщин – 9, мужчин -10, средний возраст которых – 52,8 года.

Результаты. В нашей работе назначение Сулодексида больным СД 2 типа привело к существенному снижению и исчезновению альбуминурии (73%), с длительным сохранением протекторного эффекта после отмены препарата. Лечение Сулодексидом положительно влияет на липидный обмен. Превентивное применение Сулодексида создает предпосылки для профилактики функции почек, оказывая антипротеинурический эффект, корригируя нарушения липидного обмена, свертывающей системы крови.

Выводы: назначение сулодексида больным СД приводит к существенному снижению альбуминурии; при этом антипротеинурический эффект этого препарата сохраняется и после его отмены. В связи с этим сулодексид может рассматриваться в ряду компонентов длительного лечения больных ДН, применение которого оправданно с точки зрения тор-

можения прогрессирования этого социально значимого заболевания почек.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ НА УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Серик С.А., Вовченко М.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Украина, Харьков.

Цель. Изучение влияние L-аргинина на уровень метаболитов оксида азота у пациенток со стабильной ишемической болезнью сердца в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 пациенток. В исследование включали пациенток, которые находились в периоде перименопаузы с диагнозом ИБС в сочетании с неэрозивной формой ГЭРБ. Все пациентки с ИБС до включения в исследование получали не менее 12 дней базисную терапию, включавшую метопролола сукцинат в средней дозе (103,44±3,66) мг; рамиприл в средней дозе (6,50±2,50) мг; аторвастатин (15,00±0,66) мг в сутки, аспирин 75 мг в сутки. При включении в исследование к базисной терапии больных ИБС в сочетании с ГЭРБ рандомизированно добавляли L-аргинин в дозе 1 г 3 раза в сутки (группа 1, n=19) или триметазидин в дозе 35 мг 2 раза в сутки (группа 2, n=19). Анализ NO_2 и (NO_2+NO_3) проводили до начала лечения L-аргинином и триметазидином и через 3 месяца наблюдения. Содержание NO_2 и (NO_2+NO_3) в плазме крови определяли спектрофотометрическим методом по реакции Грисса с 1% раствором сульфонамида и 0,1% раствором N-1-нафтилетилендиаминхлорида. Всем включенным пациенткам в исследование проводили оценку качества жизни при помощи опросника Ferrance & Power до начала терапии и через 3 месяца на фоне описанной выше терапии.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, количеству пациенток с гипертонической болезнью (ГБ), уровню систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), частоте сердечных сокращений (ЧСС) и индексу массы тела (ИМТ). В соответствующих группах не было достоверных различий по дозам метопролола, рамиприла, аторвастатина и аспирина.

В группе пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ при добавлении к терапии L-аргинина было выявлено, что уровень NO_2 был достоверно выше у пациенток после трех месяцев терапии L-аргинином (2,01±0,11), чем до лечения (1,87±0,14), ($p<0,05$). При анализе суммы стабильных метаболитов оксида азота (NO_2+NO_3) также была выявлена достоверная разница между уровнем до и после трех месяцев терапии L-аргинином. Так у пациенток с сочетанным течением ИБС+ГЭРБ до лечения уровень (NO_2+NO_3) составил (28,1±7,9), после лечения (29,9±5,9), ($p<0,001$). Терапия триметазидином не оказывала достоверного влияния

на уровень (NO_2) и (NO_2+NO_3), (p>0,05). У пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ под влиянием терапии L-аргинином выявлено достоверное повышение общего индекса качества жизни при значимом увеличении индекса здоровья и недостоверном возрастании социально-экономического индекса, индексов психического состояния и семейного благополучия. Под влиянием триметазидина показатели качества жизни достоверно не изменялись.

Выводы: у пациенток с сочетаны течением ИБС и ГЭРБ находящихся в периоде перименопаузы после трех месяцев терапии L-аргинином в дозе 1 г 3 раза в сутки было выявлено достоверное повышение уровня (NO_2) и (NO_2+NO_3)(p<0,05 и p<0,001). Дополнительная терапия L-аргинином у пациенток с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ приводит к повышению общего индекса качества жизни за счет увеличения индекса здоровья, психологического индекса и индекса социальной активности.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГОЬ СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ

Сибиркина М.В.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: изучить особенности течения подагры в сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы.Под наблюдением находились 80 больных подагрой, диагностированной на основании классификационных критериев (S.L. Wallace, 1977).. Пациенты были поделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и стадии заболевания. В I группу вошли 42 пациента подагрическим артритом (ПА) без МС, во II – 38 больных ПА с признаками МС.Для характеристики суставного синдрома были использованы показатели: подсчет числа пораженных суставов (суставной счет), числа припухших (дефигурированных) суставов, оценка интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (мм). МС диагностировали на основании критериев ВНОК 2009 г. Абдоминальное ожирение (ОТ >94 см для мужчин и >80 см для женщин), гипергликемия >5,6 ммоль/л, гипертриглицеридемия >1,7 ммоль/л, АГ (АД >130/85 мм рт. ст.).

Результаты исследования. В ходе исследования установлено возрастание уровня мочевой кислоты по мере увеличения количества критериев МС. Так, у 3 больных с 1 критерием метаболического синдрома уровень мочевой кислоты составил в среднем составил 441,0 ммоль/л; у 9 больных с 2 критериями – 449,7 ммоль/л; у 10 больных с 3 критериями - 488,8 ммоль/л; у 13 больных с 4 критериями - 510,5 ммоль/л; у 3 больных с 5 критериями - 512,0 ммоль/л (p < 0,01). При этом среди больных с МС и без него значимо различались общее количество пораженных суставов (7,0 против 4,0 (p < 0,01)) и сывороточный уровень мочевой кислоты (508,0 против 451,0 ммоль/л (p < 0,002)).

Выводы. Таким образом, наличие метаболического синдрома у больных подагрой утяжеляет течение суставного синдрома за счет увеличения частоты и длительности обострений, обусловленного возраста-

нием уровня мочевой кислоты по мере увеличения количества признаков МС. С целью комплексного анализа течения заболевания, кроме оценки параметров суставного синдрома и сывороточной концентрации мочевой кислоты, целесообразно определять показатели метаболического синдрома: окружности талии, индекса массы тела, степени артериальной гипертензии, липидного спектра.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ NO- ЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сибиркина М.В.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: оценить влияние МС на течение суставного синдрома и активностьу NO-синтазного механизма в мембранах эритроцитов больных ревматоидным артритом.

Материал и методы.Под наблюдением находились 35 больных РА (женщин 24, мужчин 11). Средний возраст больных составил 39,4±1,1 лет. Средняя длительность заболевания 9,8±2,1 года. Активность РА оценивали с помощью теста DAS28. У больных РА в мембранах эритроцитов определяли уровень No_x по сумме стабильных метаболитов NO_2 и NO_3 по методу П.П.Голикова (2000), активность нитратредуктазы по Т.П.Вавилову и Ю.А.Петрович (1991), скорость реакции НАДФН-диафоразы по V.T.Hope, S.R.Vinsent (1989), уровень пероксинитрита ($ONOO^-$) в модификации Р.К.Азимова, А.С.Комарина (2005). Пациенты были поделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и рентгенологической стадии. В I группу вошли 16 пациентов РА без МС, во II - 19 больных РА с признаками МС. МС диагностировали на основании критериев ВНОК 2009 г.

Абдоминальное ожирение (ОТ >94 см для мужчин и >80 см для женщин), гипергликемия >5,6 ммоль/л, гипертриглицеридемия >1,7 ммоль/л, АГ (АД >130/85 мм рт.ст.).

Результаты исследования.В нашем исследовании было выявлено, что МС оказывает негативное влияние на течение суставного синдрома при ревматоидном артрите. У пациентов I группы без МС показатель DAS28 составил 3,3+0,22, у пациентов II группы- 5,9+0,31 В I группе в мембранах эритроцитов уровень NOx статистически значимо снижается на 21,0% (P<0,05) на фоне повышения активности НД на 24,1% (P<0,01), содержания $ONOO^-$ на 50% (P<0,001) и активности НР на 29% (P<0,001). У больных II группы повышенный (на 38,01%) уровень NOx в мембранах эритроцитов (P<0,02) ассоциируется с угнетением активности НД на 16,0% (P<0,05).

Выводы.Выявлена четкая корреляция между гиперпродукцией NO и активностью воспалительного процесса при РА, которая усугубляется при наличии МС. Таким образом, у данной категории больных возникает необходимость коррекции МС не только для сокращения рисков развития сердечно-сосудистых осложнений, но и для снижения выраженности суставного синдрома.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КАЧЕСТВЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Сидоренко О.А., Кобыляк Н.Н.
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
Киев, Украина

Цель. Изучение эффективности назначения пробиотикотерапии в качестве вспомогательной терапии с целью коррекции инсулинорезистентности и углеводного обмена у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2).

Материалы и методы. Под наблюдениям находились 55 больных СД 2. В соответствии с проведенным курсом терапии все пациенты были распределены нами на 2 группы. Основную (пробиотик) группу составили 31 пациент, средний возраст которых составил 52,48 ± 1,77, длительность СД - 7,14 ± 1,17.

Больные данной группы получали пероральные сахароснижающие средства и мультипробиотик «Симбитер ацидофильный концентрированный», который содержит концентрированную биомассу 14 штаммов пробиотических бактерий родов Bifidobacterium, Lactobacillus, Lactococcus, Propionibacterium, по 1 пакетику (масса 10 г) 1 раз в сутки во время или после еды в течение 30 суток. Во вторую группу вошли 24 пациента с СД2, которые получали сахароснижающую терапию и плацебо. Средний возраст больных последней группы составил 55,79±2,81, длительность СД - 5,07 ± 0,81 года.

Результаты. Установлено статистически значимое снижение в основной группе уровня инсулина в сыворотке крови на 26% (p = 0,040) в динамике лечения по сравнению с исходными значениями. 30-дневный курс пробиотикотерапии привел к значительному снижению HOMA-IR на 25,27% (p = 0,036) и, соответственно, HOMA-2 на 31,33% (p = 0,036) у пациентов с СД2. В группе плацебо мы видели только тенденцию к снижению инсулинорезистентности на 11,0% (p = 0,603) и 14,52% (p = 0,504), соответственно, для обоих показателей по сравнению с исходными данными.

Выводы. Таким образом коррекция микробиоты кишечника с помощью мулитипробиотика приводит к снижению инсулинорезистентности по сравнению с группой плацебо, что является одним из ключевых механизмом патогенеза сахарного диабета типа 2, и может быть использована в качестве дополнительной линии терапии в данных пациентов. Ограничение исследования заключается в небольшом размере выборки, отсутствие определенных маркеров хронического системного воспаления, изменения которых по данным литературы влияют на терапевтический эффект пробиотиков.

СВЯЗЬ ЧИСЛА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Срожидинова Н.З.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан

Цель: изучение взаимосвязи между числом одновременно встречающихся критериев метаболического синдрома (МС), тяжестью артериальной гипертензией (АГ) и поражения органов мишеней (ПОМ) у больных АГ с МС.

Материалы и методы: В исследование были включены всего 244 больных АГ, из них 65 больных АГ и 179 больных АГс МС. МС устанавливали согласно критериям IDF (2005 г.) Все включенные в исследование пациенты были мужчинами и имели АГ I–III степени. Всем больным проводились стандартный пероральный тест толерантности к глюкозе, определение липидов крови. Всем больным проведено эхокардиография с допплерографией в М- и В-режиме. ГЛЖ устанавливали при иММЛЖ ≥125г/м^2. Эндотелийзависимую вазодилятацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) определяли методом дуплексного сканирования. Степень микроальбуминурии (МАУ) в утренней моче определялась с помощью количественного ферментативного метода. Статистическая обработка полученных результатов проводилось с помощью пакета программ «Biostatistics» для Windows (версия 4.03). Применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с вычислением критерия F.

Результаты: В зависимости от числа одновременно встречающихся компонентов МС пациенты были поделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты АГ без МС (n=65) , во 2-ю – имевшие 3 компонента МС (n=122), в 3-ю – 4 или 5 компонентов МС (n=57). По уровню офисного АД группы между собой не различались: САД - 153,5±12,3 мм рт.ст. против 156,0±15,7 мм рт.ст. против 155,7±15,7 мм рт.ст., F=0,638, p=0,53; ДАД – 98,9±8,2 мм рт.ст. против 66,5±9,3 мм рт.ст. против 100,1±10,0 мм рт.см., F=0,253, p=0,78. ГЛЖ была достоверно выражена в группе больных с большим числом компонентов МС: ИММЛЖ – 143,4±27,5 г/м^2 против 150,5±33,0 г/м^2 против 167,6±40,4 г/м^2, F=8,237, p=0,0001. Толщина КИМ ОСА также была наиболее высокой у больных 3-группы: 0,82±0,21мм против 0,92±0,26мм против 0,93±0,23мм, F=4,414, p=0,013. Нарушения ЭЗВД были более выражены в группе больных с большим числом компонентов МС: ΔD 6,6±5,5% против 4,7±5,4% против 3,5±5,4%, F=5,132, p=0,007. Наиболее высокая экскреция альбумина с мочой наблюдалась у больных 3-группы: МАУ – 15,6±12,2мг/л против 25,9±36,5мг/л против 30,5±20,5мг/л, F=4,652, p=0,010.

Выводы: У пациентов с максимальным количеством компонентов МС регистрируются достоверно более высокие значения ИММЛЖ, МАУ и ТИМ по сравнению с пациентами с минимальным числом компонентов МС. Риск ПОМ – сердца, почек и сосудов имеет линейную связь с числом дополнительных компонентов МС, с их увеличением он возрастает.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Срожидинова Н.З.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан

Цель. Оценка инсулинорезистентности (ИР) с использованием индекса HOMA-IR, соотношения ТГ/ХС ЛВП и нового метаболического индекса (МИ) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В исследование были включены 96 мужчин больных с МС. Средний возраст 46,2±10,3лет. Критерии МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005. Всем больным проводились пероральный тест толерантности к глюкозе, определение липидного спектра: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП). Уровень инсулина определяли методом ИФА наборами BeckmanCoulter™. Для определения ИР использовали индекс HOMA-IR. При индексе HOMA-IR>2,77 у пациентов диагностировали ИР. МИ определяли с использованием показателей углеводного и липидного спектра и рассчитывался по формуле предложенной Ройтберг Г.Е.: МИ=[ТГ натощак (ммоль/л) х глюкоза натощак (ммоль/л)] / ХСЛВП^2 натощак (ммоль/л). ИР устанавливали при значении МИ ≥7. Также определяли соотношение ТГ/ХС ЛВП, при значении 1,37 устанавливали ИР.

Результаты. Среди обследованных больных ИР в соответствии с индексом HOMA-IR составила 45,8%, по МИ – 67,7%, а по соотношению ТГ/ХС ЛВП – 79,2%, $\chi 2$=23,97, df=2, p=0,000. Далее для анализа образованы 3 группы больных с ИР по HOMA-IR, МИ и ТГ/ХС ЛВП. По уровню САД, ДАД, глюкозы и липидного спектра крови группы между собой не различались. Но следует отметить, в группе больных с ИР по HOMA-IR уровень инсулина натощак был достоверно высоким по сравнению с группами больных с ИР по МИ и ТГ/ХС ЛВП: 31,0±15,0 мкМЕ/мл против 19,9±14,2 мкМЕ/мл против 19,2±13,5 мкМЕ/мл, p=0,000. Выявлена достоверная прямая сильная корреляционная связь между МИ и соотношением ТГ/ХС ЛВП: r=0.92, p<0,05. Достоверной корреляционной связи между МИ и HOMA-IR (r=0.13, p=0,12), а также между HOMA-IR и соотношением ТГ/ХС ЛВП (r=0.77, p=0,51) не установлена.

Выводы. ИР среди больных с МС наиболее часто определяется при использовании соотношения ТГ/ХС ЛВП. Соотношение ТГ/ХС ЛВП тесно коррелируется с МИ у больных с МС.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Таиров М.Ш., Бакаев И.К., Аслонова Ш.Ж., Ашурова Н.Г., Эргашев М.
Бухарский областной кардиологический диспансер
Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара

Цель: Изучение распространенности факторов риска заболеваний сердечно- сосудистой системы среди населения.

Материалы и методы: проведено исследование распространенности АГ в общей популяции среди лиц старше 18 лет одного территориального участка г. Бухары. Всего обследовано 620 человек. Измерение АД проводилось дважды на обеих руках с интервалом не менее 5 минут и регистрацией среднего значения. Каждому была заполнена анкета, содержащая вопросы здорового образа жизни, антропометрические данные. Избыточная масса тела определялась по формуле Кетле – индекс массы тела (ИМТ) – вес/рост²х100. При индексе 0,30 и более фиксировалась избыточная масса тела. За курение принималась 1 сигарета в день и больше. Наличие сахарного диабета оценивалось по записям в картах.

Результаты. Проведенное анкетирование населения показало явно недостаточное внимание опрошенных к своему здоровью и незнание ими основных норм здорового образа жизни.У 25,5% обследованных мужчин, и 21% женщин АД оказалось за пределами нормальных значений. Среди лиц с АГ выявлена низкая осведомленность о своем заболевании (45,5%), не лечатся (21,5%). Опрос также показал, что многие пациенты нередко игнорировали немедикаментозные методы борьбы с АГ. Курили 84,2% мужчин. Большинство населения досаливали готовую пищу всегда 30,9% мужчин и 24,6% женщин. Установлено, что в течение последнего месяца употребляли спиртные напитки 82,5% мужчин и 42,3% женщин. У 15,8% человек, из них 23 мужчин и 41 женщин, выявлено ожирение.

Выводы: обследованные с теми или иными факторами риска были взяты на учет. Также им было назначены основные лечебные мероприятия для снижения массы тела, которое достигается немедикаментозными методами - применение низкокалорийной диеты и повышением физической активности, при необходимости применением специальных лекарственных препаратов. Врачам общей практики рекомендуем проводить ежегодное обследование лиц старше 30 лет. Среди лиц с фактором риска особенно обращать внимание на такие факторы как ожирение, АГ, ИБС и наследственный анамнез. Эту группу больных необходимо обследовать два раза в году.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Талипова Ю.Ш., Атаханова Л.Э., Исмаилова М.Ш., Азизова Ф.Ф., Жалимова Р.Р., Алиев М.Э.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Целью исследования явилась оценка влияния терапии артериальной гипертензии (АГ) амлодипином на показатели системного воспаления, как одного из основных патогенетических механизмов повреждения сосудистой стенки при ИБС и СД 2 типа.

Материал и методы: в исследование было включено 30 больных с АГ 2-й и 3-й степени, имеющих ассоциированные клинические состояния

в виде ИБС (14 человек) и СД 2 типа (16 человек). Методом случайной выборки больные каждой группы были разделены на следующие подгруппы: первую (основную), в которую были включены 7 больных АГ в сочетании с ИБС и 7 больных с АГ, протекающей на фоне СД. Во вторую (контрольную) группу было также включено по 8 больных с аналогичными заболеваниями.

Пациентам первой группы проводилось антигипертензивное лечение с включением амлодипина. Пациентам контрольной группы проводилось антигипертензивное лечение без включения амлодипина. Контроль гипергликемии пациентам с СД 2 типа проводили метформином (2000 мг/сут, 2 раза) и гликлазидом (30 мг/сут). Длительность наблюдения составила 12 недель. Оценивали в динамике жалобы больного, уровень АД, при амбулаторных визитах и данным самоконтроля АД. Для оценки активности системного воспаления у больных в вышеуказанных группах изучали содержание С-реактивного протеина (СРП) в сыворотках крови методом ИФА, а также активность воспаления по общеклиническим лабораторным показателям. Назначение амлодипина в начальной дозе 5 мг в сутки, при неэффективности стартовой терапии доза амлодипина увеличивалась в первую очередь. Увеличение проводилось путем титрования и прекращалось при достижении суточной дозы 10 мг. В случае, если при повышении дозы других антигипертензивных препаратов целевых цифр АД не достигалось, допускалось повышение суточной дозы амлодипина до 15 мг.

Результаты: исследование закончили все больные первой группы и 6 больных с АГ, протекающей на фоне СД 2 типа, у одного пациента не наблюдалось эффективного достижения целевого АД и гликемии. В контрольной группе исследование завершили все пациенты из каждой подгруппы. Через 12 недель терапии в группе пациентов, получавших амлодипин, отмечена выраженная тенденция к снижению уровней СРП и активности острофазовых показателей плазмы крови в группе больных с АГ и СД 2 типа и снижение уровня трансаминаз в группе АГ и ИБС (с 16,6 до 6,5 Ммоль/мл), что носило достоверный характер. Также во всех группах, включая контрольные, в процессе лечения уменьшилось количество больных, имеющих повышенный лейкоцитоз и СОЭ, при этом снижение этого показателя в основной группе больных АГ и СД (с 92,3% до 61,5%), получавших амлодипин, носило достоверный характер. Уровень СРП в процессе лечения амлодипином уменьшился в обеих основных группах, при этом в группе больных АГ в сочетании с СД 2 типа динамика данного показателя была статистически значимой.

Выводы. Включение амлодипина в терапию АГ в ассоциации с ИБС и СД 2 типа, эффективно не только в плане достижения целевых значений АД, но и контроля клинических проявлений ИБС, поэтому его можно считать препаратом выбора для лечения АГ, сочетающейся с диабетической и атеросклеротической ангиопатиями, у больных СД 2 типа и ИБС.

ВЛИЯНИЕ НА РЕГРЕСС РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙУ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМНА ФОНЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Сагатова Х.М., Юлдашев Х.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель: оценить изменение основных показателей диастолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и толщины комплекса «интима - медиа» (ТКИМ) сонных артерий у пациентов с метаболическим синдромом (МС) на фоне лечения симвастатином или розувастатином.

Материал и методы:В исследование включены 46 больных с МС, средний возраст - 56,2±3,6 года. Критерии включения: наличие абдоминального ожирения в сочетании с дислипидемией и артериальной гипертонией. Все больные получали сопоставимую антигипертензивную терапию.Пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1 группа (n=24) получала розувастатин (Розарт, Actavis) 10 мг/сутки, 2 группа (n=22) - симвастатин (Вазилип, KRKA) 20 мг/сутки. Всем больным до начала исследования и через 6месяцев наблюдения проводилось определение антропометрических показателей (окружность талии, индекс массы тела), ЭКГ, ЭхоКГ с оценкой основных показателей диастолической функции ЛЖ, цветное дуплексное сканирование экстракраниального отдела сонных артерий для определения ТКИМ.

Результаты: терапия статинами в обоих группах показала эффективное влияние в плане уменьшения антропометрических показателей при этом в группе розувастатина отмечается достоверное уменьшение объема талии. В группе симвастатина не достоверное уменьшение индекса массы тела.На фоне терапии розувастатином отмечалось увеличение скорости пика Е на 10% (с 0,54 до 0,60 см/сек; $p < 0,05$), Е/А - на 13 % (с 0,60 до 0,69; $p<0,05$), а также уменьшение скорости пика А на 8,5 % (с 0,70 до 0,64 см/сек; $p < 0,05$), ВИР - на 10,8 % (с 74 до 66 мсек; $p<0,05$).

У пациентов 2-й группы отмечалось недостоверное увеличение скорости пика Е с 0,56 до 0,59 см/сек, Е/А с 0,62 до 0,65, уменьшением пика А с 0,71 до 0,69 см/сек и ВИР с 76 до 71 мсек ($p> 0,05$). Через 6 месяцев терапии розувастатином наблюдалось уменьшение ТКИМ с 1,14±0,02 мм до 1,08 ±0,03мм ($p<0,05$), на фоне применения симвастатина ТКИМ уменьшилась с 1,13±0,03 мм до 1,09±0,02 мм ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом применение розувастатина сопровождалось достоверным улучшением диастолической функции ЛЖ по значениям спектра трансмитрального кровотока. В группе пациентов, получающих симвастатин, значимого улучшения показателей диастолической функции ЛЖ не отмечено. Необходимо отметить, что на фоне терапии и симвастатином, и розувастатином у пациентов с МС наблюдалось достоверное уменьшение ТКИМ общей сонной артерии.

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА - МАРКЕР ВИСЦЕРАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Атаханова Л.Э., Сагатова Х.М., Ходжанов О.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: определение толщины ЭКЖ и выявление характера его сопряженности с метаболическими параметрами, ассоциированными с кардиоваскулярным риском, и показателями кардиоремоделирования у пациентов с избыточной МТ и ожирением.

Материал и методы: в исследование было включено 96 пациентов 56 мужчин и 40 женщин с МС по классификации ВНОК, 2010. Средний возраст обследованных мужчин составил 56,94±0,97 лет и 59,36±0,97 лет у женщин. При этом 85% мужчин и 90% женщин с МС имели артериальную гипертонию I-II степени. Всем пациентам, проводились исследование крови натощак с определением глюкозы, пероральный тест толерантности к глюкозе, липидный спектр, антропометрические измерения, мониторирование артериального давления (АД) по дневникам самоконтроля. ЭКЖ оценивался с помощью эхокардиографии, определялось количество жировой ткани за правым желудочком в области атриовентрикулярной борозды в двухмерном режиме. ЭКЖ визуализировался как echo-free пространство, измеряли на свободной стенке ПЖ, так как данная область, согласно клиническому наблюдению, имеет максимальную абсолютную толщину жировой ткани.

Результаты: было выявлено, что средние показатели ЭЖ у женщин составили 8,28±1,1 мм, у мужчин 9,1±1,2 мм. Что отражает отсутствие гендерных различий средних показателей ЭКЖ, в отличие от объема талии (ОТ) ($p>0,05$). Толщина ЭКЖ коррелировала с ОТ, как у мужчин ($r=0,85$; $p<0,01$), так и у женщин ($r=0,80$; $p<0,01$). Не было выявлено четкой взаимосвязи степени выраженности ЭКЖ с весом и индексом массы тела ни у мужчин ($r=0,23$;$p>0,05$), ни у женщин ($r=0,19$; $p>0,05$). ЭКЖ положительно коррелировал с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности у мужчин ($r=0,70$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,73$;$p<0,05$), а также уровнем триглицеридов у мужчин ($r=0,69$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,74$; $p<0,05$). ЭКЖ коррелировал положительно с уровнем глюкозы крови у мужчин ($r=0,78$; $p<0,05$), у женщин ($r=0,69$; $p<0,05$). Не было получено положительной корреляции ЭКЖ с уровнем АД, возможно, данные результаты были связаны с приемом большинством пациентов гипотензивных препаратов. Интересно, что между толщиной ЭКЖ и уровнем систолического и диастолического АД (САД и ДАД) в основной группе определялись разнонаправленные корреляционные связи, а именно: с САД получена прямая высокая корреляция ($r=0,72$; $p=0,001$), а с ДАД – обратная, средней силы ($r=–0,52$; $p=0,02$).

Выводы:Исследование показало четкую взаимосвязь наличия ЭКЖ с метаболическими нарушениями, являющимися независимыми факторами риска атеросклероза и маркером системного висцерального ожирения. Следовательно, складывается впечатление, что висцеральный ЭКЖ

жир, помимо прямого влияния на формирование систолической АГ, параллельно способствует снижению ДАД, а значит отмечается рост пульсового давления, рассматривающееся в настоящее время в качестве одного из ведущих факторов риска развития ранних сердечно-сосудистых осложнений, формирование и стабилизацию АГ. Поэтому определение ЭКЖ у пациентов с МС необходимо для формировании группы высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний с назначением комплекса мероприятий по первичной профилактики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТФОРМИНА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Хусанов А.А., Сагатова Х.М., Зувайдов И.Р.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель: оценить влияние метформина на метаболические параметры, индекс инсулинорезистентности, артериальное давление, активность трансаминаз у больных с метаболическим синдромом при отсутствии нарушений углеводного обмена.

Материал и методы: обследовали 60 больных с метаболическим синдромом (критерии IDF, 2005г), средний возраст 46,7±4,4, 18 мужчин и 42 женщины, без нарушений углеводного обмена в анамнезе, с наличием НЖБП (стадия стеатоза по данным УЗИ), артериальной гипертензией (АГ) I стадии, индекс инсулинорезистентности (НОМА) >2,77. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек. Основная группа получала метформин (1700мг/сут) в течение 6 месяцев в сочетании с изменением образа жизни (гипокалорийное питание и ежедневная дозированная физическая нагрузка). Контрольной группе проводилось немедикаментозная терапия (гипокалорийное питание и ежедневная дозированная физическая нагрузка).

Результаты: на фоне комбинированного лечения – диетотерапия, физическая нагрузка в сочетании с метформином достигли целевого уровня снижения массы тела 58% пациентов, с достоверным снижением индекса НОМА с 5,84 [4,74;8,56] до 3,42 [2,22;4,39] P<0,001, снижением уровня холестерина (P=0,005), ХСЛПНП (P=0,005), триглицеридов (P<0,001), повышением уровня ХСЛПВП (P=0,004). САД снизилось на 5,52±17,26 мм.рт.ст. (P=0,005), ДАД на 4,94±9,03 мм.рт. ст. (0,0170). На фоне немедикаментозной терапии достижение целевого уровня снижения массы тела получили у 20%, остальные пациенты не были привержены к стойкому соблюдению рекомендаций, у них не получили достоверных изменений параметров липидов, снижения индекса инсулинорезистентности, снижения артериального давления. На фоне применения метформина в основной группе отметили достоверное снижение уровня трансаминаз и уменьшение размеров правой доли печени. В группе сравнения достоверных изменений данных параметров не было получено. На фоне применения метформина у 4 пациентов в начале терапии (в

первую неделю) возникли легкие диспепсические расстройства, которые купировались самостоятельно без отмены препарата.

Выводы: применение метформина по 850мг 2 раза в день в сочетании с гипокалорийным питанием у пациентов с МС и НЖБП приводит к значимому снижению инсулинорезистентности, улучшению показателей липидного спектра и артериального давления. На фоне терапии метфомином большинство пациентов (58%) с МС и НЖБП достигли клинически значимого снижения массы тела. Применение метформина повышает эффективность изменения образа жизни у больных с ожирением с НЖБП и метаболическими нарушениями.

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА - МАРКЕР ВИСЦЕРАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Атаханова Л.Э., Сагатова Х.М., Ходжанов О.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: определение толщины ЭКЖ и выявление характера его сопряженности с метаболическими параметрами, ассоциированными с кардиоваскулярным риском, и показателями кардиоремоделирования у пациентов с избыточной МТ и ожирением.

Материал и методы: в исследование было включено 96 пациентов 56 мужчин и 40 женщин с МС по классификации ВНОК, 2010. Средний возраст обследованных мужчин составил 56,94±0,97 лет и 59,36±0,97 лет у женщин. При этом 85% мужчин и 90% женщин с МС имели артериальную гипертонию I-II степени. Всем пациентам, проводились исследование крови натощак с определением глюкозы, пероральный тест толерантности к глюкозе, липидный спектр, антропометрические измерения, мониторирование артериального давления (АД) по дневникам самоконтроля. ЭКЖ оценивался с помощью эхокардиографии, определялось количество жировой ткани за правым желудочком в области атриовентрикулярной борозды в двухмерном режиме. ЭКЖ визуализировался как echo-free пространство, измеряли на свободной стенке ПЖ, так как данная область, согласно клиническому наблюдению, имеет максимальную абсолютную толщину жировой ткани

Результаты:Средние показатели ЭЖ у женщин составили 8,28±1,1 мм, у мужчин 9,1±1,2 мм. Что отражает отсутствие гендерных различий средних показателей ЭКЖ, в отличие от объема талии (ОТ) ($p>0,05$). Толщина ЭКЖ коррелировала с ОТ, как у мужчин ($r=0,85$; $p<0,01$), так и у женщин ($r=0,80$; $p<0,01$). Не было выявлено четкой взаимосвязи степени выраженности ЭКЖ с весом и индексом массы тела ни у мужчин ($r=0,23$;$p>0,05$), ни у женщин ($r=0,19$; $p>0,05$). ЭКЖ положительно коррелировал с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности у мужчин ($r=0,70$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,73$;$p<0,05$), а также уровнем триглицеридов у мужчин ($r=0,69$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,74$; $p<0,05$). ЭКЖ коррелировал положительно с уровнем глюкозы крови у мужчин ($r=0,78$; $p<0,05$), у женщин ($r=0,69$; $p<0,05$).

Не было получено положительной корреляции ЭКЖ с уровнем АД, возможно, данные результаты были связаны с приемом большинством пациентов гипотензивных препаратов. Интересным является тот факт, что между толщиной ЭКЖ и уровнем систолического и диастолического АД (САД и ДАД) в основной группе определялись разнонаправленные корреляционные связи, а именно: с САД получена прямая высокая корреляция (r=0,72; p=0,001), а с ДАД – обратная, средней силы (r=–0,52; p=0,02).

Выводы: таким образом, показана четкая взаимосвязь наличия ЭКЖ с метаболическими нарушениями, являющимися независимыми факторами риска атеросклероза и маркером системного висцерального ожирения. Следовательно, складывается впечатление, что висцеральный ЭКЖ жир, помимо прямого влияния на формирование систолической АГ, параллельно способствует снижению ДАД, а значит отмечается рост пульсового давления, рассматривающееся в настоящее время в качестве одного из ведущих факторов риска развития ранних сердечно-сосудистых осложнений, формирование и стабилизацию АГ. Поэтому определение ЭКЖ у пациентов с МС необходимо для формировании группы высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний с назначением комплекса мероприятий по первичной профилактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Талипова Ю.Ш.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель: оценить антигипертензивную активность и плеотропные эффекты моксонидина у женщин с гипертонической болезнью на фоне менопаузального метаболического синдрома.

Материал и методы. Обследовано 30 пациенток с ГБ и МС, в постменопаузе в средний возраст 52,5±0,4 года. Терапия моксонидином (Физиотенз®, Abbott Products) - 12 недель в дозе 0,4 мг/сут. Определяли: окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, индекс массы тела (ИМТ), уровень тощакового инсулина, глюкозы, липидный спектр сыворотки крови, индекс инсулинорезистентности (HOMA). Проводилось ЭхоКГ исследование с определением систолической и диастолической функции левого желудочка и исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общих сонных артерий (ОСА). Оценивалась динамика артериального давления по данным амбулаторного измерения АД и оценке дневников самоконтроля АД.

Результаты. Моксонидин в дозе 0,4 мг/сут при использовании в качестве монотерапии снижал систолическое АД на 20-30 мм. рт. ст., а диастолическое - на 10-20 мм. рт. ст. У 62% пациенток с умеренной АГ эффективной антигипертензивной оказалась доза 0,2 мг/сут, у 36% пациенток нормализация АД была достигнута при приеме препарата в дозе 0,4 мг/сут. 12 - недельное наблюдение показало, что помимо отчетливого ан-

тигипертензивного эффекта Физиотенза в дозе 0,4 мг/сут отмечены уменьшение массы тела и ИМТ, повышение холестерина ЛПВП, уменьшились диаметр и объем левого предсердия, а также улучшилась диастолическая функция левого желудочка по значениям спектра трансмитрального кровотока. Лечение моксонидином в течении 12 недель вызывало достоверное улучшение чувствительности к инсулину. Этот эффект наблюдался у пациенток с предшествующим нарушением толерантности к глюкозе.

Выводы. Физиотенз - эффективный антигипертензивный препарат для лечения женщин с гипертонической болезнью на фоне метаболического синдрома в постменопаузе, не оказывающий негативное влияние на проявления климактерического синдрома. На фоне лечения Физиотензом зарегистрировано снижение массы тела и ИМТ, улучшение показателей углеводного и липидного обмена, улучшение показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка и уменьшение объема и диаметра левого предсердия.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ЗОНЫ НЕКРОЗА В СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЕ У БОЛЬНЫХ С ОИМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Абдиева Г.А., Арипов С.А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Исследовать уровень ГУ в зависимости от обширности очага некроза сердечной мышцы при реабилитации больных с ОИМ и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследования проведены на 80 больных (52 мужчин и 28 женщин) в возрасте 55,6±4,8 поступивших в течение с 2012 по 2014 гг. в отделение интенсивной терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП с верифицированным диагнозом ОИМ, ставился на основании типичной клинической картины болевого синдрома, ЭКГ – динамики, картины периферической крови кардиоспецифических ферментов – креатинфосфокиназы (КФК), МВ КФК, белков острой фазы – фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка, интерлейкина – 1 β (ИЛ – 1 β), ИЛ-6 и ИЛ-8, фактора некроза опухоли α (ФНО- α) и мочевой кислоты (МК).

Результаты и обсуждение. При поступлении больных через 2-6 ч. с момента развития ОИМ фракция выброса левого желудочка ФВЛЖ, конечный диастолический индекс (КДИ), конечный систолический индекс (КСИ), составили 39,15±1,33; 64,21±2,13 и 39,98±2,25 мл/м^2. Пик активности КФК (ПАКФК) в течение суток колебался от 2,14 до 3,45 мкат/л, время достижения пика КФК (ВДП КФК) – от 11,3 до 27,5 ч., пик активности МВ КФК (ПАМВКФК) от 0,29 до 0,53 мкат/л, а время достижения пика активности МВКФК (ВДПА МВ КФК) – от 12,6 до 17,3 ч. Масса (площадь) некротизированного миокарда колебалась от 48,3 до 66,5 УЕ. Содержание МК, которая значительно превышало физиологическую норму у больных ОИМ колебалась 459,6 до 580,7 мкмоль/л. Выявлена четкая положительная

корреляционная связь между высокими показателями ПАКФК, ВДП КФК, ПА МВ КФК, ВДПА КФК, и уровнем нарастания в крови МК, которая составила r= 0,87; 0,85, 0,83 и 0,91 (P<0,001) соответственно. Уровень r между показателем массы некротизированного миокарда и МК составила 0,93 (P<0,001). С увеличением времени развития ОИМ, в тех случаях, когда показатель массы некротизированого миокарда снижался, одновременно понижалось МК крови, прогноз и исход был благоприятным. Нарастание уровня МК даже при сохранении на стабильно высоком уровне показателя массы некротизированного миокарда в течение 1-3 суток,прогноз и исход был неблагоприятен.

Выводы. Выявлена четкая корреляционная связь ГУ с обширностью площади зоны некроза в сердечной мышце у больных ОИМ и имеет принципиальное значение для оценки эффективности реабилитационных мероприятий, дифференцировано выбора тактики и стратегии интенсивной терапии, раскрытия важной роли ГУ в патогенезе и клиническом течении ОИМ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЛИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОЧЕТАННЫМИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Абдиева Г.А.,Арипов С.А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние НИЛИ на эффективность терапии больных с гиперурикимией (ГУ), сочетанной с метаболическим синдромом (МС) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материалы и методы. Исследования проведены на 80 больных с ГУ, сочетанной с МС и ССЗ, (со стабильной стенокардией II и III функционального класса (ФК) по NYNA, II и III ФК – по Стражеско-Василенко). Возраст больных - 56,9±5,3 года, мужчин 58, женщин 22. Больные рандомизировано были разделены на группы: 1-ю гр. составили 15 больных, которым проведена традиционная комплексная терапия, 2-ю -16 пациентов, которым дополнительно включали НИЛИ с длинной волны 0,63 нм и мощностью 1-5 мВт/см ^{2} по зонам Захарьина-Геда. 3-ю гр. составили 12 пациентов с включением в комплексную терапию препарат Гепа-Мерц в/в инфузии в дозе 5 г/сут. курсом в течение 10 суток ежедневно, 4-ю группу - 17 больных, которым одновременно, в курс традиционного лечения включали НИЛИ и в/в инфузию Гепа-Мерц.

Результаты.Показано, что в период обострения (данные до лечения) у больных наблюдался высокий уровень мочевой кислоты (513,9±37,9мкмоль/л), креатинина (93,1±5,52 мкмоль/л), глюкозы (6,57±0,34мкмоль/л), высокая скорость клубочковой фильтрации (149,60±12,07мл/мин). Одновременно в крови были увеличены показатели характеризующие нарушения функции печени -АсАТ- на 23,5%, АлАТ- на 18,6%, щелочная фосфотаза - на 19,2%, билирубин- на 16,8% (p<0,05). После проведения курса лечения (на 10-15 сутки) в первой группе боль-

ных отмечены хорошие результаты- были получены (полное прекращение приступов стенокардии, увеличение толерантности к повседневным физическим нагрузкам) у 7 (46,7%), во 2-й, 3-й и 4-й у 14 (87,5%), 9 (75,0%) и 16 (94,1%), удовлетворительные (урежение, ослабление приступов стенокардии на 50% и более от исходного) у 2 (13,3%) пациентов, из 1-й группы, у 2-х (12,5%),из 2-й группы и по 1 (8,3 и 5,9%) пациенту с 3 и 4 группы. Во 2-й и особенно в 4-й группах больные отмечали значительное улучшение общего самочувствии, лучшую переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок. Во 2-й группе больных, показатели, характеризующие обмен мочевой кислоты и функцию печени восстановились у 12 (75,9%), в 4-й - у 17 (100% случаев).

Выводы. Таким образом, сочетанное с традиционным методом лазерное излучение потенцирует терапевтическую эффективность Гепа-Мерц, что обосновывает его включение при лечении больных с гиперурикемией, сочетанной с метаболическим синдромом и сердечно-сосудистым заболеваниями.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Таштемирова, И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Ашуралиев И.Р., Ахмаджанова Д., Каримов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Схема обследования на стадии доклинических проявлений:выявление наследственной предрасположенности к ожирению, СД, ИБС, АГ, социальный анамнез (особенности образа жизни, пищевые привычки), антропометрические измерения (рост, вес, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ), мониторинг АД, ЭКГ-исследование определение биохимических показателей уровня триглицеридов, холестерина ХЛ ЛВП, ХЛ ЛНП, апо-В плазмы, определение глюкозы крови натощак, инсулина крови натощак, по показаниям проведение глюкозо-толерантного теста. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов, определяющих суммарный риск развития и прогрессирования клинических проявлений. Это основной принцип стратегии первичной и вторичной профилактики.

Лечение: Цели лечения больных с МС - максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. Снижение массы тела на 10-15% от исходной сопровождается уменьшением массы висцеральной жировой ткани. Это приводит к улучшению чувствительности к инсулину, уменьшению системной гиперинсулинемии, улучшению показателей липидного и углеводного обменов, снижению артериального давления. Многочисленными работами показано, что метформин улучшает чувствительность периферических тканей к инсулину, способствует торможению процессов глюконеогенеза и гликогенолиза в печени. Препарат способствует снижению системной гиперинсулинемии. Показано также гиполипидемическое, гипотензивное действие метфор-

мина и его влияние на фибринолитическую активность крови. Имеются сообщения об успешном применении препарата в лечении больных с метаболическим синдромом без НТГ и СД 2 типа. Больным с выраженной дислипидемией, неподдающейся коррекции диетотерапией, назначаются *гиполипидемические препараты:* статины (ловастатин, симвастатин, правастатин) или фибраты. Решение о медикаметозном лечении дислипидемии базируется как на данных определения уровня липидов после соблюдения гиполипидемической диеты не менее 36 мес., так и на данных определения суммарной степени риска развития атеросклероза. b-блокаторы, особенно неселективные, в высоких дозах могут увеличивать уровень триглицеридов, приводить к усугублениюинсулинорезистентности, развитию дислипидемии и снижению уровня ХЛ ЛПВ. Поэтому предпочтительны ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, а-адреноблокаторы, селективные b-блокаторы. Следует учитывать, что при наличии у больного высокого суммарного риска развития СД 2 типа или сердечно-сосудистых заболеваний используется весь комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ БАХОЛАШ

Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таджибаева М.И., Кодирова Г.И., Ахмаджанова Д.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Ишнинг максади: Метаболик синдром ва ЮИК кузатилган беморларда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнини ўрганиш.

Текшириш материаллари: Беморларни текшириш давомида асосан 3 гурухга бўлиб олинди. I гурух – назорат гурух (15 та) согломлар, II гурух – МС аниқланган беморлар (18 та), III гурух – МС ва стабил стенокардия кузатилган беморлар (22 та).

Натижалар: МС кузатилган беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чикганимизда умумий холестерин (УХС) беморларда 3,0-5,4 ммол/л гача бўлганлиги кузатилди. II –гурухдаги беморларда УХС –18,1%; ТГ-21,4%; паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП) – 35,7%; юкори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП)-8,3% атероген коэффициенти – 34,5% назорат гурухига нисбатан ошганлиги аникланди. III – гурухдаги беморларда эса УХС – 59%; ТГ – 57,1%; ПЗЛП – 78,5%; ЮЗЛП– 16,6%; атероген-индекс 83% назорат гурухига нисбатан ўзгарганлиги аникланди.ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи махсулоти хисобланган МДА назорат гурухга нисбатан II – гурух беморларда 65,3%; (P<0,01); III - гурухда 90,6%гача ошганлиги аниқланди (P< 0,05).

Хулоса: Шундай килиб, МС ва стабил стенокардия ФС-II аниқланган беморларда МДА фаоллигини ортганлиги аниқланди. Бу холат юз беришига липидлар алмашинувини бузилиши хам алоқадор. Биз ўтказган текширувимиз беморларда МСни эрта ривожланиш сабабларини бир мунча бўлса хам тушунтириб беради ва беморларда МСни эрта

ташхислаш ва семизлик ва унинг окибатида келиб чикадиган нохуш холатларни олдини олишга имкон беради деб ўйлаймиз.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ФЕНОФИБРАТЛАРВА МЕТАБОЛИК ДАВОЛАШНИНГ САМОРАДОРЛИГИ

Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р.,
Юльчибоева Г.Ф., Ашуралиев И.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Биз текширувларимизда метаболик синдром кузатилган беморларга 12 хафта мобайнида одатий давога қўшимча равишда Трайкор 145 мгр ва тиотриозолин 2,5%-4мл в/и билан даволаш ўтказдик. Даволашдан сўнг олинган натижалар липидлар спектрини яхшиланганлигини кўрсатган. Умумий холестерин-37.5%, триглицеридлар-39%, паст зичликдаги липопротеидлар-34%, жуда паст зичликдаги липопротеидлар кўрсаткичи 24 %га пасайган ($p<0.05$). Юкори зичликдаги липопротеидлар эса олдинги кўрсаткичларга нисбатан 26,2%га ошган. Атерогенлик индекси 26,7%га даволашгача бўлган кўрсаткичлардан пасайган. Бизнинг текширишларимиз фенофибратларни сезиларли антиоксидант хусусиятлари борлигини, малоноводиальдегид даражасини пасайтириши орқали кўрсатди. Унинг миқдори даволашгача бўлган кўрсаткичлардан 48,8%га пасайган ($p<0,001$). Илмий изланишлар шуни кўрсатдики липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнлари ва дислипидемия холатларида фенофибрат ва метаболик даво билан биргаликда ўтказиш ижобий натижалар беради.

Хулоса: Шундай қилиб МС аниқланган беморларда трайкор ва тиотризолин билан даволашдан сўнг липидлар спектрини яхшиланишига ва МДА даражасини пасайишига олиб келди. Липид алмашинувини яхшилаш учун эса профилактик ва даволаш тадбирларини ўтказишда фенофибратларни меъёрий дозасини қўллаш самарали натижа беради.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТО-ГЕПАТИТА НА ФОНЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

Терёшин В.А., Круглова О.В.
Харьковский национальный медицинский университет
ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск, Украина

Цель: изучить эффективность энтеросорбции с применением современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) на фоне дисбиоза кишечника (ДбК).

Материалы и методы. Обследовано две группы больных с наличием НАСГ на фоне ДбК – основная (35 пациентов) и сопоставления (32 пациента), рандомизированные по полу, возрасту, длительности заболевания НАСГ и степени ДбК. Пациенты, находившиеся под. наблюдением,

получали общепринятое лечение. Кроме того, больным основной группы дополнительно назначали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь по 3-4 таблетки 2-3 раза в день на протяжении 10-15 дней подряд. Пациентам, находившимся под. наблюдением, проводили антропометрию (индекс массы тела, рост, окружность талии (ОТ) как маркер абдоминального (висцерального) ожирения, окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ), ЭКГ, сонографическое исследование органов гепатобилиарной системы; биохимическое исследование, характеризующее функциональное состояние печени (уровень билирубина, активность сывороточных аминотрансфраз, тимоловую пробу, щелочную фосфатазу), показатели липидного спектра крови (общий холестерин, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, триглицериды), бактериологический анализ кала на дисбиоз. Дополнительно осуществляли исследование уровня «средних молекул» (СМ), а также содержание в сыворотке крови конечного продукта липопероксидации – малонового диальдегида (МДА) и промежуточных продуктов – диеновых коньюгат (ДК) спектрофотометрически.

Результаты. У больных ДбК на фоне НАСГ основной группы в ходе лечения отмечалась четко выраженная положительная динамика показателей печеночных проб, а также липидного спектра крови. Анализ ЭКГ показал, что после лечения у большинства больных основной группы зарегистрировано заметное уменьшение гипоксии миокарда с улучшением коронарного кровообращения, при УЗИ исследовании органов гепатобилиарной системы – улучшение сонографической картины печени. В ходе терапии у лиц основной группы наблюдалось также нормализация микробного пейзажа кишечника. У пациентов группы сопоставления, получавших общепринятые средства лечения, положительная динамика была существенно менше выраженной, при этом достижение нормобиоценоза отмечалось в более поздние сроки, чем у лиц группы сопоставления, и в ряде случаев требовало назначения дополнительного курса приема пробиотиков. При специальном биохимическом исследовании было установлено, что уровень СМ в сыворотке крови у больных основной группы в ходе терапии снижался до верхней границы нормы, а именно до (0,55±0,02) ммоль/л. Уровень МДА в сыворотке крови больных основной группы в динамике лечения уменьшился в среднем в 2,31 раза и составил (3,35±0,2) мкмоль/л, ДК - в 2,14 раза и равнялся (9,3±0,3) мкмоль/л, что достоверно не отличалось от нормы. В то же время, у лиц группы сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, значения изученных показателей (СМ, МДА, ДК) на момент завершения курса лечения достоверно отличались от соответствующих значений нормы и показателей у лиц основной группы.

Выводы. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным применение современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» в комплексной терапии больных НАСГ на фоне ДбК.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Труханова И.Г., Иванова И.В.
Самарский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом при холецистэктомиях из мини-доступа путем оптимизации и индивидуализации анестезиологического обеспечения.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов в возрасте от 25 до 79 лет (средний возраст 41,84±1,01), прооперированных по поводу ЖКБ методом холецистэктомии из мини-доступа. Эти пациенты были комплексно обследованы и лечились в Клиниках «Самарского государственного медицинского университета» в период с 2010 по 2012гг. Критериями включения являлись: наличие двух и более нижеперечисленных признаков (ожирение, АГ, повышенная гликемия натощак, повышенный уровень триглицеридов, сниженный уровень ХВ-ЛПВП).

Рандомизация пациентов на группы осуществлялась в день анестезиологического пособия, при этом 37 пациентам проводилось общее комбинированное обезболивание на основе изофлурана – I группа, а 35 больным ТВА на основе пропофола – II группа, контрольная группа состояла из 18 пациентов, которым аналогичное хирургическое лечение ЖКБ, но метаболический синдром у них отсутствовал. Из них 7 мужчин (9,7%) и 65 женщин (90,3). Из сопутствующей патологии наиболее часто встречались: ишемическая болезнь сердца – 29 человек (40,3%); гипертоническая болезнь - у 46 (63,9%); ожирение I - III степени - у 72 (100%); сахарный диабет у - 50 (69,4%). Важно отметить, что 53 (73,6%) пациента имели в анамнезе одновременно два и более сопутствующих заболевания. По классификации ASA пациенты соответствовали II-IV классу анестезиологического риска. Премедикация осуществлялась всем пациентам на операционном столе и состояла из наркотического анальгетика (фентанил) 0,05-0,1мг, м-холинолитика (атропин) 0,5-1мг, и антигистаминного средства (дифенигидрамин или хлорпирамин). Назначение премедикации производилась строго индивидуально и во многом зависела от степени анестезиологического риска пациента.

Весь периоперационный период всем больным осуществлялся не инвазивный мониторинг показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений, насыщения кислородом крови, регистрацию ЭКГ, по показаниям исследовался уровень глюкозы крови.

Результаты. Исследование гемодинамики на этапах общего обезболивания позволили нам судить о разной степени влияния двух различных видов анестезии на периоперационное состояние больных ЖКБ с метаболическим синдромом. Исходя из этого, строилась стратегия рекомендаций по выбору анестезии у данной категории больных.

Исходно высокий уровень систолического давления в начале

исследования отмечался у всех пациентов с МС (150-172 мм. рт. ст), а в контрольной группе этого не было и значения соответствовали нормальным (128-140 мм. рт. ст). Далее на всех этапах наблюдения АД систолическое, во всех группах соответствовали нормальным значениям.

Выводы. Таким образом, оба метода общей анестезии обеспечивают полноценную защиту организма во время оперативного вмешательства. Однако, при выполнении хирургического вмешательства у больных с метаболическим синдромом комбинированная анестезия позволила обеспечить более высокий уровень защиты.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Тулабаева Г.М., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М., Хусанов А.А.,Алиев М.Э.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель: оценить факторы, приводящие к резистентности артериальной гипертонии (АГ), а также выявить характеристику больных с резистентной АГ в клинической практике.

Материал и методы: в исследование включено 42 пациента с резистентной АГ (43% мужчин, средний возраст в группе 57 года и 57% женщин, средний возраст 59 лет). В протокол исследования наряду с общеклиническими, клинико-лабораторными исследованиями включены методы ЭхоКГ с Д-ЭхоКГ, измерение и мониторирование АД (методом Короткова), а также оценка анамнестических данных, в том числе анализ данных предшествовавшей антигипертензивной терапии.

Результаты: изобщего количества исследованных пациентову 4 пациентов (9,5%) резистентность АГ обусловлена её вторичным характером (патология паренхимы и сосудов почек, неспецифический аорто-артериит, эндокринная патология). У 38 больных (90,5%) расшифровать происхождение резистентной АГ достоверно не удалось. Данная категория пациентов имеет сопутствующие факторы риска, такие как метаболическим синдромом (63,2%), сахарный диабет (31,5%), синдром обструктивного апноэ во время сна (68,4%), курение (47,4%), наследственная отягощённость по артериальной гипертензии (39,5%). Основные препараты, используемые во время исследования, представлены следующими классами: тиазидные диуретики (92,1%), ингибиторы АПФ (50%), блокаторы рецепторов ангиотензина II (47,4%), В-адреноблокаторы (84,2%), дигидроперидиновые антагонисты кальция (81,6%), агонисты имидазолиновых рецепторов (34,2 %). Однако в рекомендуемых (максимальных) дозах препараты были задействованы не во всех случаях: ингибиторы АПФ (68%), блокаторы рецепторов ангиотензина II (56%), дигидроперидиновый антагонист кальция (71%), агонисты имидазолиновых рецепторов (77%).

Рациональной (по мнению ВНОК) антигипертензивная терапия, которая представляла собой три антигипертензивных препарата, удалось достичь лишь в 13% случаев. С гипотензивной целью наиболее часто (76,3%) использовалась комбинация 4-5-ти препаратов, а с учетом необходимости коррекции сопутствующих патологических состояний количе-

ство одновременно принимаемых препаратов возрастало от 6-ти до 9-ти. Многократный прием нескольких препаратов и наличие сопутствующих факторов риска в данной группе пациентов, несомненно, снижал приверженность к лечению.

Выводы: подавляющее большинство пациентов с резистентной артериальной гипертонией имело потенциально устранимые причины её развития. В рекомендуемых (максимальных) дозах препараты были задействованы не во всех случаях. Таким образом, необходимо подбирать гипотензивную терапию больным с резистентной АГ в рамках рациональных комбинаций из 3-х препаратов, достигая максимальных доз и лишь потом переходить к терапии 4-мя и более гипотензивными средствами.

АНТИВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

Турдиева Д.Э., Мухамедова Х.Т., ТашмухамедоваБ.Э,
Алимова З.А, Турсунова Н.Э.
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей.

Цель - доказательство выбора антибиотика раннее начатая специфическая антивирусная терапия у новорожденных пневмониями.

Материал и методы.Обследованы 35 новорожденных с пневмонией.В анамнезе у матерей этих новорожденных, были инфекции мочеполовой системы-71,4%; ОРЗ и другие инфекции во второй половине беременности-57,1%; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (мёртворождение, выкидыши, смерть ребёнка в перинатальном периоде) при отсутствии иммунологической несовместимости матери и ребёнка-62,8%. Дети были разделены на 2 группы: 1-группа 19 новорожденных, которые поступили на 2-й этап выхаживания из родильного дома; 2-группа 16 новорожденных поступили из дома на 10-16-20 сутки жизни в клинике. Были проведены клинико-лабораторные, клинико-инструментальные методы исследования, метод ИФА с методом ПЦР. Из 35 новорожденных у 27 новорожденных обнаружено: герпес инфекция, листереоз в высоких титрах, у 5 новорожденных хламидиоз, у 3 новорожденных обнаружен токсоплазмоз.

Результаты.Новорожденные поступившие на 10-16-20 сутки жизни с желтухой, анемией, ДВС-сидромом, получили антибиотики из группы цефалоспоринов 3-го поколения и аминогликозиды, до результатов специфических методов исследования, погибли от инфекционно-токсического шока, вторичного геморрагического кровоизлияния.

Рано начатые в/в инъекции зовираксом дали выраженный положительный эффект. Визуально, ликвидировались, очаги локальной инфекции и не наблюдалась генерализация гнойно-воспалительного заболевания, исчезла желтушность кожных покровов. После 2-3 дневного введения в/в зовиракса (10мг/кг/сутки каждые 8 часов), состояние детей улучшилось после чего, перешли на таблетированную форму зовиракса.

Выводы.Таким образом, раннее начатая специфическая антивирусная терапия оказывает выраженный положительный эффект на новорож-

денных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, как пневмония. Народная мудрость гласит: «Самое щадящее лечение – это правильное лечение». А под словом правильное лечение нужно понимать, не только эффективное, но и безопасное, безболезненное и удобное для маленького пациента лечение.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Убайдуллаева Н.Н.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель – изучить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у мужчин больных ХОБЛ и оценить взаимосвязь МПКТ с табакокурением.

Материалы и методы.Под наблюдением находились75 мужчин с ХОБЛ в возрасте от 43 до 60 лет (средний возраст 51,5 лет). Диагноз ХОБЛ ставился в соответствие с международными критериями GOLD (2009). Диагностическим критерием ХОБЛ являлось соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ<70%. Функцию внешнего дыхания у всех обследованных оценивали на аппарате «Мастерлаб» (Erich Jeger-Германия) с проведением бронходилятационной пробы. Из обследования были исключены лица, в качестве базисной терапии получающие ГК-терапию, имеющие другие сопутствующие заболевания, которые могли оказывать самостоятельное влияние на костный метаболизм. До начала обследования пациенты не получали антирезорбтивной терапии. Для измерения плотности костной ткани (ПКТ) применяли метод ультразвуковой денситометрии с помощью аппарата «Onisense 8000S» (Израиль). О состоянии костного метаболизма судили по концентрации в сыворотке крови биохимического маркера резорбции кости β-CrossLaps (CL) – компонента С- терминального телопептида коллагена I типа. Содержание CL в сыворотке крови определяли иммуно - хемилюминисцентным методом с помощью наборов фирмы «HoffmanLaRoshe» (Швейцария) на аппарате «ELECSIS-2010» той же фирмы. В норме CL у мужчин не должен превышать 0,394 нг/мл.

Результаты. Установлено, что у большинства больных длительность заболевания составляла более 10 лет (68%). Среди обследованных 42 (56%) пациента были активными курильщиками со стажем курения 25 и более лет. В соответствие с индексом курящего человека (ИКЧ) пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли 18 (42,8%) больных с ИКЧ>200, во 2-ю- 12 (28,6%) пациентов с ИКЧ 160-199, в 3-ю 12 (28,6%) пациента с ИКЧ<160. В зависимости от статуса курения выделили 3 группы: в первую вошли 24 (57,1%) больных с показателем более 25 пачек/лет; во вторую- 12 (28,6%) пациентов с показателем – от 10 до 24 пачек/лет; в третью – 6 (14,3%) больных с показателем менее 10 пачек/лет. Исследование МПКТ установило у 24% больных ХОБЛ наличие остеопенического синдрома различной выраженности. Остеопения (ОПН) диа-

гностирована в 16% случаев, ОП - в 8%. По результатам ультразвуковой денситометрии в группе курящих остеопенические нарушения отмечены у 12,8% больных, причем частота ОПН составляет 28,6% и ОП- 14,3%. У некурящих больных ХОБЛ снижение МПКТ не выявлены. Установлены достоверно более низкие значения МПКТ в группе курящих пациентов (3,3±0,2 SD) по сравнению с некурящими. Анализ интенсивности и длительности курения во взаимосвязи с состоянием МПКТ выявил наличие обратной связи остеопенических нарушений с ИКЧ ($p<0,001$) и с числом пачко-лет ($p<0,01$).

Выводы. Таким образом, распространенность и выраженность ОП у курящих больных ХОБЛ значительно выше (14,3%), чем у некурящих больных ХОБЛ (8%). Доказана обратная корреляционная связь нарушений МПКТ с интенсивностью и длительностью курения.

СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ТИПОВ

Убайдуллаева Н.Н.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель -изучение биохимического маркера резорбции костной ткани в сопоставлении с её плотностью для выяснения особенностей костного метаболизма при основных типах ХОБЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 75 мужчин с ХОБЛ в возрасте от 43 до 60 лет (средний возраст 51,5 лет). Диагноз ХОБЛ ставился в соответствие с международными критериями GOLD (2009). Диагностическим критерием ХОБЛ являлось соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ<70%. Функцию внешнего дыхания у всех обследованных оценивали на аппарате «Мастерлаб» (Erich Jeger-Германия) с проведением бронходилятационной пробы. Из обследования были исключены лица, в качестве базисной терапии получающие ГК-терапию, имеющие другие сопутствующие заболевания, которые могли оказывать самостоятельное влияние на костный метаболизм. До начала обследования пациенты не получали антирезорбтивной терапии.

Для измерения плотности костной ткани (ПКТ) применяли метод ультразвуковой денситометрии с помощью аппарата «Onisense 8000S» (Израиль). О состоянии костного метаболизма судили по концентрации в сыворотке крови биохимического маркера резорбции кости β-CrossLaps (CL) – компонента С- терминального телопептида коллагена I типа. Содержание CL в сыворотке крови определяли иммуно - хемилюминисцентным методом с помощью наборов фирмы «HoffmanLaRoshe» (Швейцария) на аппарате «ELECSIS-2010» той же фирмы. В норме CL у мужчин не должен превышать 0,394 нг/мл.

Результаты. Установлено, что у большинства больных ХОБЛ развивается остеопенический синдром различной степени выраженности. Так, в целом по группе снижение плотности костной ткани (ПКТ) выявлено у 63 (54,8%) больных. При этом остеопения (ОПН) диагностирована у 38

(60,3%) больных ХОБЛ, клинически выраженный ОП у 21 (33,3%) больных, тяжелый ОП у 4 (6,4%). Выявлено, что по данным ультразвуковой денситометрии, у 25,5% пациентов с бронхитическим типом ХОБЛ показатели ПКТ соответствовали нормальным значениям, у 62,8% выявлена ОПН и лишь у 11,7% - ОП. В то же время у всех больных с эмфизематозным типом ХОБЛ имели место отклонения в сторону снижения ПКТ, причём в 56,6% случаев до уровня ОПН, в 43,5% - до уровня ОП.

Установлено, что у обследованных концентрация CL резко повышалась, превышая аналогичный показатель в контроле почти в 2 раза. При этом степень повышения уровня данного маркёра также зависела от клинического варианта ХОБЛ: концентрация CL была максимальной у пациентов с эмфизематозным типом – 0,695±0,03 нг/мл, а при бронхитическом типе – 0,565±0,02 нг/мл; $p<0,01$.

Выводы. Таким образом, по результатам ультразвуковой остеоденситометрии снижение ПКТ диагностировалось у 54,8% пациентов с ХОБЛ. Остеопения выявлена у 60,3% больных, клинически выраженный ОП у 33,3% больных и тяжелый ОП у 6,4%.Анализ изменений биохимических маркёров костного метаболизма показал, что у обследованных больных с ХОБЛ концентрация CL резко повышалась, при этом степень повышения уровня маркёра зависела от клинического варианта ХОБЛ: концентрация CL была максимальной у пациентов с эмфизематозным типом. Больные эмфизематозным типом ХОБЛ представляют контингент высокого риска неблагоприятного прогноза заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.

Узаков А.Д., Маматов Б.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель. Изучить основные клинические критерии МС при бронхиальной астме у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Для постановки диагноза МС при БА учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных и биохимических методов исследования. Все больные по необходимости были проконсультированы узкими специалистами: ЛОР, аллергологом, невропатологом, кардиологом, эндокринологом, фтизиатром. Оценивался углеводный обмен (уровень глюкозы крови натощак, по показаниям - тест толерантности к углеводам), липидный обмен (уровень ЛПВП, ЛПНП, ТГ оценивался методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что ИМТ у всех детей был >90 перцентиля, а у 43% детей >95 перцентиля согласно возраста и пола, т.е. 57% детей имели избыточную массу тела. Средней показатель ИМТ составил 28,1±5,1 кг/м^2. Установлена достоверная корреляция возраста и ИМТ у детей и подростков. Сопоставление (процент) ОТ/ОБ у детей и подростков, которое указывает на возможность абдоминального ожирения составило 0,86-0,97%.

Уровень мочевой кислоты в крови находился в пределах 0,239-0,416 ммоль/л и у 50% обследуемых превышал нормальные показатели. Необходимо отметить, что мочевая кислота является маркером и этиопатогенетическим звеном АГ и МС. Содержание мочевины у детей колеблется в пределах 3,3-5,7 ммоль/л ни у одного ребенка не превышала возрастной нормы, составляя 4,8±0,28 ммоль/л изучаемой группы. Показатели креатинина достигали уровня 0,088-0,140 ммоль/л и не превышал возрастных групп. Установлена тесная корреляционная связь показателей мочевины и креатинина у детей с МС (r=0,58, P<0,05). Содержание глюкозы в венозной крови достигало 3,5-6,9 ммоль/л, в среднем составляя 4,93±0,31 ммоль/л.Показатели гликемии были повышены у 23,0% детей с МС, что свидетельствует о НТГ. У детей школьного возраста имеют место признаки дислипидемии (ДЛП). Концентрация ОХС составили 2,64-5,7 ммоль/л, в среднем 3,8±0,28 ммоль/л и только у 27,2% детей она превышала нормального значения (4,6 ммоль/л), а у 18 % детей была <3,0ммоль/л. Установлена высокая прямая корреляционная зависимость между ОХС и возрастом детей (r=0,4). Уровень ЛПВП достигал 0,16-1,12 ммоль/л. У 90% детей был ниже нормы. Обнаружена достоверная обратная зависимость между ЛПВП и КА (r=0,96, P<0,05). Показатели ТГ определялись в границах 0,8-1,85 ммоль/л, у 50% детей превышали норму, что считают основным патогенетическим фактором при МС.

Выводы.На основании полученных данных можно сделать вывод, что основными клиническими критериями МС у детей школьного возраста следует считать наличие АГ, гиперсимпатикотонии, избыточной массы тела (ИМТ), абдоминально-висцерального ожирения, гиперурикемии, снижения ЛПВП и увеличения содержания ТГ в крови. Предикторами развития МС у детей признаны осложненный акушерский анамнез, гестоз в первой и во второй половине беременности.

ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА АТЕРОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,
Усманова Д.Н.,Бахрамов С.Т., Китьян С.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель. Оценка влияния гиполипидемической терапии на атерогенный потенциал плазмы крови и инсулинорезистентность (ИР) у больных метаболическим синдромом (МС). Из гиполипидемических препаратов использован статин 3-го поколения розувастатин (роксера).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных МС, средний возраст 56,93±8,18 лет, длительность заболевания от 5 до 10 лет. Диагноз МС выставлен с учетом критериев IDF(2005). Липидный спектр определялся путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови биохимическим методом с использованием экспресс- анализатора "ReflotronPlus" (Roche, Germany). Содержание ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП расчитывали по формуле W. Friedwald, индекс атерогенности- по формуле А.

Климова. Оценку липидного спектра проводили согласно критериям ВОЗ (1999) и IDF(2005). Всем больным, на фоне стандартной терапии, включающей антиангинальные, антиагрегантные и метаболические средства, был назначен препарат розувастатин (Р) в дозе 20 мг в сутки в течении 24 недель.

Результаты. Применение **Р** дало положительные результаты по ряду кпинико- метаболических показателей. По данным офисного измерения АД САД снижалось на 21,8% (г=0,9404; р=0,0001), а ДАД - на 15,7% (г=0,9784; р=0,0001). Динамика основных параметров липидтранспортной системы на фоне 24- недельной терапии была следующей: уровень ОХС уменьшился на 39,8% (г=0,5123; р=0,0001), уровень ТГ на 13,2% (г=0,9993; р=0,0001), ХС ЛПНП на 47,4% (г=0,9969; р=0,0001), ХС ЛПВП увеличился на 11,2% (г=0,6953; р=0,0137), уровень СЖК уменьшился на 17,4% (г=0,8996; р=0,0001), ИА на 50,5% (г=0,9965; р=0,0001). Наибольшему снижению подверглись ХС ЛПНП, далее - ОХС, СЖК.ТГ. Также наблюдалось положительное влияние Р на окислительно-антиокислительную защиту организма: уровень ПОЛ снижался на 40,2% (г=0,1284; р=0,0131) по уровню МДА, а АОЗ организма повышалась на 53,0% (г=0,9171; р=0,0001) по уровню КАТ. Р положительно влиял на показатели неспецифического воспаления: уровни ИЛ-6 снижались на 39,3% (г=0,9092; р=0,00001), ФНО-а на 35,1% (г=0,9808; р=0,0001), уровень вчСРБ, снижался на 45,1% (г=0,9908; р=0,0001).Лечение Р привело также к изменению гуморальных маркеров ДЭ: через 24 недели лечения Р отмечено ещё большее достоверное снижение уровней потенциальных маркеров ДЭ - ЭТ-1 на 30,5% (г=0,4521; р=0,0004), SVCAM-1 на 23,4 % (г=0,3912; р=0,0005); ИФР-1 на 22,0% (г=0,3830; р=0,0005). Уровень ЭЗВД повысился на 27,1% (г=0,6955; р=0,0001). Влияние терапии статинами на показатели углеводного обмена были следующими: концентрация ГН снижалась на 30,0% (г=0,9859; р=0,00001), уровень ИРИ уменьшался на 22,3% (г=0,9309; р=0,0001), $HBAi_c$и индекс НОМА уменьшились на 29,0% (г=0,9253; р=0,0001) и 43,1% (г=0,9992; р=0,0001) соответственно.

Выводы. Таким образом, терапия розувастатином пациентов МС свидетельствует о разнонаправленном благоприятном влиянии Р на организм. Р оказывает достаточно выраженный гиполипидемический эффект, нормализуя атерогенный профиль крови и другие важные плейотропные эффекты - от уменьшения ИР до улучшения состояния эндотелия. Р является препаратом выбора в достижении гиполипидемического и плейотропного эффектов у пациентов МС с дислипидемией.

ЭФФЕКТ СИМПАТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ-ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.,
Таштемирова И.М., Китьян С.А., Бахромов С.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучение влияния гипотензивной терапии на клинико - метаболические показатели у больных метаболическим синдромом (МС). Из группы гипотензивных препаратов использован агонист h-имидазолиновых рецепторов -моксонидин (физиотенз) (М).

Материал и методы. Обследовано 40 больных МС, средний возраст которых составил 55,33±7,12 лет, длительность заболевания от 3 до 6 лет. Диагноз МС выставлен с учётом критериев IDF(2005). М был назначен в дозе 0,4 мг в сутки в течении 12 недель.

Результаты. Применение М дало положительные результаты по уровню АД и ряду клинико-метаболических показателей. Так, по данным офисного измерения, целевого уровня АД (130/85 мм.рт.ст.) удалось достичь у 85,0 % больных. При этом ЧСС не изменялась. Отмечена положительная динамика в отношении массы тела: достигнуто достоверное снижение ИМТ (с 38,97±3,78 до 35,29±3,13 кг/м^2; г=0,8812; р<0,0001) и общей массы тела (с 102,83±4,45 до 90,54±6,34 кг; г=0,8502; р<0,0001). Претерпел изменения и углеводный обмен: так уровень глюкозы крови натощак изменился недостоверно (р>0,05). Достоверно изменился уровень инсулина натощак с 21,30±4,91 до 15,71 ±3,18 мкЕд/мл (г= 0,9347; р<0,0001). Гликемический индекс, характеризующий косвенно чувствительность тканей к инсулину достоверно повысился с 0,29±0,01 до 0,41±0,07 (г= 0,9650; р<0,0001). Лечение моксонидином оказало значительный симпатолитический эффект и положительно влияло на показатели САС у больных МС. При этом наибольшему влиянию подверглись параметры конечных продуктов КА: А- суммарный уровень уменьшился на 30,3% (г= 0,9430; р<0,0001) и особенно НА - суммарный уровень уменьшился на 38,2% (г= 0,8856; р<0,0001). Терапия М привела к достоверному улучшению показателей липидного обмена: так, уровень ОХС уменьшился с 8,16 ±0,92 до 6,53±0,79 ммоль/л (г=0,0433; р<0,0015); ХС ЛПНП - с 6,23+0,60 до 5,21±0,65 ммоль/л (г= 0,9905; р<0,0001); ТГ - с 2,56±1,03 до 2,02±0,20 ммоль/л (г=0,9992; р<0,0001); СЖК - с 0,86±0,02 до 0,56±0,08 ммоль/л (г= 0,9997; р>0,0001); ИА - с 7,32±1,40 до 4,50±1,09 (г=0,9882; р>0,00001). Уровень ХС ЛПВП претерпел достоверное повышение с 0,84±0,08 до 0,97±0,08 ммоль/л (г=0,9790; р<0,0001). 12-недельное лечение М привело к изменению показателей гормонов жировой ткани, в частности лептина и адипонектина: исходно повышенный уровень лептина (26,78±4,44 нг/л) умеренно и достоверно снижался (21,07±1,57 нг/л; г= 0,6885; р<0,0001). В то же время, исходно сниженный уровень АН (5,11±0,85 мкг/мл) наоборот, достоверно повышался до 6,99±0,22 мкг/мл (г =0.8539; р<0,0001).

Выводы. Таким образом, терапия моксонидином больных АГ при МС воздействовала на основные звенья патогенеза МС, а именно достигла выраженного гипотензивного и симпатолитического эффекта, повысила чувствительность тканей к инсулину, сбалансировала уровень гормонов жировой ткани, улучшила липидный обмен. Моксонидин является препаратом выбора в лечении АГ при МС.

УМУМИЙ СЕМИРИШНИ МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ХАВФИ РИВОЖЛАНИШИДАГИ АХАМИЯТИ

Узоков Ж.К., Сайдалиев Р.С.
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад: Умумий семиришни метаболик синдром ва юрак қон томир касалликлари хавфи ривожланишидаги ахамиятини баҳолаш.

Материал ва метод: Тадқиқодга 48 та эркак беморлар (45-63 ёш оралиғида, ўртача ёш 51±12) жалб қилинди. Беморлар икки гурухга бўлинди. 1-гурухда 24 та метаболик синдромли беморлар бўлиб, уларда қорин айланаси 94 см дан юқори ва умумий семириш мавжуд (ТМИ>30), иккинчи гурухда хам 24 та беморлар бўлиб, уларда умумий семириш мавжуд, лекин қорин айланаси кўрсаткичи нормал. Беморларда юрак ишемик касаллиги белгилари инкор қилинди. Коронар қон томирларни жарохатланганини кўриш учун барча беморлар МСКТ текширувидан ўтқизилди. МСКТ натижаларига кўра барча беморлар 3 гурухчаларга бўлинди: 1-гурухчадаги беморларда коронар артерияларда (КА) стеноз мавжуд эмас, иккинчи гурухчадаги беморларда КА да 20-50% стеноз мавжуд, 3-гурухчадаги беморларда КА да 50% дан кўп стеноз. Барча беморлар метаболик синдромнинг асосий ва қўшимча мезонлари бўйича баҳоланди.

Натижа: КА 20-50% стеноз холати 1-гурухдаги беморларнинг 46% да, 2-гурухдаги беморларнинг 29% да кузатилди, $p<0,05$. КА 50% дан юқори стеноз холати 1-гурухдаги беморларнинг 25% да, 2- гурухдаги беморларнинг 17% да кузатилди, $p<0,01$. 1-гурухдаги беморларнинг 29% да, 2-гурухдаги беморларнинг 54% да КА стенози аниқланмади, $p< 0.01$. Статистик тахлилда 1-гурухдаги беморларда 2-гурух билан солиштирилганда триглицеридлар (2,06±0,98; 1,6±0,63 тегишли равишда, $p<0,01$) ва глюкоза (6,2±0,34; 5,6±0,75, $p<0,05$) кўрсаткичлари юқори бўлди. ТМИ, қорин айланаси ва коронар атеросклероз ривожланганлик даражаси (МСКТ малумотларига асосланиб) бўйича корреляцион анализ ўтқизилганда қорин айланаси ва коронар атеросклероз ривожланганлик даражаси ўртасида ижобий алоқа кузатилди ($r=0.55$, $p<0,001$), ТМИ билан эса ижобий боғланиш кузатилмади.

Хулоса: Олинган малумотларга асосланиб айтиш мумкинки, умумий семириш метаболик синдром компонентларини шаклланишида ва юрак қон томир хавфи ривожланишида ахамиятли таъсир кўрсатмайди.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА ҚОН ИВИШ ТИЗИМИНИ АХОЛАШ

Узоқова М.К.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мақсад: ПЭ ва сурункали артериал гипертензияда гемостаз кўрсаткичларини қиёсий ўрганиш.

Материал ва методлар: Тошкент шахар 9 А.К.да 91 та хомиладорлар устида хомиладорлик ва туғруқнинг кечиши ўрганилди. Улардан 20 таси сурункали артериал гипертензияли ва 51 таси ПЭ билан оғриган аёллар

хисобланади. Хар бир гурухдаги аёллар яна 2 гурухга бўлинди. Томир-тромбоцитар ва коагуляцион гемостаздан фибриноген, протромбин вақти, тромбопластиннинг актив вақти ва тромбоцитлар ўртача миқдори периферик қон тахлилидан аниқланди.

Олинган натижалар: Хомиладорликнинг 11 триместридан бошлаб ПЭ ва САГ ли хомиладорларда томир-тромбоцитар ва плазма-коагуляцион турлича ўзгаришлар юзага келади. ПЭли хомиладорларда тромбоцитлар миқдорининг пасайиши САГли хомиладорларга нисбатан динамикада прогрессив камайди, аммо уларнинг агрегацион активлиги ХАГли хомиладорларда юқори. Фибриноген миқдори ПЭ ва САГли аёлларда хомиладорлик 111 триместирида ошди, аммо бу ПЭга нисбатан САГли хомиладорларда юқорироқ. Гемостазнинг прокоагуляцион занжирида ўзгаришлар САГли хомиладорларда ПЭга нисбатан яққолроқ бўлиб, фибриногенга ўхшаш коагуляция махсулотларининг тўпланиши ва протромбин, тромбин вақти кўрсаткичлари юқори. Юқоридаги кўрсаткичларнинг ПЭли хомиладорларда 11 ва 111 триместрда динамикада ошиши кузатилади, бироқ САГли хомиладорларда секин ошиши ёки олдингисидек сақланиб туриши кузатилди. Шунингдек САГли хомиладорларда тромбоцитопения кузатилмайди ва бу унинг ПЭли хомиладорлардан ягона фарқидир.

Хулоса: Патофизиологик занжири умумий бўлишига қарамай, ўтказилган ПЭдан кейин САГ ривожланиш эхтимоли катта бўлсада, хомиладорлик вақтидаги бу холатларнинг фарқи, акушерлик тактикаси ва кейинчалик хомиладорликни давом этишини аниқлайди. Қон ивиш тизими кўрсаткичларини бахолаш АГ генезини аниқлайдиган усуллардан бири бўлиб, юзага чиқиши мумкин бўлган тромбоэмболик асоратларни прогнозлашда мухим усул бўлиб хисобланади.

ПОДАГРА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ.

Умаров А.Э., Абдуллаев Р.М.
Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мақсад: Подагра билан оғриган беморларда кардиоваскуляр синдромларни аниқлаш.

Материал ва методлар: Бизни назоратимизда 44 нафар Подагра билан ориган беморларда кардиологик синдромлар урганилди. Беморларни барчаси эркакларни ташкил этади. Беморларни ёши 45-59ёш оралигида. Беморларни кардиоваскуляр синдромларни ўрганиш мақсадида барча беморларга BTL-08 EKG HOLTER ёрдамида суткалик (24 соатлик) Холтер ЭКГ мониторинги ўтказилди.

Натижа: Текширув натижаларига кўра беморларни барчасида суткалик элетрокардиограммадаги Т-тишчани сутка давомида бир неча марта изолинияга текисланиши ва изолиниядан тушиб кетиши холлари, 14 нафарида ST интервлини изолинияда 20ммгача ва 5 нафарида эса 20ммдан пастга тушиб кетиши эпизодлари, 7 нафарида ST-T сегментини изолиниядан меёрдан ортиқ кўтарилиши эпизодлари, 22 нафарида

бўлмача ва қоринча экстрасистолиялари, 3нафарида қиска вақтли бўлмача пароксизмал тахикардия хуружлари, 2 нафарида синус тугуни сустлиги синдроми аникланди. Юкоридаги узгаришлар аникланган беморларга барчасига кардиологик даво утказилди.

Хулоса: Юкорида натижалардан шундай хулоса келиб чикадики Подагра билан оғриган беморларни барчасида кардиологик синромлар мавжуд булиб, бу бемоларни уз вактида суткалик ХОЛТЕР ЭКГ кузатуви утказиш мақсадга мувофик. Бу текширув бизга беморларда учрайдиган яширин миокард ишемияси, турли хил аритмияларни аниқлаш имконини беради ҳамда подагри билан оғриган беморларда кардиоваскуляр асоратларни олдини олишга ёрдам беради.

ХАРТИЛ АМЛО В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Уменова Г.Ж., Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б.,
Тыналиева Ш.А., Туякбаева А.Г.
Городской кардиологический центр, Алматы, Казахстан

Цель:изучение эффективности и безопасности хартил амло у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы.Обследовано 25 больных сМС и артериальной гипертензией, поступивших в экстренном порядке в ГКЦ в возрасте от 66 до 73 лет (средний возраст – 69,3± 0,9), из них мужчин - 12; женщин -13. Среди них АГ2 степени – у 9; 3-ей степени – у 16. Кроме общеклинических анализов исследовали уровень глюкозы натощак, липидограмму, регистрировали ЭКГ. Хартил амло назначали в дозе по 5/5 мг в сутки в течение 8 недель, эффективность препарата оценивали по степени снижения АД.

Результаты и обсуждение. По результатам нашего наблюдения в процессе терапии хартил амло целевого уровня АД достигли 19 пациентов (76%). Общепризнано, что одним из важных условий антигипертензивной терапии у больных с МС является достижение целевого уровня артериального давления - ниже 140/90 мм рт. ст. (и для больных сахарным диабетом - ниже 140/85 мм рт. ст.), так как именно при этом условии наблюдается меньше сердечно-сосудистых осложнений. При этом также необходимо учитывать влияние антигипертензивного препарата на углеводный и липидный обмен. Преимуществом должны пользоваться лекарственные средства, по крайней мере нейтрально действующие на обменные процессы; еще лучше, если они будут обладать свойством снижать инсулинорезистентность и улучшать показатели углеводного и липидного обмена. Уникальная комбинация двух молекул (рмаиприла и амлодипина) имеет широкую доказательную базу по достижению целевого уровня АД и защите органов-мишеней. Кроме того, фиксированная комбинация антигипертензивных препаратов из разных групп способствует повышению приверженности больных лечению, т.к. одномоментное применение препаратов из разных групп способствует не только снижению АД, но и уменьше-

нию дозозависимых побочных эффектов. Побочного действия хартил амло не установлено.

Выводы. Таким образом, фиксированная комбинация иАПФ и БКК (хартил амло) у больных с МС снижает уровень АД до целевых значений у 76% больных, при этом имеет достаточно высокий профиль безопасности.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ БОЛЬНЫХ КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Усманова З.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель. Изучение содержания цинка (Zn) в волосах, биоптатах атеросклеротических бляшек (АСБ) сонной артерии и сыворотке у пациентов каротидным атеросклерозом с и без сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 73 больных, имеющих нестабильные АСБ сонных артерий в возрасте от 46 до 88 лет (55 мужчин и 18 женщин) (средний возраст 65,96±1,07 лет). Больные распределены на две группы в зависимости от наличия СД 2. В первую группу вошли 45 больные без СД 2 и во вторую группу включено 28 пациентов с СД 2. Всем пациентам проведено цветовое дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). У больных с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭЭ). Образцы АСБ были получены сразу после КЭЭ и доставлены в лабораторию для определения цинка. У всех однократно забирали кровь из локтевой вены утром натощак через 12 часов после приема пищи. Все образцы венозной крови немедленно центрифугировались, сыворотки замораживались при температуре -20 градусов. Уровень Zn определен с помощью набора реагентов «Zinc-Vital» (Vital Development Corporation, Россия) на биохимическом автоматическом анализаторе Mindray BS-200 (Китай). Количественное определение уровня Zn в волосах и в АСБ осуществлялось методом оптико-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной аргоновой плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США).

Результаты. Между двумя группами уровень Zn в сыворотке статистически значимо не различался, но в волосах (164,5±17,9 мкг/г) и АСБ (63±13,04 мкг/г) больных с СД2 Zn был ниже, чем в первой группе (в волосах: 214,3±15,5 мкг/г, в АСБ: 102,5±10,5 мкг/г, $p<0,05$). При проведении корреляционного анализа данных выявлена обратная слабая взаимосвязь уровня Zn в сыворотке с концентрацией в волосах ($r=-0,21$; $p=0,08$) и положительная корреляция с уровнем в АСБ ($r=0,21$; $p=0,08$). Обнаружена слабая положительная корреляционная связь концентрации Zn в волосах с уровнем в АСБ ($r=0,23$; $p=0,08$). Интересна обратная связь Zn в АСБ с уровнем глюкозы в крови ($r=-0,36$; $p<0,05$). Также выявлена обратная вза-

имосвязь Zn в крови и в АСБ с возрастом (r=-0,32 и r=-0,6, соответственно, p<0,05).

Выводы. Таким образом,у больных каротидным атеросклерозом в сочетании с СД 2 содержание цинка в АСБ и волосах ниже, чем у пациентов без СД 2. По мере повышения уровня гликемии снижается уровень Zn в биоптатах АСБ. Снижение концентрации Zn в сыворотке сопровождается снижением уровня Zn в АСБ. Снижение уровня Zn в волосах ассоциируется со снижением уровня Zn в биоптатах АСБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА – ДИАБЕТОН MR ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Фазылов А.В., Хашимова Р.М., Куртиев И.О., Захидова М.З.
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования:оценка изучения клинической эффективности гипогликемического препарата – Диабетон MR 60мг у больных СД II типа с ИБС ФК –II-III.

Материалы и методы. Всего нами было обследовано 49 больных с СД II типа с сопутствующими заболеваниями ИБС ФК II-III. Все больные были распределены на 3 группы: 1 группа – 18 (36,7%) больных, принимавших Диабетон MR60мг однократно на фоне комплексной медикаментозной терапии; 2 группа – 16 (32,7%) больных принимали глибенкламид манинил 5мг, и 3 группа 15 (30,6%) больных, принимавших амарил 2мг. Все больные в группах находились под наблюдением в группах, все они были сопоставимы по весу, возрасту, полу и длительности СД и ИБС. При необходимости больные получали стационарное обследование и лечение.

Результаты исследования. Во всех группах, принимавших комплексную медикаментозную терапию с вышеуказанными препаратами общее самочувствие больных сопоставимо улучшилось, при этом свертываемость крови была достигнута одновременно к снижению,и параллельно нормализовался гликемический профиль.Необходимо отметить, что группы 2 и 3, где больные принимали препараты манинил и амарил сопоставимо у 3 и 2 больных наблюдались побочные явления по типу небольшого повышения уровня трансаминазы, липидного профиля в крови, несмотря на проводимую терапию, а также протеинурия в моче оставалась длительной. А где группа больных (1 группа) принимала препарат диабетон MR, вышеуказанные явления ни в одном случае не наблюдались, и у больных за короткое время гликемический профиль снизился относительно быстрее и клиническая картина болезни быстрее нормализовалась.

Выводы. Применение гипогликемического препарата Диабетон MR (по сравнению с тем, где применялся манинил и амарил) у больных СД II типа на фоне ИБС ФК II-III с комплексной медикаментозной терапией клинических и лабораторно –инструментальных исследований нормализация наступила сравнительно быстрее. Таким образом, Диабетон MR

является более эффективным и безопасным препаратом при лечении больных с СД II типа с ИБС ФК II-III.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОТЕИНОВЫХ ПОКА-ЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В

Фесенко Л.М., Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз (Ташкент)

Цель. Определение протеомных показателей в сыворотке крови, характерных для хронического гепатита В.

Материал и методы. Исследовали 3 группы пациентов.Первая, контрольная группа включала в себя 10 здоровых детей, вторая 34 детей с умеренной активностью ХГВ, 8 -с выраженной активностью. Выбор потенциальных маркеров был проведен по результатам 2D электрофореза, биоинформатического поиска на основе генной экспрессии по базам данных Spectrum Mill, а также с учетом сведений, представленных в мировой литературе. Метод двумерного электрофореза был также использован для снижения концентрации мажорных белков в пробах сывороток и первичной идентификации белкового спектра. Процедуру 2D электрофореза проводили на приборе Мультифор (LKB, Швеция). Гели окрашивали двухступенчатым методом на первом этапе кумасси голубым, а затем серебром с тиосульфатом натрия.

Результаты. На первом этапе работы были выбраны потенциальные белковые маркеры, для которых необходимо подтвердить экспрессию в крови больного, и насколько эта экспрессия выше, чем в нормальной сыворотке. Фактически должна быть проведена идентификации белков, уровень синтеза которых наиболее заметно и наиболее часто изменяется при хронической патологии печени. Среднее количество регистрируемых пятен на всех контрольных двумерных электрофореграммах составило 88±10. Эти данные соответствуют результатам других исследований, в которых изучали сыворотку крови человека методом 2-DE, с учетом размера гелей (13,3×8,7 см) и способа визуализации белков (Archakov A. et al., 2009).

Подсчет экспрессии пятен позволил определить в сыворотке крови белки, уровень которых существенно варьировал в группах исследуемых нами пациентов. Всего было обнаружено 12 таких белков: альфа-1 кислый гликопротеид (зона 1), кластерин (аполипопротеин -ApoJ) (зона 2), транссеритин и его изоформы (зона 3), аполипопротеин A-I и его изоформы (зона 4), аполипопротеин A-IV (зона 5), цепь гаптоглобина (зона7), трансферрин (зона 8), СРБ (зона 9). На следующем этапе были получены МС-спектры для сигнальных белков сывороток крови. Для проверки возможности идентификации пептидов, использован пептид меллитин, который непосредственно введен в инжектор хроматографа масс-спектрометра Диапазон концентраций исследуемых белков в растворе аналита составлял 10-6-10-9 М, тропонина, и Р450 – 10-6-10-8 М.

Поиск подходящей массы в базах данных - маркерный пик 11,681 соответствует сывороточному амилоиду А1 (NCBI ID gi:225986); пик 11,520 кДа – его укороченная по N-концевому аргинину форма. Разница масс двух пиков соответствует массе аргинина. Кроме того, преальбуминовая фракция, составляющая в норме 1,9 кДа, при активной форме хронического гепатита снижается в 2,2 раза.

При активной форме ХГВ выявлено появление МС двух пиков, отсутствующих в контрольном материале и соответствующие сывороточному амилоиду А1 и его укороченной по N-концевому аргинину форме, что позволяет считать эти белки маркерами активной формы хронического гепатита.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хамидова Г.М., Каюмов У.К

Ташкентский институт усовершенствование врачей, Узбекистан.

Цель. Изучение процессов переокисления липидов в структурах, наиболее чувствительных к воздействию электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИРЧ) - в эритроцитах.

Материалы и методы: Эксперимент проводился на 72 белых крысах-самцах. Крысы были разбиты на 4 группы (по 20 животных в каждой опытной группе с дозами воздействия ЭМИРЧ: 50 мкВт/см^2,500 мкВт/см^2 и 1000 мкВт/см^2 соответственно и 12 в контрольной группе).

Результаты отражают особенности липолитического фермента, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у экспериментальных крыс при остром (1месяц) и хроническом (3 месяца) воздействии ЭМИРЧ. В эритроцитах крыс в остром опыте выявлено достоверное увеличение интенсивности ПОЛ под воздействием ЭМИРЧ. Исходя из представленных данных выявлено, что по мере нарастания дозы ЭМИРЧ происходит увеличение уровня МДА и степень этих нарушений значительна. Достоверные изменения наблюдались у крыс по показателям АОЗ. Так уровень супероксиддисмутазы (СОД) превысил показатель у интактных крыс при воздействии ЭМИРЧ в 50мкВт/см² почти в 1,5 раза, что может свидетельствовать о включении процессов адаптации на активацию ПОЛ. Однако при воздействии ЭМИРЧ в 500 и 1000мкВт/см² активность СОД значительно снижается (в 1,4 и 1,83 раза соответственно), что может свидетельствовать о подавляющем эффекте на АОЗ указанных доз ЭМИРЧ при изучении динамики активности фосфолипазы-Ar в эритроцитах крови экспериментальных животных. Так при воздействии ЭМИРЧ в 50мкВт/см², изучаемый показатель превысил исходный уровень фосфолипазы-Ar в эритроцитах крови почти в 1,5 раза и в дальнейшем, при нарастании дозы ЭМИРЧ до 500мкВт/см² уровень фосфолипазы-Ar превышал исходные значения в 1,6 раза, наиболее значимым было повышение фосфолипазы-Ar при

увеличении дозы ЭМИРЧ до 1000мкВт/см², этот показатель превысил уровень у интактных животных почти в 2 раза.

Далее были проанализированы аналогичные показатели через 3 мес. воздействия ЭМИРЧ. Уровень МДА в эритроцитах крови крыс повышался при дозе в 50мкВт/см² (0,09±0,003 моль/мг гемоглобина), что в 1,5 раза превышало значения у интактных крыс (p<0,05). Увеличение мощности ЭМИРЧ до 500мкВт/см² и 1000мкВт/см² сопровождалось еще большим нарастанием МДА (p<0,01 - <0,001). При изучении активности фосфолипазы-Ar в эритроцитах крови крыс в хроническом эксперименте при воздействии ЭМИРЧ равной 50мкВт/см², изучаемый показатель превысил исходный уровень на 6%, при 500мкВт/см² на 31% и при 1000мкВт/см² - на 57% (p<0,001). Установлено, что хронический опыт сопровождается снижением активности СОД при воздействии на организм экспериментальных животных ЭМИРЧ 50мкВт/см² на 42,3%, при 500мкВт/см²- на 53,9% и при воздействии ЭМИ в 1000мкВт/см²- на 69,2% (p<0,05).

Выводы: при остром воздействии ЭМИРЧ (1 мес.) отмечаются более значительное накопление продуктов ПОЛ, по сравнению с хроническим (3 мес.) воздействием ЭМИРЧ, что приводит к нарушению проницаемости мембран эритроцитов, накоплению ионов кальция, активирующих липолитический фермент – фосфолипазу-Ar и способствующих нарастанию степени деструкции клеточных мембран.

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ 12-НЕДЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хамидуллаева Г.А., Хафизова Л.Ш., Алиходжаева Ф.А.
Республиканский Специализированный центр кардиологии, Ташкент

Цель – оценить антигипертензивную эффективность и клиническую безопасность 12-недельной монотерапии индапамидом больных АГ и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: В исследование включены 32 больных с I-II степенью АГ и наличием МС по критериям (IDF, 2005). Средний возраст больных 46,64±8,62 лет, средняя длительность АГ 5,12±4,01 лет. Артериальное давление (АД) измерялось по методу Короткова. Всем больным проводилось определение уровня липидов крови биохимическим методом на анализаторе «Дайтона», глюкозы крови, креатинина и мочевой кислоты сыворотки крови. Лечение индапамидом в суточной дозе 2,5 мг продолжалось в течение 12-недель. Результаты представлены в виде M±SD.

Результаты. Больные АГ и метаболическим синдромом характеризовались наличием абдоминального ожирения (100% больных), гипертриглицеридемией (ГТГ) у 68,7% больных, снижением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) у 47% больных, у 22% больных определялась гипергликемия натощак. Таким образом, 3 компонента МС – АГ, АО и дислипидемия выявлялась у всех обследованных больных. На фоне 12-недельной монотерапии индапамидом отмечена

высокая антигипертензивная эффективность препарата с достоверным снижением систолического идиастолического АД: САД от 151,21±11,04 мм рт.ст. до 126,3±10,24 мм рт.ст., ДАД от 95,91±7,44 мм рт.ст. до 79,44±8,12 мм рт.ст. (p=0,0001). Со стороны показателей липидного, углеводного и пуринового метаболизма на фоне 12-недельной монотерапии индапамидом не отмечено негативных изменений. Выявлена положительная динамика уровней триглицеридов, глюкозы и мочевой кислоты сыворотки крови, и недостоверное повышение уровня ХС ЛПВП: ГТГ от 196,55±113,78 мг/дл до 160,25±103,27 мг/дл, глюкоза крови от 5,73±0,89 ммоль/л до 5,53±0,5 ммоль/л, мочевая кислота от 6,06±1,28 мг/дл до 5,94±1,31 мг/дл (p<0,05 во всех случаях), ХСЛПВП от 43,64±9,24 мг/дл до 45,6±9,24 мг/дл (p>0,05).

Выводы. 12-недельная монотерапия индапамидом в дозе 2,5 мг/сут показала высокую антигипертензивную эффективность и клиническую безопасность при лечении больных АГ с МС, метаболическую нейтральность в отношении липидного, углеводного и пуринового обменов.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИПОМАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамрабаева Ф.И.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей течения хронического панкреатита (ХП) и стеатоза поджелудочной железы (СПЖ)

Материал и методы. Было обследовано 52 пациентов с ХП, из них у 25 диагностирован СПЖ В 1 группу вошли 11 больных ХП со СПЖ, которые получали стандартную терапию, 2 группу составили 14 пациента ХП со СПЖ которые дополнительно получали препараты урсодезоксихолевой кислоты 10-15 мг /кг. Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее: осмотр, опрос, сбор данных по состоянию внутренних органов, измерение АД, определение индекса массы тела, лабораторные методы исследования (амилаза крови и мочи, холестерин, триглицериды, липопротеиды, АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок, уровень сахара крови), копрограмма включала общий анализ кала и исследование фекальной эластазаы). Для верификации диагноза всем больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование. Для определения СПЖ проводилось КТ.

Результаты. Было доказано, что больные ХП со стеатозом поджелудочной железы по сравнению с лицами, страдающими ХП без стеатоза поджелудочной железы характеризуются более высоким уровнем гликемии, триглицеридемии, а также более высокими показателями в сыворотке крови уровня гаммаглютамил-транспептидазы (p<0,05). Проведение компьютерной томографии брюшной полости позволяет улучшить и объективизировать диагностику стеатоза поджелудочной железы. На основании изменений выявленных при компьютерной томографии (снижение денситометрических показателей плотности ткани ПЖ, выраженные жировые прослойки), у 14 больных выявлен СПЖ и у них обнаружено

наличие избыточной массы тела. После проведенных опросов в процессе исследования стало явственно, что в Узбекистане, с учетом региональных и ментальных особенностей ХП чаще всего сопутствуют стеатоз поджелудочной железы, ГЭРБ, ЖКБ, ИБС. А при наличие СПЖ чаще диагностировались нарушения углеводного обмена, стеатоз печени, т.е состояния, которые тесно ассоциируется с наличием у больных метаболического синдрома. В то же время в группе больных ХП без СПЖ он был диагностирован только у 4 пациентов, следовательно, можно предположить, что, более низкая степень ассоциации изолированного ХП и метаболического синдрома по сравнению с ХП со стеатозом поджелудочной железы ($p<0,05$), наводит на заключение, что метаболический синдром не играет существенной роли в генезе развития изолированного ХП. Проведенные сравнительные исследования показали, что эффективность терапии оказалась гораздо выше во 2 группе больных которые дополнительно получали препараты урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан), в целях регуляции липидного и углеводного обмена, параллельно рассчитывая влияние на функции печени - вследствие гепатопротекторного, антиоксидантного, антиапоптатического действия, так как, у большинства больных со СПЖ имело место стеатоза печени. У исследованных больных после проведенного лечения препаратом Урсосан, концу 4-недели наблюдались значимые изменения в биохимических исследованиях крови.

Выводы: Для улучшения диагностики СПЖ необходимо выполнить КТ.В ходе исследования выявлена высокая терапевтическая эффективность препарата урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан) НАЖБП со СПЖ.

МЕСТО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Хамрабаева Ф.И., Туляганова Ф.М
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: оценить состояние микробиоценоза кишечника у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени **(**НАЖБП) .

Материалы и методы. Обследованы 58 пациентов с НАЖБП: 35 женщин, 23 мужчин. Средний возраст составил-48,8±5,1 года.Диагностические мероприятия включали стандартное клиническое, биохимическое и инструментальное обследование по печеночному профилю. Для оценки состояния микробиоценоза толстого кишечника всем больным проводилось бактериологическое исследование кала в динамике. 48 составили основную группу (ОГ) и 10 пациентов – контрольную группу (КГ).

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что нарушения микробиоценоза кишечника за счет снижения содержания бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов имело место у всех пациентов (100%). Проявления диспепсического синдрома у обследованных до ле-

чения распределялись следующим образом: у 62,4% пациентов отмечалась склонность к запорам;у 13.1% –склонность к диареи, 25,4% отмечали чередование поносов и запоров. Все пациенты (100%) отмечали вздутие живота. В 26,5% случаев по данным УЗИ были выявлены проявления жирового гепатоза , 73,5% со стеатогепатитом. У 78,4% отмечались проявления специфических гепатологических синдромов: цитолитического, холестатического, астеновегетативного. Больные КГ получали гепатопротектор «Урсосан» в стандартной дозе. Пациенты ОГ дополнительно получали препарат«Энтерожермина» по 1 фл. 3 раза в день в течение 1месяца. На фоне проводимой терапии у всех пациентов ОГ снизились проявления астеновегетативного и диспепсического синдромов и восстановление микрофлоры кишечника за счет повышения содержания бифидо-, лактобактерий и снижения уровня условно патогенной флоры до допустимых величин. При динамическом обследовании в КГ также отмечалась положительная динамика касательно гепатологических синдромов, однако, по сравнению с показателями ОГ дисбиоз толстого кишечника видимой коррекции не подвергался.

Выводы. Использование пробиотиков способствует нормализации микрофлоры кишечника, улучшению клинических и лабораторных проявлений основного заболевания, что повышает эффективность лечения больных НАЖБП с дисбиозом толстого кишечника.

СОСТОЯНИЕ ХОЛЕРЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Хамрабаева Ф.И
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение состояния холеретической функции печени и определение основних биохимических свойств желчи, их влияние на развитие и прогрессирование неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и сахарного диабета (СД).

Материалы и методы. Обследованы 77 больных НАЖБП в сочетании с СД. В 1-ю группу вошли больные СД 1-го типа в сочетании с НАЖБП – 34 (44,1 %), во вторую – больные СД 2-го типа в сочетании с НАЖБП с нормальным весом – 21 (27,3 %) пациент и ожирением – 22 (28,5 %) больных, контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Определение функционального состояния печени осуществлялось путем определения состояния белкового, ферментного, пигментного обменов, многомоментного дуоденального зондирования с последующим биохимическим исследованием желчи.

Результаты. Установлено – СД типа 2 в сочетании с НАЖБП сопровождался гипергликемией у 43 (100%) больных, нарушением белкового обмена с наличием диспротеинемии у 40 (93%) больных, и развитием синдрома белково-энергетической недостаточности функции печени, повышением активности индикаторных ферментов (АСТ, АЛТ) у 36 (83.7%) больных и формированием синдрома цитолиза; развитием ги-

пербилирубинемии у 27 (62.7%) с наличием синдрома холестаза. При изучении расстройств холесекреторной функции печени виявлено достоверное повышение уровня всех желчных кислот в сыроватке крови во всех группах обследованных больных, который наростал паралельно со степенью поражения печени и имел наиболее существенные изменения у больных СД 2 типа в сочетании с НАЖБП и ожирением. Наиболее выраженным биохимическим синдромом у пациентов с НАЖБП на фоне СД, было повышение содержания желчных кислот - первичных и их конъюгатов с таурином и глицином. Виявлена достоверная разница ($p < 0,05$) между содержанием основных желчных кислот при различных клинических вариантах СД в сочетании с НАЖБП, что давало возможность использовать показатели баланса желчных кислот как дополнительный критерий для определения варианта поражения печени. Отмечалось достоверное увеличение сиаловых кислот и появление С-реактивного протеина в желчи, что свидетельствовало о наличии воспалительного синдрома с нарушением функционального состояния гепатобиллиарной системы в целом. Эти показатели можно отнести к репрезентативным диагностическим критериям НАЖБП, которая протекает на фоне СД.

Выводы. НАЖБП сопровождалась нарушением желчеобразовывающей и холесекреторной функции печени со снижением билирубина и суммы желчных кислот, деконъюгированных желчных кислот в тонком кишечнике у больных СД, НАЖБП с наиболее выраженными изменениями у больных СД 2 типа при сочетанном течении с НАЖБП и ожирением.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЖИРЕНИЯ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2ТИПА СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Хамраев А.А., Шагазатова Б.Х., Хабирова Н.Г., Артыкова Д.М., Мирахмедова С.А., Юсупов О.Ф.
Ташкентская медицинская академия,Ташкент,Узбекистан.

Цель: Ожирение является глобальной проблемой во всем мире. Особенно негативное влияние ожирение оказывает при увеличении возраста. 2015 год по предложению президента Республики Узбекистан объявлен «Годом внимания и заботы о старшем поколении», в связи с этим нами было проведено обследование лиц пожилого возраста для выявления ожирения и сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы: Исследование проводилось в махалле «Шифокор» и было организовано кафедрой ВОП с эндокринологией ТМА. Всего обследованы 50 человек (18 мужчины,32 женщины), средний возраст обследованных составил 64,55±0.9 лет. Были изучены антропометрические показатели рост, вес и был рассчитан индекс массы тела по Кетле, степень ожирения рассчитывали согласно критериям ВОЗ (1997), измерялось артериальное давление. С помощью опросника «FinnRisk» были выявлены факторы риска сахарного диабета, изучены показатели гликемии и ГТТ, в постановке диагноза опирались на критерии ВОЗ (1999).

Результаты: Обследование лиц пожилого возраста показало, что распространенность ожирения составило 38%, из них 20% с I степени ожирения, 14% со II степенью ожирения и 4% с III степенью ожирения. С избыточной масс тела составили 30%. Средние цифры артериального давления составили: систолическое 140±20мм.рт.ст. и диастолическое 90±10мм.рт.ст. У 5 обследованных на момент осмотра уже был установлен диагноз сахарного диабета. Из всех обследованных с помощью анкеты-опросника были отобраны лица с факторами риска сахарного диабета. В ходе исследования гликемии натощак и на фоне нагрузки у 14% обследованных выявлено нарушение толерантности к глюкозе, а в 6% вновь выявленный сахарный диабет.

Выводы: Таким образом, обследование лиц пожилого возраста показало высокую степень распространенности ожирения и сахарного диабета 2 типа среди данной группы лиц.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Хамраев Х.Т., Дониеров Н., Муминов О., Жумаев Г.
Самаркандский медицинский институт, Узбекистан.

Цель. Изучение биохимических показателей у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 больных с абдоминальным ожирением, которые были выявлены при диспансерном осмотре в поликлиниках № 4-6-7 г. Самарканда.

Результаты. Установлено, что для дислипидемии при метаболическом синдроме (МС) характерно увеличение уровня ТГ, общего ХС, ХСЛПНП и снижение ХСЛПВП. Дислипидемия сопровождается увеличением концентрации атерогенных липопротеидов с большой молекулярной массой, что приводит к повышению вязкости плазмы, повышению ОПСС и поддерживает высокий уровень АД. В связи с этим помимо констатации фактов триглицеридемии, нам представило интерес выявить частоту встречаемости гиперхолестеринемии. Так, повышение уровня общего холестерина выше нормы наблюдалось в 60,9% случаев, при этом средний уровень холестерина крови составил 6,2±1,2 ммоль/л. Основным фактором нарушения липидного обмена при МС является низкая концентрация антиатерогенного ХСЛПВП. Исследования ЛПВП показали повышение его уровня у больных с АО 56,1% случаев, его средние показатели составили в среднем 0,98±0,07 ммоль/л. При исследовании фракций холестерина ЛПНП было выявлено, что уровень составил 4,2± 0,5 ммоль/л у 47,6% больных, а триглицеридемия - у 61,2% больных.

Выводы. Таким образом, к патогенетическим звеньям у больных с проявлениями МС можно отнести гиперхолестеринемию, дислипидемию, гипертриглицеридемию, что важно в плане терапии больных с абдоминальным ожирением.

ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.

Хамраев Х.Т.,Ким В., Хамраева Д., Джураева З.
Самаркандский медицинский институт, Узбекистан.

Цель. Изучение влияния метаболического синдрома (МС) у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 больных АО в Самаркандском Областном Эндокринологическом диспансере. Наблюдаемые больные были в возрасте от 25 до 60 лет. В исследование было включено исследование метаболических параметров.

Результаты. Установлено, что уровень глюкозы натощак в группе больных с АО выше 6,1 ммоль/л наблюдалось у 42,8%, при этом средний уровень глюкозы составил 7,6±1,3 ммоль/л. При проведении определения толерантности к глюкозе, было выявлено, что общее количество больных с абдоминальным ожирением у которых имелось нарушение толерантности к глюкозе составило 55,2%, при этом в эту группу вошли больные с повышением уровня тощаковой глюкозы. Так средний уровень постпрандиальной гликемии находился в пределах 10,2±1,9 ммоль/л. При анализе уровня триглециридов было выявлено, что у 63,8% больных наблюдалась триглециридемия. В среднем уровень ТГ составил 2,3±0,23 ммоль/л. В течении наблюдения у большинства больных с АО наблюдались подъемы АД – 75,2%, из них у 23,8% была констатирована гипертоническая болезнь I и II степени.

Выводы. Таким образом, у большинства больных с АО наблюдаются проявления МС, выражающиеся высоким процентом триглицеридемии, нарушением толерантности к глюкозе, артериальной гипертензией, что требует проведения у данных больных терапии для предотвращения осложнений компонентов метаболического синдрома.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Хамраев Х.Т., Хусанов Х.Ш., Бабаева Н., Курбанова Н.
Самаркандский медицинский институт, Узбекистан.

Цель. Изучение современных методов лечения метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 29 больных с МС в Самаркандском Областном Эндокринологическом диспансере.

Результаты.Методы лечения метаболического синдрома (МС) делятся на медикаментозные (сибутрамин и орлистат), немедикаментозные (программа питания и программа физических упражнений) и хирургическое лечение (рестриктивные операции на желудке, шунтирование части тонкой кишки и комбинированные операции). В настоящее время при лечении МС используются препараты двух групп, снижающие инсулинорезистентность: бигуаниды, представителем которых является метформин, обладая комплексным действием, способствуют снижению мас-

сы тела и повышают чувствительность тканей к инсулину и тиазолидиндионы представлены препаратами пиоглитазон и зиглитазон. При выборе антигипертензивных лекарственных средств при МС необходимо принимать во внимание их влияние на липидный и углеводный обмен. Нередко в лечении артериальной гипертензии при МС предпочтение отдаётся ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Это связано с целым рядом доказанных положительных влияний на патогенетические механизмы МС: снижение ИР, вазопротекторное и нефропротекторное действие, коррекция эндотелиальной дисфункции, а так же отсутствие отрицательного влияния на жировой обмен. Препаратами первого ряда в лечении дислипидемии у больных являются статины. Они назначаются при высоком уровне общего холестерина и холестерина ЛПНП. При повышении содержания в крови триглицеридов препаратами выбора являются никотиновая кислота и фибраты. Поскольку при МС страдает и печень, то назначается α-липоевая кислота благодаря ее свойствам восстанавливать запасы глутатиона, предотвращать повреждение митохондрий, высвобождение цитохрома и гибель клеток.

Выводы. Таким образом, лежащее в основе МС абдоминальное ожирение связывает воедино патогенетические звенья атерогенной направленности или приводит к их возникновению. Основной задачей лечения МС является необходимость учёта и коррекции всего спектра имеющихся метаболических нарушений. В связи с этим, поиск методов и подходов к лечению больных с МС является приоритетной задачей клинической медицины.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ЖЕНЩИН.

Хасанова Д.А., Захидова М.З.,Касимбекова Г.К,Дадаев Х,Фозилов А.В.
ТашИУВ

Цель исследования:Оценить тесты клинического обследования (ОТ, ИМТ, УЗИ, биохимическое исследование крови-уровень глюкозы, триглицеридов, холестерина, АЛТ, АСТ) у женщин с ЖКБ и МС.

Материалы и методы: открытое одномоментное клиническое исследование по типу «серия случаев». Применение урсодеоксихолевой кислоты и итоприда гидрохлорида до и после лечения.Обследовано 65 женщины (средний возраст 51,5±3,4 лет), которых разделили на 3 группы: 1 группа - 37 женщин с ЖКБ в сочетании с МС; 2 группа - 15 пациенток с ЖКБ без МС; 3 группа - 13 пациенток с МС без ЖКБ.

Были проведены клинический осмотр пациентов, биохимические анализы крови (в биохимической лаборатории СП №4).Средние показатели клинических тестов и компонентов МС у обследованных пациенток, (M±m), соответственно группам обследования составил: ОТ (см)-102,7±0,8; 95,3±1,5; 106,2±1,5;. САД, (мм рт. ст.) 160,4±1,5; 125,5±2,6; 154,6±1,4; ДАД, (мм рт. ст.) 94,57±1,01; 74,83±1,57; 89,72±1,80; Глюкоза, (ммоль/л)-8,1±0,5; 5,2±0,1; 7,5±0,2; ТГ, (ммоль/л)-2,04±0,11; 1,32±0,07;

1,95±0,14 (p_{1-2}<0,001); ХС ЛВП, (ммоль/л)-1,22±0,03; 1,36±0,06; 1,17±0,05(p_{1-2}<0,05);

Результаты.Особенности клинического течения у женщин с ЖКБ в сочетании с МС и без МС, проявлялись в следующих симптомах: боль-86,2% в 1 ой группе исследуемых, 64,2% во 2 ой группе, отрыжка 96 % и 64,2%; изжога у 81% и 47%, горечь во рту у 79,1% и 35%, вздутие живота у 88% и 65%; тошнота 84% и 33%; нарушение стула 60% и 48% в 1 и 2 - группах соответственно.Частота холецистэктомий (ХЭ) у женщин 1 группы с ЖКБ в сочетании с МС составил 54% (n=19) и во 2 группе с ЖКБ без МС у 64% (n=9).У женщин с ЖКБ в сочетании с МС и без МС после ХЭ частота болевого синдрома в правом подреберье составило 92 и 64%, отрыжки 93 и 55%, изжоги 78 и 37%, горечи во рту 84 и 32%, вздутие живота 89 и 64%, тошнота 84 и 32% соответственно в 1 ой и во 2 ой группе исследования.

Препарат итоприд гидрохлорид (Итомед) стимулирует как перистальтику, так и сегментарную активность кишечника путем повышения давления в толстой кишке. Итомед стимулирует контрактильную активность от желудка до толстой кишки, что позволяет использовать его для лечения функционального запора. Перспективным направлением использования итомеда, благодаря его двойному механизму прокинетического действия, является коррекция нарушений моторики при лечении пациентов с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Итомед применяется по 1 таб Х 3 раза в день в течение 2 недель, может применяться в один прием с урсодеоксихолевой кислотой (УДХК), нивелирует чувство тошноты, рвоты, изжоги, метеоризма, болезненного давления в эпигастрии.

Таким образом, сочетание холеритического, литолитического, иммуномодулирующего эффекта УДХК с кинетическими возможностями Итомеда показано у женщин с ЖКБ и МС.

СУБКЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИС- ТЕНТНОСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Хидоятов Б.А., Садыкова Э.И., Шокиров Б.С.
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Под термином «инсулинорезистентность» принято понимать состояние, при котором, несмотря на довольно высокий уровень содержания инсулина, одновременно наблюдается гипергликемия. Другими словами, очевидно, высокое содержание гормона сопровождается гипергликемией, т.е. имеющийся инсулин не оказывает ожидаемого гормонального эффекта.

Подобная картина наблюдалась нами при аллоксановом экспериментальном сахарном диабете, когда содержание иммунореактивного инсулина в крови высокий (выше чем контрольный уровень) и одновременно отмечалась гипергликемия. Подобная картина особенно отчетливо

наблюдалась при введении глибенкламида в лечебных целях. Подобная картина чаще всего отмечалась в отдаленные сроки через 6 , 12 месяцев, после введения аллоксана.

Проведенные электронномикроскопические исследования островковых бета клеток поджелудочной железы у экспериментальных животных с введением глибенкламида в лечебных целях выявляет активирование секреторной процесса внутри этих клеток. В частности, увеличивается площадь, занятая эндоплазматическим ретикулумом, гиперплазии элементов комплекса Гольджи.

Наиболее сильные тинкториальные изменения наблюдались со стороны секреторных гранул, которые, как известно, содержит инсулин. В обычных условиях секреторные гранулы, окружены четко вычерченной мембраной, которая нигде не прерывается. Содержимое секреторной гранулы, отличается высокой электронной плотностью и располагается внутри секреторной гранулы эксцентрично.

При введении глибенкламида, особенно в отдаленные сроки, наблюдались следующие изменения. Секреторные гранулы бета клеток имеют прерывистую мембрану, которая отличается низкой электронной плотностью. Содержимое секреторных гранул хлопьевидного характера, имеют низкую осмиофилию и отсутствует эксцентричный электронно-светлый ореол. Полученные данные позволяют предположить, что под действием глибенкламида усиливается внутриклеточный синтез инсулина, который из-за резкого ускорения этого процесса не успевает «дозревать» до молекулы инсулина и выводится из клетки, не завершая до конца синтетический процесс. Другими словами. секретируемый материал в действительности является проинсулином, которая не обладает достаточной физиологической активностью. Следовательно, получается состояние, когда содержание иммунореактивного инсулина много, но одновременно наблюдается гипергликемия.

Таким образом, глибенкламид (возможно и другие сульфонилмочевинные препараты), резко стимулируя внутриклеточный синтез инсулина, в итоге приводит к секреции не до конца созревшего гормона (проинсулина), который обладает низкой физиологической активностью.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Холов Г.А., Джураева Н.О.,Халилова Ф.А.,Тошева Ҳ.Б.
Бухарский Государственный медицинский институт,Узбекистан

Цель:изучение гемодинамических показателей реполяризации желудочков у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и их взаимосвязи с нарушениями ритма сердца.

Материалы и методы:Оследовано было включено 89 человек. Из них основную группу составили 68 больных с ХОБЛ, которые находились в терапевтических отделениях РНЦЭМП Бухарского филиала. Из них 43 мужчин и 25 женщин, средний возраст обследованных составил 52,9±2,0

г. У 28 (41,2%) было легкое течение ХОБЛ, у 24 (35,3%) – среднетяжелое и у 16 (23,5%) – тяжелое течение заболевания. В контрольную группу вошли 21 здоровых лиц (13 мужчин и 8 женщин, средний возраст составил 44,4Ґ}2,9 г.). Обследованным была проведена стандартная 12-канальная ЭКГ с анализом показателей реполяризации желудочков, 24-часовое мониторирование ЭКГ.

Результаты:анализ показателей реполяризации миокарда показал повышение средних значений некорригированных и корригированных интервалов QT. С нарастанием степени обструкции увеличивались сдвиги показателей дисперсии реполяризации: так значение QTcd в группе больных с тяжелым течением составило 105,5Ґ}2,5 мс по сравнению со значениями QTcd в группе пациентов с легким и среднетяжелым течением ХОБЛ (98,0Ґ}1,9 мс и 101,3Ґ}2,1 мс соответственно). При оценке взаимосвязей дисперсии реполяризации с количеством желудочковых аритмий высоких градаций (III–V по Лауну-Вольфу) были обнаружены прямые достоверные коррелятивные связи с QTd – $r=0,31$ ($p<0,05$), с QTcd– $r=0,36$ ($p<0,05$).

Выводы: нарушениепроцессов реполяризации желудочков более выражено у больных ХОБЛ тяжелого течения. Данные сдвиги отражают негомогенность реполяризации желудочков, которые сопряжены с повышенным риском желудочковых аритмий.

ЭХИНОКОККОЗ У ВЗРОСЛЫХ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чебышев Н.В.,Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Гостищев В.К., Бурдаев И.Н., Стреляева А.В.,Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Садыков В.М.,Рузыбаев С.А.,Абдуллаев Н., Вахидова А.М., Мухитдинов Ш.М., Сапожников С.А.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва,
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучить возможность снижения тяжести эхинококкозного процесса в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. У 57-ми взрослых больных эхинококкозом легких иммунологическими методами: реакцией сколексопреципитации(РСКП), реакцией антиген связывания лимфоцитов(РАСЛ),лучевой диагностикой установлен эхинококкоз. Современными методиками ВОЗ выявлялся ХОБЛ,который установлен у 29 –ти больных.Для лечения эхинококкоза подобраны экологически чистые,нетоксичные препараты из растительного лекарственного сырья,утвержденные Минздравом России к практическому применению.27 взрослых больных эхинококкозом легких составили контрольную группу.

Результаты. У 29-ти взрослых больных эхинококкозом легких,осложненным ХОБЛ, устанорвлен анемический синдром,сахарный диабет,нарушенный белково-аминокислотный обмен,вторичный иммуно-

дефицит. 57 взрослых больных эхинококкозом легких пролечены тремя гомеопатическими препаратами:CucurbitapepoC6,TanacetumvulgareC6 ,JuglansregiaC6. в течение 35 дней. Мы использовали гранулы гомеопатические, купленные в аптеках города Москвы. Четыре гранулы каждого препарата растворяли в 150 мл кипяченной охлажденной до комнатной температуры воде в пластмассовой бутылке, которая закрывалась полиэтиленовой крышкой, проводилась динамизация по С.А Никитину, вращением 50 раз вправо, 50 раз влево.В течение дня делалось 6 глотков. Хороший противоэхинококкозный результат отмечен у 36-ти (63,15%), удовлетворительный – у 12-ти (21,05%), неудовлетворительный – у 9-ти (15,80%. По методике ВОЗ определен результат лечения. В группе, из 27 взрослых больных эхинококкозом легких, леченной препаратом сравнения альбендазолом, хороший результат у 6-ти (22, 22%), удовлетворительный–у 9-ти (33,33%), неудовлетворительный– у 12-ти (44,45%).Таким образом, применение одновременно трех гомеопатических препаратов повысило хороший противоэхинококкозный эффект более чем на 40% по сравнению с котрольным.Побочное и токсическое действие применения трех препаратов тщательным исследованием исключено. При обострении ХОБЛ мы использовали рекомендации,гомеопатов,но только моно(основной) препарат не применяли, обязательно к основному гомеопатическому препарату дополнительно использовали десятки гомеопатических препаратов по клиническим показаниям. но обязательно во всех случах с включением **J**uglansregiaC6, CucurbitapepoC6, TanacetumvulgareC6. Достаточно включение одного гомеопатического препарата из трех указанных. Приведем пример, при ХОБЛ**,** сопровождающейся катаральным воспаление органов грудной полости с болями в груди, чувством,сильной слабости в груди, колющей болью, спастическим кашлем с вязким слизистым отделяемым, хроническим сухим кашлем, связанным с сухостью слизистых оболочек верхних дыхательных путей, гомеопаты предлагают алюмину. Мы в подобном случае использовали алюмину, как базовый препарат,но одновременно белладонну, арнику,фитолакку,югланс регия.Отмеченные препараты совместимые.В тех случаях,когда у больных ХОБЛ возникали простудные заболевания,сопровождающиеся высокой температурой,мы применяли одновременно до 15 и более гомеопатических препаратов.Мы убедились,что можно больных ХОБЛ сохранить от простудных заболеваний, что возможно достижениями гомеопатии.

Выводы. Эхинококкоз, осложненный ХОБЛ, сопровождающийся анемией, сахарным диабетом ,нарушением белково-аминокилотного обмена, вторичным иммунодефицитом следует отнести к заболеваниям с метаболическим синдромом. Эхинококкоз легких рекомендуем лечить тремя гомеопатическими препаратами: CucurbitapepoC6, TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6. в течение 35 дней. Они эффективны также в комплексном гомеопатическом лечении ХОБЛ.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Черкасова В.С.
ГУ " Луганский государственный медицинский университет", Украина

Цель. Выявление клинико-патогенетических особенностей рецидивирующей ГИ у больных с наличием МС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 67 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет (из них 34 мужчины и 33 женщины) с диагнозом ГИ, подтвержденным полимеразой цепной реакцией или иммуноферментным анализом. Было сформировано две группы больных — первая (35 больных), у которых ГИ протекала на фоне МС и вторая (32 пациента), у которых имело место только ГИ. Появления метаболического синдрома диагностировались согласно IDF-критериям (2005). Специальное патогенетическое исследование включало изучение уровня «средних молекул» (СМ) как маркера выраженности синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации.

Результаты. При проведении клинических наблюдений было установлено, что в первой группе пациентов наблюдалось от 6 до 12 рецидивов ВПГ-инфекции в год, а у больных второй группы — от 2 до 5 рецидивов. У большинства пациентов первой группы (71,5%) преобладала аногенительная или смешанная локализация герпеса, у лиц второй группы (68,8%) — лабиальная или назальная.

У 85,7% больных первой и 59,3% пациентов второй группы в анамнезе отмечались хронические рецидивирующие заболевания респираторного тракта (хронический фарингит, хронический трахеит, хронический ларингит, хронический бронхит, хронические синуситы, повторные отиты); у 88,6% и 65,6% — астено-вегетативный и астено-депрессивный синдром; у 82,8% и 46,8% —хронические рецидивирующие заболевания урогенитального тракта смешанного генеза (цистит, уретрит, вульвовагинит, аднексит, сальпингоофорит, простатит), у 94,2% и 75,0% — дисбактериоз кишечной флоры, хронические воспалительные заболевания ЖКТ (хронический энтероколит, хронический гастродуоденит).У большинства пациентов первой группы (94,3%) и второй группы (71,8%) отсутствовало адекватное повышение продукции IgG в ответ на рецидив ВПГ-инфекции. Установлено, что у больных ГИ во время рецидива отмечалось существенное повышение уровня СМ, при этом кратность разницы тносительно нормы составляла в среднем 2,2 раза в первой группе и 1,71 раза во второй группе, средний показатель концентрации СМ составил 1,14±0,05 г/л и 0,89±0,04 г/л (при норме 0,52±0,02 г/л, $p<0,05$), что свидетельствует об активации эндотоксикоза у таких больных.

Выводы. Таким образом, наличие МС у больных рецидивирующей ГИ является отягощающим фактором в течении данного заболевания.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ КАК НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА

Шагазатова Б.Х., Бахадирова Ш.Ф., Дусчанова Н.Т.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Выявить частоту распространенности избыточной массы тела и ожирения при СПКЯ у женщин с первичным бесплодием.

Материалы и методы. Нами были обследованы 158 женщин с первичным бесплодием в клинике “Шахноза-Файз”. С синдромом СПКЯ составили 42 женщин. Степень ожирения устанавливали по классификации ВОЗ (1997г.) в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): нормальная масса тела – ИМТ = 18,5-24,9; избыточная масса тела – ИМТ = 25,0-29,9; ожирение I степени – ИМТ = 30,0-34,9; ожирение II степени – ИМТ = 35,0-39,9; ожирение III степени – ИМТ = 40,0 и более.

Диагноз СПКЯ, устанавливали согласно Роттердамскому консенсусу (The Rotterdam PCOS consensus, 2003), при наличии как минимум 2 из 3 диагностических критериев: 1) нарушение овуляции (олиго- или ановуляция), маркером которого служат нарушения менструального цикла по типу олиго- или аменореи; 2) клинические и/или лабораторные проявления гиперандрогении; 3) наличие УЗИ признаков поликистозных яичников. Все женщины обратились с жалобами на отсутствие беременности в течении более 12 месяцев совместной, незащищенной половой жизни с партнером. Были проведены: сбор анамнеза и жалоб, расчёт ИМТ, антропометрические измерения и ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты. У 42 женщин с СПКЯ с первичным бесплодием длительность бесплодия составляла 3.98+-0.28 года, длительность бесплодия варьировала от 1 года до 15 лет. Из них большую часть (50%) составляли женщины в возрасте 19-25 лет, 40.5% женщины в возрасте 25-30 лет, и остальные 9.5% от 30 до 43 лет. У 88.1% женщин отмечалось олигоменорея, аменорея отмечалось у 4,7%, и альгоменорея отмечалось у 7,1% больных. Расчет ИМТ показал, что у 38% пациентов с СПКЯ были избыточная масса тела и ожирение различной степени. Наибольшее количество составили пациентки с избыточной массой тела (56,3%) и ожирением I степени (31,3%) с преимущественным абдоминальным перераспределением жира. У 62% отличалась нормальной массой тела, но при этом отмечалось увеличение окружности талии, что является свидетельством тенденции к абдоминальной аккумуляции жира у них, т. е. проявлением метаболического синдрома и связанных с ним нарушений.

Выводы. Среди женщин с СПКЯ избыточная масса тела и ожирение встречается в 38% случаев, при этом, несмотря на то, что у остальных (62%) отмечается нормальная масса тела, присутствует преимущественно абдоминальная концентрация жиров, что в целом свидетельствует о наличии метаболического синдрома.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TCF7L2 В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Шалимова А.С.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В настоящее время активно изучаются гены, ответственные за развитие инсулинорезистентности (ИР) – важного звена в формировании сахарного диабета 2 типа (СД 2т). При этом, менее изучена роль наследственности в другом патогенетическом звене СД 2т – генетических дефектах β-клеток поджелудочной железы (ПЖ). Одним из наиболее значимых генов, отвечающих за формирование дисфункции β-клеток ПЖ, по мнению ряда авторов, является ген Transcription Factor 7 Like 2 (TCF7L2), кодирующий ядерный рецептор β-катенина, который активирует Wnt-сигнальный путь. Белкам Wnt-сигнального пути принадлежит ведущая роль в эмбриогенезе, дифференцировке и делении клеток. Существует гипотеза, что от полиморфизма гена TCF7L2 зависит общее количество и функциональная активность β-клеток ПЖ.

Цель. Изучение полиморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2 и его ассоциаций с показателями углеводного и липидного профилей у пациентов с СД 2т и гипертонической болезнью (ГБ) в украинской популяции пациентов.

Материал и методы. Основная группа исследования состояла из 105 пациентов с СД 2т средней степени тяжести в сочетании с ГБ II стадии, 2 степени в возрасте от 45 до 60 лет. Группу сравнения составили 70 пациентов с гипертонической болезнью без СД 2т. Определялись показатели углеводного и липидного профилей, ИР оценивалась по индексу HOMA, проводилось генотипирование полиморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2. Было идентифицировано три генотипа TCF7L2 (C/C, C/T и T/T). Распределение частот аллелей соответствовал закону Харди-Вайнберга.

Результаты. У 41,5% пациентов с СД 2т установлено наличие аллеля T (генотипы C/T (46,7%) и T/T (18,1%)), ассоциированного с развитием СД 2т. У 54,3% пациентов без СД 2т установлен генотип C/C, уменьшающий риск развития СД 2т. В обеих группах при наличии аллеля T отмечались более высокие уровни глюкозы и HbA1c при более низком индексе HOMA. У пациентов с СД 2т при генотипе T/T установлены более низкие индекс массы тела (ИМТ) и холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) при более высоких уровнях триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), чем при других генотипах.

Выводы. Установлена ассоциация генотипов T/T и C/T полиморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2 с развитием СД 2т в украинской популяции пациентов. Пациенты с генотипом T/T и C/T гена TCF7L2 имели более выраженные нарушения углеводного и липидного спектра, чем пациенты с генотипом C/C. У пациентов с СД 2т при генотипе T/T установлены достоверно более высокие уровни триглицеридов и ХС ЛПНП, а также достоверно ниже ИМТ и ХС ЛПВП, чем при генотипах C/T и C/C.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, БРОНХИТАМИ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА

Шамсиев Ж.А.,Шамсиев А.М., Гостищев В.К.,Чебышев Н.В.,Бурдаев И.Н., Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Садыков В.М.,Рузыбаев С.А., МухитдиновШ.М.,Вахидова А.М., Сапожников С.А.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель–поделиться нашими исследованиями о возможности эффективного лечения методами гомеопатии больных тяжелыми заболеваниями.

Материалы и методы. У 66 **-т**и детей иммунологическими методами: реакцией сколексопреципитации(РСКП), реакцией антиген связывания лимфоцитов(РАСЛ), рентгенологически,МРТ установлен эхинококкоз легких. Пульмонологами установлено,что кроме эхинококкоза легких у этих детей, хронический бронхит. 27 детей, больных эхинококкозом легких, пролечены препаратом сравнения албендозолом в течение 30 -ти дней в дозе 10мг/кг. 39 детей больных эхинококкозом легких пролечены тремя гомеопатическими препаратами:CucurbitapepoC6,TanacetumvulgareC6 ,JuglansregiaC6. в течение 35 дней.

Результаты.Комплексными исследованиями у 66-ти детей больных эхинококкозом печени установлен анемический синдром, хронические бронхиты, нарушение белково-аминокилотного обмена и иммунного статуса. Мы использовали гранулы гомеопатическиеЧетыре гранулы каждого препарата растворяли в 150 мл кипяченной охлажденной до комнатной температуры воде в пластмассовой бутылке, которая закрывалась полиэтиленовой крышкой , проводилась динамизация по С.А Никитину, вращением 50 раз вправо, 50 раз влево. Препарат готовился каждый день, в этот же день использовался. После 10 встряхиваний за 20–30 мин. до завтрака делался один большой глоток. Приблизительно через 2 часа после завтрака таким же способом делался второй глоток; третий глоток – за 20–30 мин. до обеда, четвертый – через 2 часа после обеда, пятый – за 20–30 мин до ужина, шестой – за 20 – 30 мин. перед сном.

Побочного действия препарата не отмечалось. Побочного действия гомеопатических препаратов не отмечалось.При лечении 39 детей тремя препаратами установлено. Хороший противоэхинококкозный результат отмечен у 27-ми (63,15%), удовлетворительный – у 7-ми(17,88%),неудовлетворительный – у 5-ти(12,99%.

Таким образом, применение одновременно трех гомеопатических препаратов повысило хороший противоэхинококкозный эффект более чем на 12%, если при применении только одного гомеопатического препарата CucurbitapepoC6 хороший результат противоэхинококкозного лечения был равен 51,42%,при использовании трех препаратов он повысился до 63,15%.(35 детей, больных эхинококкозом легких, пролечены гомеопатиче-

ским препаратомCucurbitapeров течение 30 дней. доложено на международной конференции в 2014 году). Побочное и токсическое действие применения трех препаратов исследованием исключено.

Выводы. Рекомендуем при лечении эхинококкоза легких детей, осложненного анемическим синдром, хроническими бронхитами, нарушением белково-аминокилотного обмена и иммунного статуса. применять одновременно гомеопатические препараты:CucurbitapeporC6,TanacetumvulgareC6, JuglansregiaC6.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз, город Ташкент

Цель. Оценка клинической эффективности комплексного лечения метаболического синдрома у детей больных бронхиальной астмой препаратом метформин.

Материалы и методы. Для постановки диагноза МС при БА учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных и биохимических методов исследования. Все больные по необходимости были проконсультированы узкими специалистами: ЛОР, аллергологом, невропатологом, кардиологом, эндокринологом, фтизиатром. Критерием отбора детей и подростков в основную группу являлось наличие БА с МС. Отбор в группу сравнения осуществлялся по критерию нормальной массы тела с БА. Дети были разделены на следующие группы: I группа - 35 (17 мальчиков в возрасте 10-14 лет и 18 девочек в возрасте от 9-14 лет) традиционное лечение в сочетании с немедикаментозной терапией. Критерием включения были: ожирение и наличие как минимум двух основных признаков МС. В II группа - 35 детей – 16 мальчиков 10-14 лет и 19 девочек того же возраста, получали комбинированную терапию: препарат метформин в сочетании с немедикаментозным лечением.

Результаты исследования. У детей II группы, получавших в комплексе традиционной терапии метформином, купировались проявления интоксикации, головные боли, уменьшались длительность приступов удушья до 4,6±0,2 дня соответственно по сравнению с детьми I группы, находившимися на традиционном лечении (5,0±0,2 дня, P<0,05).Отмечалось сокращение продолжительности одышки до 5,0±0,2 дня (5,6±0,2 дня – в I группе; P<0,001), сухих хрипов в легких до 5,8±0,2 дня (6,5±0,2 дня – в I группе; P<0,001). Сроки пребывания в стационаре больных детей, получавших метформин, сократились до 9,7±0,2 койко-дней, а в I группе они были равны 11,2±0,5 дням (P<0,05).Положительная динамика клинических симптомов заболевания: снижение частоты приступов удушья, одышки, кашля имеет немаловажное значение в достижении ремиссии и уменьшении рецидивов заболевания.

Выводы. Таким образом, представленные клинические данные свидетельствуют о существенной эффективности применения препарата метформин в комплексе традиционной терапии у детей БА с метаболическим синдромом.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Шамсиева З.И., Халитова З.И. , Миралиев Ф.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ течения родов у женщин с преэклампсией, осложненной на фоне ожирения в зависимости от числа сопутствующих компонентов метаболического синдрома (МС).

Материал и метод. Под наблюдением находились 84 беременных женщин с алиментарно-конституциональным ожирением, гестация у которых осложнялась с преэклампсией, поступивших в отделение патологии беременных (основная группа). Индекс массы тела у них составил >30 кг/м2. Контрольную группу составили 45 беременные без ожирения. Все беременные с ПЭ разделены на 2 группы в зависимости от ее тяжести. Первую группу составили 54 женщин с легкой ПЭ, вторую группу 30 женщин с тяжелой ПЭ. Обследование проводилось по протоколу (антропометрическое, калиперометрическое исследования, оценка состояние липидного спектра, цитокинового статуса крови и углеводного обмена, оценка состояния фето-плацентарного комплекса.

Результаты. Наибольшее число женщин в основных и контрольных группах составили беременные в возрасте 21-30 лет. В диапазоне более 30 лет было несколько больше в группе беременных с ожирением 3 степени. Во всех группах наибольшее число женщин представлено повторнобеременными и повторнородящими. Характерной особенностью течения родов у женщин с ПЭ и метаболическим синдромом явилось несвоевременное излитие околоплодных вод - 49,5%, аномалии родовой деятельности 27%, крупный плод 36,4% и кровотечение в 3 периоде родов 9,3%. Характерно, что каждое из перечисленных осложнений наиболее часто наблюдались в 1-й группе женщин, у которых выявили сочетание всех компонентов МС наибольшей частоте по сравнению с беременным из 2-й группы (70% против 48%). У 18 беременных с тяжелой ПЭ проведенные лечебные мероприятия в течение 24 часов были не эффективны, в связи с тем они подвергались к экстренной родоразрешению путем кесарево сечения. В зависимости от числа компонентов МС возрастает не только частота кровотечений, но и величина кровопотери. Так у рожениц I группы средняя величина кровотечения составила 500-600 мл, во II группе 600 - 800 мл, в III группе 800 - 900 мл (у одной роженицы из этой группы кровотечение составило 1100 мл.). Высокий процент кровотечений у рожениц с ПЭ и четырьмя компонентами МС возможно объяснить нару-

шением сократительной способности матки о чем свидетельствует значительная частота аномалии родовой деятельности. Кроме того, нами были зафиксированы и более длительная продолжительность родов в основных группах рожениц, что не может не сказаться на сократительной деятельности матки, а также и метаболические нарушения характерные для этого контингента пациентов. У первородящих общая продолжительность родов составила 12,0±0,96 ч. - в контрольной группе 8,2±0,54 ч. У повторнородящих - 9,6±0,46 ч.; в контрольной группе 5,7±0,36 ч. (в часовом измерении). Следует так же отметить, что в связи со слабостью родовой деятельности у 29 (27%) женщин проводилась родостимуляция. Таким образом, частота МС у женщин с ПЭ в общей популяции составила 89,2%. МС неблагоприятно отражает на течение беременности и родов, что является причиной значительного увеличения частоты оперативных вмешательств, особенно родоразрешения путем операции кесарева сечения. Проведенный анализ дает основания относить беременных с МС к группе высокого риска по осложнениям в развитие беременности, состояние плода и течения родов и требует тщательного обследования женщин с ожирением с участием эндокринолога.

Вывод. Течение беременности и родов у беременных с ПЭ на фоне МС протекает с осложнениями, частота и степень тяжести которых зависит от числа компонентов МС. Беременные с ПЭ при наличии МС составляют группу риска по осложнениям течения родов. Беременным с ожирением при наличии выраженных изменений МС необходимо провести профилактику развития ПЭ, так как МС является основным фактором провоцирующий развития ПЭ и утяжеление тяжести ее течения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шкапо В.Л., Несен А.А., Чирва О.В., Валентинова И.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель.Изучить качество жизни (КЖ) пациентов высокого кардиоваскулярного риска (КВР) с артериальной гипертензией и коморбидными состояниями в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материал и методы. Обследовано 69 больных артериальной гипертензией (АГ) с коморбидной патологией (ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с СД 2 типа. Среди них было 24 (34,8%) мужчины и 45 (65,2%) женщин. Оценка КВР проводилась соответственно с Европейскими рекомендациями (ESC/EAS, 2011) и рекомендациями Ассоциации кардиологов Украины (2012). КЖ изучалось по результатам самостоятельного заполнения пациентами анкеты Sf-36, которая позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отображает самооценку степени болевого синдрома. Количественно оценивали следующие показатели: физическое функционирование – (ФФ), влияние физического состояния на ролевое функционирование – (РФ),

интенсивность боли – (ИБ), общее состояние здоровья – (ОСЗ), жизненная активность – (ЖА), социальное функционирование – (СФ), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование – (РФЭ), оценка психического здоровья – (ПЗ). Эти шкалы формируют два общих показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ). По разработанным нормам, общие показатели здоровья, должны быть больше 50. Для сравнения использовались данные новозеландского исследования качества жизни здоровой популяции.

Результаты. Нами были получены следующие показатели по шкалам: физическое функционирование (ФФ) 68,1±5,6; влияние физического состояния на ролевое функционирование (РФ) 42,9±9,2; интенсивность боли (ИБ) 58,8±5,3; общее состояние здоровья (ОСЗ) 56,8 ±3,6; жизненная активность (ЖА) 52,1±3,8; социальное функционирование (СФ) 65,5±4,9; ролевое эмоциональное функционирование (РФЭ) 66,7±9,2; психическое здоровье (ПЗ) 58,3± ,0; физический компонент здоровья (ФКЗ) 41,6±1,9; психологический компонент здоровья (ПКЗ) 44,3±1,9. В общей популяции эти показатели были соответственно ФФ - 86,8±2,6; РФ - 81,6±3,5; ИБ - 78,7±2,9; ОСЗ -73,6±2,3; ЖА - 67,9±1,7; СФ - 88,1±9,7; РФЭ - 87,3±2,9; ПЗ - 80,0±1,3; ФКЗ - 50,0±9,8; ПКЗ - 51,3±9,2. Таким образом, у пациентов высокого КВР в сочетании с СД было выявлено снижение КЖ по всем показателям в сравнении с общей популяцией. Достоверные отличия ($p<0,05$) были определены по таким показателям, как влияние физического состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья и жизненная активность. Также достоверные отличия наблюдались по показателям социальной активности (СФ) и психологического состояния (ПЗ, ПКЗ).

Выводы. У обследованных пациентов высокого КВР с СД отмечалось значительное, в сравнении с общей популяцией, снижение оценок по всем показателям КЖ. А особенно, значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование). Общие показатели физического и психологического здоровья также были достоверно снижены. Таким образом, сахарный диабет негативно влияет на оценку пациентами общего состояния и вызывает снижение жизненной активности.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ И АКТИВНОСТЬ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Эшмурзаева А.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние ожирения больных с ранним ревматоидным артритом (РА) на показатели активности.

Материал и методы. В исследование включено 35 пациентов с ранним РА, отвечающих критериям ACR/EULAR (2010г.), не получавших базисные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды. Средний возраст больных составил 57 лет, длительность заболевания

- 7 мес. Контролем служили 30 здоровых доноров без ревматических заболеваний, сопоставимых по полу, возрасту с основной группой. В обеих группах оценивали наличие ожирения по критериям метаболического синдрома, NCEP/ATPIII, ВНОК, ВОЗ.

Результаты. Больные РА не отличались от группы доноров по среднему значению индекса массы тела, но имели бóльшую окружность талии и отношение окружности талии к окружности бедер (p=0,003 и p=0,04). Ожирение по критериям NCEP/ATPIII диагностировали у 65,8% больных РА и только у 37% здоровых доноров (p=0,04), по критериям ВОЗ - у 65,9 и 40% соответственно (p=0,02). По критериям ВНОК различий по частоте ожирения между двумя группами не выявлено (p=0,9). Индекс массы тела коррелировал с показателями СОЭ, С-реактивного белка и DAS28, т.е по мере возрастания индекса массы тела возрастала активность ревматоидного артрита.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности ожирения у пациентов с ранним РА и его взаимосвязи с активностью воспалительного процесса.

СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА УЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Юнусова А.В., Расулова М.И., Садырова М.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучение эффективности немедикаментозных методов лечения у женщин после 40 лет с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы исследования. Данная работа проводилась среди населения семейной поликлиники № 4 г.Ташкента. Под наблюдением находилось 86 женщин в возрасте от 40 до 64 лет, имеющих избыточную массу тела. Обследование включало измерение АД, определение индекса массы тела (ИМТ), окружность талии, ЭКГ.

Результаты: Из 86 обследованных женщин с избыточной массой тела и ожирением 61% имели ИМТ от 26 до 30, у 32% ИМТ превышал 30 и 7% женщин имели изолированный абдоминальный тип ожирения (окружность талии более 90 см) при ИМТ не превышающего 26.

Всем женщинам были рекомендованы немедикаментозные методы снижения массы тела путем снижения калорийности питания и большей физической активности, т. е. снизить потребление общих жиров до 30% и насыщенных жиров до менее 10%, большая часть потребляемого жира должна быть полиненасыщенной (до 10%). Снизить ежедневное потребление соли до 5 грамм. Включение в рацион питания ежедневное употребление фруктов и овощей не менее 400 грамм. Отводить не менее 30 минут в день умеренным физическим упражнениям (например, энергичной ходьбе). Анализ полученных результатов показал, что немедикаментозные методы лечения избыточного веса и ожирения у 72 (83,7%) женщин привели к улучшению антропометрических и электро-

кардиографических показателей и, соответственно, снижению сердечно-сосудистого риска.

Выводы. Использование немедикаментозных методов лечения избыточного веса и ожирения (коррекция рациона питания, занятия физической культурой) у женщин старше 40 лет достаточно эффективны и позволяют предупредить развитие тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Юсупбаев Р.Б., Матлубов М.М., Умарова Г.М., Мухамедова Ш.С.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Акушерства и Гинекологии, Узбекистан

Цель исследования: Оценить характер и степень изменения параметров функции кровообращения у пациентов с избыточной и нормальной массой тела на фоне беременности.

Материалы и методы: Обследованы 40 женщин при сроках гестации 37-39 недель. 1-ю (контрольную) группу составили 19 соматически здоровые беременные женщины. Во 2-ю группу вошли 21 пациентки с избыточной массой тела на фоне физиологически протекающей беременности. Систему кровообращения исследовали методом эхокардиографии с помощью аппарата Sa-600 фирмы «Medison». Рассчитывали ударный (УИ) и сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС). Частоту сердечных сокращений (ЧСС), среднее динамическое давление(СДД) и сатурацию (SpO_2) контролировали с помощью монитора «Shiller». О потребности миокарда в кислороде судили по двойному произведению (ДП), о функциональном состоянии периферического кровообращения по часовому диурезу.

Результаты: Установлено что у беременных 1-й группы с нормальной массой тела при сроках гестации в 37-38 недель регистрировали учащение ЧСС на 13,6% при принятой норме 76 уд\мин, УИ составил 28,9±2,1 мл/м^{2,} СИ составил 2,58±0,11 л/мин/м^{2,} УПСС составила 950,4±33,8 дин,с/см^5/м^2. При этом СДД, ДП, часовой диурез и результаты нагрузочных кардиореспираторных проб достоверно не менялись. Сохранялся нормодинамический режим кровообращения и вполне удовлетворительные резервы. В те же сроки гестации у пациентов 2-й группы с избыточной массой тела регистрировали более выраженные гемодинамические нарушения. Отмечалось выраженная тахикардия и тенденцию к повышению артериального давления. УИ и СИ снижались, составляя соответственно 23,4±1,4 мл/м^2 и 2,16±0,09 л/м^{2}мин, УПСС повышалось до 1390,7±38,4 дин. с/см^5/м^2, что свидетельствует о формировании гипокинетического режима кровообращения и повышалось ДП, что косвенно свидетельствует об ухудшения периферического кровообращения и увеличении потребности миокарда в кислороде. Анализ результатов нагрузочных кардиореспираторных проб указывал на резкое снижение адаптационно-приспособительных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Выводы: Резюмируя изложенное выше можно заключить, что у пациентов избыточной массой тела (ИМГ ≤ 40кг/м^2) при неосложненной беременности при сроках гестации в 37-39 недель имеют место определенные функциональные нарушения со стороны основных систем жизнеобеспечения, формируется гипокинетический режим кровообращения, ухудшается периферическое кровообращение, уменьшаются резервные возможности что является фактором риска на развитие акушерских осложнений в виде снижения толерантности к кровопотери.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССОЙ ТЕЛА - КАК ДЕТЕРМИНАНТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Юсупбаев Р.Б., Матлубов М.М., Игамбердиева Д.У.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Акушерства и Гинекологии, Узбекистан

Цель исследования:Изучение изменения параметров функции дыхания у пациентов с избыточной и нормальной массой тела на фоне беременности.

Материалы и методы: Обследованы 21 женщин, из них 1-ю группу составили 10 соматически здоровых беременных женщин. Во 2-ю группу вошли 11 беременных с избыточной массой тела, на фоне физиологически протекающей беременности. Исследования проводили в третьем триместре беременности при сроках гестации в 37-39 недель. Параллельно проводили кардио-респираторные тесты с нагрузкой - шестиминутную шаговую пробу, пробу с задержкой дыхания. Функцию внешнего дыхания изучали методом волюметрии. Исследовали частоту дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО), минутный объем дыхания (МОД), максимальную вентиляцию легких (МВЛ), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), рассчитывали резерв дыхания (РД). Все исследования проводили в покое, после 5 минутного отдыха.

Результаты и обсуждение: У относительно здоровых беременных с нормальной массы тела при сроках гестации в 37-38 недель регистрировали достоверное, относительно пациентов 1-й группы учащение ЧСС на 14,2% и в среднем составила 96±0.5. У всех пациентов 2-й исследуемой группы регистрировали выраженную тахикардию - ЧСС 106±0.7, и тенденцию к повышению среднего артериального давления САД до 110±0.4 мм рт., Изучение параметров характеризующих функцию внешнего дыхания у пациентов 2-й группы показало выраженные функциональные нарушения. ЧД достигла 25,1±1,2 в мин. Достоверно снижались параметры характеризующие легочную вентиляцию (ДО,МВЛ, РД). В значительной степени снижалось ЖЕЛ. Так, у пациентов 2-й группы ЖЕЛ составляла 33,2±1,86 мл/кг, в то время как в 1-й группах этот важный показатель функции внешнего дыхания составлял соответственно 52,3 ±4,7 мл/кг. Принято считать, что снижение ЖЕЛ ниже 40мл/кг свидетельствует о серьезной функциональной недостаточности системы внешнего дыхания.

Выводы: Беременные с избыточной массой тела (ИМТ ≥40кг/м^2) в 3 триместре беременности имеют выраженные патологические изменения

со стороны кардио-респираторной системы, снижаются резервные возможности дыхания. Беременные с избыточной массой тела требуют специальной медикаментозной дородовой подготовки, направленность которой зависит от степени и выраженности функциональных нарушений со стороны кардио-респираторной системы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТРУКТУРА ЕГО КОМПОНЕНТОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Юсупова Д.А., Абдуллажанова К.Н., Мамаджанова Н.Н.,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить особенности лабораторных критериев метаболического синдрома у беременных с преэклампсией (ПЭ) осложненной на фоне ожирения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 84 беременных женщин с алиментарно-конституциональным ожирением, поступивших в отделение патологии беременных с осложненной течения гестации с преэклампсией (ПЭ). Индекс массы тела у них составил >30 кг/м2. Контрольную группу составили 45 беременных без ожирения. Все беременные с ожирением разделены на 2 группы в зависимости от тяжести ПЭ: 1-ю группу составили 54 женщин с легкой ПЭ, 2-ю группу 30 женщин с тяжелой ПЭ. Обследование беременных проводилось по принятому протоколу в рамках научного проекта Центра. Критериями выявления компонентов МС служили: 1. Ожирение - ИМТ г 30 кг/м^2; 2. Гипердислипидемия - уровень в сыворотке крови (ТГ - более 2 ммоль/л; ОХ - более 5 ммоль/л; ЛПНП - более 55 Ед/л; ЛПВП - ниже 1 ммоль/л); 3. Инсулинорезистентность - показатель индекса Саго < 0,33. 4. Повышение артериального давления.

Результаты. Все женщины, поступившие под наблюдение, обследовались с целью выявления у них метаболического синдрома. Анализ данных проводился в зависимости от тяжести ПЭ. Сравнительный анализ всех изучаемых показателей, характеризующих метаболические нарушения, у беременных с ожирением и ПЭ в сравнении с контрольной группой показали статистические достоверные отличия. Из литературных данных известно, что именно гиперинсулинемия является центральным звеном МС X (Reaven G. M. 1988). В связи с этим необходимо отметить, что у беременных с III степенью ожирения показатель ИРИ значительно превышает таковой в контрольной группе, хотя и не превышает нормативный показатель,. Из полученных данных следует заключить, что у беременных с МС имеется статистически достоверное повышение общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности. Интересные данные оказываются при индивидуальном анализе. Так, например инсулинорезистентность была выявлена у 9 беременных с тяжелой ПЭ ожирением, что составило 30%, у 12 (22%) - с легкой ПЭ. Нас интересовала частота метаболическо-

го синдрома на фоне ожирения у женщин с ПЭ. Оказалась, что частота МС в группе женщин с тяжелой ПЭ составила 100%, во II группе 91% и в группе контроля - 35%. При анализе были выявлены следующие сочетания компонентов МС: частота сочетания 3 компонентов - ожирения, артериальная гипертония, дислипидемия в I группе составила 38,8%, во II группе - 39% и 29% в III группе. Полный МС, т.е. сочетание всех его четырех компонентов - ожирения, артериальная гипертония, дислипидемия и инсулинорезистентность была выявлена у 70% женщин из I группы, и у 48,8% из II группы. Таким образом, у беременных с ПЭ, осложненной на фоне ожирения, был установлен диагноз МС с выявлением компонентов, которые являются основными, вызывающими беспокойство.

Вывод. Таким образом, частота МС на фоне ожирения у беременных с ПЭ составляет по нашим данным 89,2%. Число компонентов МС коррелирует с тяжестью ПЭ. Полный МС - сочетание четырех основных его компонентов в 70% наблюдений обнаруживался у беременных с тяжелой ПЭ, в 48,8% случаев у женщин с легкой ПЭ. А у беременных с ожирением и физиологическим течением гестации было характерно сочетание не более 2х компонентов МС без повышения АГ. В связи с этим, актуален сравнительный анализ течения гестации, родов и состояние плода у беременных с МС в зависимости от числа его компонентов для выявления группы риска на развитие акушерских осложнений.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОСТЕОБЛАСТОВ

Якубджанов Р.Р., Юлдашев А.Ю., Каримов М.Ю.
Ташкентская Медицинская Академия
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Цель изучение структурно-метаболической регуляции дифференцировки остеобластов при экспериментальной репаративной регенерации костной ткани.

Материалы и методы. Кролики породы Шиншилла массой 2,6±0,2 кг, разделенные на 2 группы: I контрольная (n=18) и II опытная (n=18) которым в области диафиза большеберцовой кости хирургически создавали дефект размером (1,0х0,5) см до эндоста. Опытной группе животных после операции ежедневно один раз в течение 7 дней вводили миакальцик 100 мг/кг. Морфологически на препаратах из зоны дефекта изучали соотношение дифференцирующихся остеобластов и кровеносных капилляров через 7 дней у контрольных животных дефект костной ткани заполнен остатками кровяного сгустка, грануляционной тканью, состоявшей из моноцитоидных клеток и нейтрофилов. У опытных животных дефект в основной массе состоит анастомозирующихся остеобластов, контрольных фибробластоподобных клеток. Средняя часть и периферия дефекта имеет ячеистую структуру, кровеносные тонкостенные капилляры, выстланные эндотелием. 14 суток после формирования дефекта костной ткани в I группы. В центре раны хондробласты и хондроциты, хондроидная ткань.

Во II гр. наблюдается интенсивное образование остеобластов и костных пластинок.

Через 28 суток в I гр. животных, по прежнему отмечается дифференцировка хондробластов и образование хондроидной ткани, костные пластинки и остеобласты единичны. Во II гр. животных дефект кости заполнен остеобластами и остеоцитами, расположенными на поверхности костных пластинок, новообразующимися и растущими капиллярами.

Таким образом, при введении миакальцика в дозе 100 мг/кг ежедневно в течение 7 дней в динамике репаративной регенерации костной ткани наблюдается структурно-метаболическая активация васкуло- и ангиогенеза, дифференцировки остеобластов.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К МЕТАБОЛИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ

Якушева М.Ю.
Институт иммунологии и физиологии Уральского Отделения
Российской академии наук, г. Екатеринбург, Россия

Цель: разработка и научное обоснование методов донозологической диагностики индивидуальной предрасположенности к развитию метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов, 39-49 лет, с сахарным диабетом 2 типа (42 женщины и 28 мужчин) длительностью 10-15 лет, в стадии компенсации по углеводному обмену, без клинических признаков осложнений, и 86 практически здоровых людей, подобранных по принципу «копия-пара» по полу, возрасту, национальности. Оценка генетической предрасположенности проводится с помощью биометрического тестирования, основанного на анализе дерматоглифической картины рук, который проводится согласно международной классификации Penrose и использует 61 дерматоглифический признак.Анализ средовых факторов риска проводится по результатам анкетирования. Анкета включает 27 вопросов, характеризующих образ жизни, вредные привычки, физические и стрессовые нагрузки, особенности пищевого поведения, профессиональные нагрузки и сопутствующие заболевания. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием программного обеспечения Statistica 6.0. и математических методов многофакторного анализа, основанных на теории распознавания образов.

Результаты. Для проявления заболевания необходимо конкретное сочетание генетических и средовых факторов, и чем больше выражена генетическая предрасположенность, и больше вредных воздействий среды, тем выше для человека вероятность заболеть (и в более раннем возрасте, и в более тяжелой форме). Результаты проведенных нами исследований позволили разработать автоматизированную систему диагностики индивидуальной предрасположенности к заболеваниям, состоящую из двух блоков – дерматоглифического - оценки генетической предрасположенности, и средового – оценки факторов риска. Для анализа дерматоглифической картины нами разработана уникальная система, использу-

ющая передовые технологии нейросетевого моделирования, что позволяет идентифицировать в автоматическом режиме все дерматоглифические параметры не только на пальцах, но и на ладонях. Анализ средовых факторов риска проводится по результатам анкетирования. Расчет степени риска проводится по специально разработанным программам, основанным на результатах проведенных исследований. Высокий риск развития заболевания не является фатальным, снижение воздействия факторов риска может иметь профилактический эффект и не приведет к развитию болезни. Данная технология может являться как основой первичной профилактики метаболического синдрома, так и мотивировать людей на ведение здорового образа жизни.

Выводы. Разработана инновационная автоматизированная систем донозологической диагностики индивидуальной предрасположенности к развитию метаболического синдрома, состоящая из двух блоков – анализа средовых факторов риска и оценки генетической предрасположенности. Применение данной технологии позволит максимально эффективно разрабатывать и осуществлять меры первичной профилактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА И ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦАС МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ярмухамедова С.Х., Самиев У.Б.,Хакимова Г.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель работы. Изучить влияние триметазидина и эссенциальных фосфолипидов на клинико- функциональное состояние больных ИБС.

Материалы и методы. Нами на базе II-терапевтического отделения клиники СамМИ было обследовано 27 больных (11 женщин – 16 мужчин, средней возраст 58,7±4) хронической ишемической болезнью сердца, с сопутствующим метаболическим синдромом и артериальной гипертонией. Диагноз метаболический синдром устанавливался на основании определения индекса массы тела, измерения окружности талии и А/Д, а также определения толерантности к глюкозе.

Всем больным до начала и после проведения лечения кроме общеклинических методов исследования проводили суточное Холтеровское ЭКГ мониторирование на аппарате «Кардиосенс».

17 из этих больных в дополнение к стандартной терапии (β – блокаторы, нитраты, антагонисты кальция и др.) получали триметазидин в дозе 70 мг и кардиовас – капсулы, содержащие рамиприл в дозе 2,5 мг и эссеницальные фосфолипиды, в дозе 150 мг в сутки в течении 2 месяцев, а 10 человек получали только лишь стандартную терапию (контрольная группа). Кроме того, веем обследуемым больным проводился мониторинг АД, регистрировались эпизоды ишемических атак т.е. приступов стенокардии, а также количество таблеток нитроглицерина, потребляемых дополнительно к стандартной терапии..

Результаты. В результате лечения отмечено улучшение ЭКГ показателей в виде уменьшения эпизодов смещения сегмента ST, снижения

АД в обоих группах больных. Однако, в отличие от контрольной группы, у больных получавших, триметазидин и кардиовас отмечалась статически достоверная, тенденция к абсолютному исчезновению эпизодов ночной ишемии и к значительному уменьшению приступов стенокардии а также значительно улучшилось толерантность этих больных к физической нагрузке. Достоверно уменьшалось количество потребляемых таблеток нитроглицерина.

Выводы: Таким образом, триметазидин и кардиовас оказывая комплексное воздействие на миокард при ИБС, приводят не только к улучшению клинического состояния больных, но и к снижению АД, уменьшению частоты болевых приступов и положительной динамике ЭКГ показателей. Кроме того, уменьшалась необходимость применения таблеток нитроглицерина и значительно улучшалась толерантность больных к физической нагрузке.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ **4**
Абдуллаев А.К., Мавлянов И.Р.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ И ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ. **4**
Абдуллаев А.К., Мавлянов И.Р.

ВЛИЯНИЕ ФЛАТЕРОНА И СТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ **6**
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Касымова Г.М., Сулейманова Э.Л.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ ВСЛЕДСТВИЕ МЕНОРРАГИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ И ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ **7**
Абдуллаев С.М., Арифжанова Р.Г., М.М. Содиқжон ўғли

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **7**
Абдурасулов Ф.П., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х., Эргашев А.Х.

ЗНАЧЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ **8**
Абдурахманов О.Б., ДжаббаровК.Д., Гафур-Ахунов М.А., Бердиева Ф.Б.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ **9**
Азизова Н.Д.

hsСРБ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. **10**
Азимова М.И., Борзова Н.С., Ша-Ахмедова Л.Р., Ахматходжаева Д.А.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **11**
Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабирджанова З.Т., Каюмова Н.К.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. **12**
Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ. **13**
Андреева А.А., Бабак О.Я., Башкирова А.Д.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА **14**
Аралов М.Д., Ахматов А.

КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ **15**
Арзамасцева О.В., Овсиенко А.Б., Луговая Л.П., Бестаева А.Э.

БЕЛКОВЫЕ СПЕКТРЫ И МАРКЕРЫ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИВ ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ **16**
Арипов А.Н, Фесенко Л.М., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В **17**
Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Фесенко Л.М.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ **18**
Арипов А.Н., Фесенко Л.М., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ **19**
Арифов С.С., Исмагилов А.И.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ РЕТИНОПАТИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА. **20**
Арнопольская Д.И., Кхера А., Мухамедова М.Г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТФОРМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ. **21**
Асланова И.Ж., Мирзаева Д.Б., Асланова Ш.Ж.

МЕСТО ОПРОСНОГО МЕТОДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕСТЕНОКАРДИИ **22**
Аслонова Ш.Ж.,Аслонова И.Ж., Ашурова Н.Г.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА, БИСОПРОЛОЛА И ВЕРОШПИРОНА НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ **23**
Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА **24**
Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Икрамова А.Ш.

СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА **25**
Ахмедова Ш.У., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

ОЖОГОВЫЕ РАНЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ **26**
Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.

ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **26**
Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.

ДИСЛИПИДЕМИЯ БИЛАН КЕЧУВЧИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯДА ГЕМОРЕОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ **28**
Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Манглиева М.Р., Джумаев К.Ш.

БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ЎТКАЗГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА КОМБИНАЦИЯЛИ ГИПОТЕНЗИВ ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИ **28**
Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Очилова Д.А., Рузиев О.А.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ КОРРЕКЦИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ **29**
Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Очилова Д.А., Рузиев О.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ **30**
Бекматова Ш.К.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ **31**
Беловол А.Н., Князькова И.И., Целуйко В.Й., Жадан А.В., Тверитинов А.Б.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ **32**
Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИУГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА **33**
Божко В.В.,Снегурская И.А., Пенькова М.Ю., Милославский Д.К.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. **34**
Борзова Н.С., Арипов О.А., Ахматходжаева Д.А.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА. **35**
Бочкова Л.П, Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. **36**
Бочкова Л.П., Носиров Ш.Н., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА **37**
Гостищев В.К., Чебышев Н.В., Бурдаев И.Н., Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Садыков

В.М.,Рузыбаев С.А., Вахидова А.М., Мухитдинов Ш.М., Сапожников С.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ K121Q ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ENPP1 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА РАЗНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ **38**
Грибова И.В., Гарбузова В.Ю., Обухова О.А.

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С СПКЯ АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНГО ВОЗРАСТА **39**
Гуломмахмудова Д., Иргашева С.У.

КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК **41**
Даминов Б.Т., Аляви Б.А., Каюмов Н.У.

РАЗЛИЧНЫЕ КАТЕГОРИИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРА РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА **42**
Даминов Б.Т., Каюмов Н.У., Саиджоджаева О.Н., Баротова Д.С., Азизов Ш.И.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ **42**
Даминова Х.М.

К ВОПРОСУ О ЗНАЧИМОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **44**
Ельникова М.В.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ **45**
Захидова М.З., Касимбекова Г.К, Хасанова Д.А, Кдырбаева Ф.К, Фозилов А.А

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕНЕДЖМЕНТАПОДАГРЫ **46**
Заяц М.М.

ФЛУОРЕСЦЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДОВ И БЕЛКОВ В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА **47**
Зубрицкая Г.П., Писаренко Е.А., Кутько А.Г., Камышников В.С., Слобожанина Е.И.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ **48**
Ибатова Ш. М.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ **49**
Исаева А.С., Резник Л.А., Вовченко М.Н., Буряковская А.А., Клименко Т.И.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ СИНТЕЗ □-РЕЦЕПТОРА К ЭСТРОГЕНУ И ИХ СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ. **50**
Исаева А.С., Попович А.С., Бондарь Т.Н., Буряковская А.А.

ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ **51**
Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. **51**
Исмайлов Е.Е.

ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ **53**
Ишкабулов Д., Ишкабулова Г.Д., Ахматов А.

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА **54**
Ишкабулов Дж., Эргашев А.Х., Абдурасулов Ф.П., Каримова Н.А.

СЕЗОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК И СОСТАВА МОЧИ У ДЕТЕЙ С УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ. **55**
Ишкабулов Дж., Эргашев А.Х., Н.Ё. Рузикулов, Ю.А. Рахмонов

ПОСТНАГРУЗОЧНАЯ ГЛИКЕМИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА **56**
Каландарова У.А., Каюмов У.К., Алимов С.С., Хатамова Д.Т.,Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У.

ОЦЕНКА ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ **57**
Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н., Антонова И.В.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА,КОПТОКЧАЛАР ФИЛЬТРАЦИЯСИ ТЕЗЛИГИ ВА КЛИРЕНС КРЕАТИНИН КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШНИНГАФЗАЛЛИКЛАРИ. **58**
КамаловО.Т., ЭргашевД,Т.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ГЛАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ(случай из практики) **59**
Камилов Х.М., Максудова Л.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **60**
Каримов М.М., Даминов Б.Т., Каюмов У.К.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **61**
Каримова Н.А, Абдурасулов Ф.П., Маматкулова Ф.Х.

ВАЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ **62**
Касимбекова Г.К., Захидова М.З, Хасанова Д.А., Фозилов А.А.

ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИХ СОЧЕТАНИЙ В СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА **63**
Каюмов У.К., Бекматова Ш.К., Каландарова У.А., Хатамова Д.Т.,Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Ибадова М.У., Жураева Х.И.

НЕКОТОРЫЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА **63**
Каюмов У.К., Каландарова У.А., Бекматова Ш.К., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Ибадова М.У.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ **64**
Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Алимов С.С., Нарзикулова С.П., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Мусаева Ш.З., Зиямухамедова М.М.

РОЛЬ СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **65**
Кириченко И.Н.

АПЕЛИН КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО **66**
Коваль С.Н., Юшко Т.Г., Старченко Т.Г., Милославский Д.К., Шуть И.В.

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОРФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА **68**
Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Юшко К.А., Милославский Д.К.

ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИНЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ **69**
Коваль С.Н., Снегурская И.А.,Хасанова Х.Д.

УРОВНИ АНГИОПОЭТИНА-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИНЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ **70**
Коваль С.Н, Снегурская И.А., Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В., Божко В.В., Щенявская Е.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ **71**
Колесникова Е.В., Никифорова Я.В.

КОРРЕКЦИЯ ТИПОЛОГИИ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ **72**
Корильчук Н.И.

УРОВЕНЬ ФНО- А В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ **74**
Котлярова М.А., Гопций Е.В.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ **74**
Красивина И.Г., Носков С.М., Лаврухина А.А., Евгеньева А.В., Васенин И.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОРАСЕМИДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ **76**
Курбанова Ф.Р., Носиров Ш.Н., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМС САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ **76**
Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Лапасова М.Ш.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ИНДЕКС КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКИ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ **78**
Лебедева Е.Н., Красиков С.И., Шарапова Н.В., Алехина Е.М.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ **79**
Литвиненко А.О., Гопций Е.В.

ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА ЭРТА БУЗИЛИШЛАРИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИГА СКРИНИНГ ЁНДАШУВИ **80**
Мавлонов Н.Х., Рузиев О.А., Солиев А.Ў., Тошева Ҳ.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ УВЗРОСЛЫХ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА **80**
Максимов М.Л., Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Гостищев В.К., Чебышев Н.В., Бурдаев И.Н., Свистунов А.А., Садыков В.М., Рузыбаев С.А., Мухитдинов Ш.М., Вахидова А.М., Сапожников С.А.

ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИДРОМОМ **82**
Максумжанова З., Худайбердиев Ж., Хамидов Д., Узбекова Н.Р.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ **83**
Мамаджанова Н.Н., Нишанова Ф.П.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕ-И ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **84**
Мамадумаров Т.С. Мамадалиев Г.С. Убайдуллаев Ш.И. Исламова Х.Ж. Юлдашев К.Т. Усманов У.К.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ **85**
Маматкулов Х.А., Узоков Ж.К., Усаров М.Х.

ЎРТА ЁШДАГИ МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ АЛОХИДА КОМПОНЕНТЛАРИ ВА ЭНДОТЕЛИЙ ФУНКЦИЯСИ, ХАМДА ИНТИМА-МЕДИЯ КОМПЛЕКСИ ҚАЛИНЛИГИНИНГ ЎЗАРО МУНОСАБАТИ **86**
Маматкулов Х.А., Узоков Ж. К.

ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА УМАЛЬЧИКОВ **87**
Маматкулова Ф.Х., Каримова Н.А, Ф.П. Абдурасулов

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО/ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА **88**
Матвеева С.А.

ГЕТЕРОГЕННАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДОВ КРОВИ И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА **89**
Матвеева С.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛАЗНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ **90**
Махкамова Д.К.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ. **91**
Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А.. Нурмухамедова М.М.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕФЛЮКС - ИНДУЦИРОВАННОЙ АСТМЫ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ. **92**
Мирзаева Д. Б., Аслонова И. Ж.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ СМЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **93**
Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА **94**
Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **95**
Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ **96**
Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **96**
Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛИКОЗАМИНОВ (СУЛОДЕКСИДА, ВЕССЕЛ ДУЭ Ф, ALFA WASSERMANN) ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. **97**
Муродова С.М., Салихова И.С.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС **98**
МухамедоваХ.Т., ТурдиеваД.Э., ТашмухамедоваБ.Э., ТурсуноваН.Э., АлимоваЗ.А.

РОЛЬ АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА **99**
Нажмутдинова Д.К., Максудова Д. Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **100**
Насиров Ш.Н., Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И КОМОРБИДНОСТЬЮ **100**
Несен А.А., Чернышов В.А., Валентинова И.А., Грунченко М.Н., Шкапо В.Л.,Чирва О.В.

РОЛЬ АДИПОЦИТОКИНОВ В РЕГУЛЯЦИИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ **101**
Нургалиева Ж.Ж., Хитуова Л.К., Сулейманов Д.М.

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ГЕРИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ **102**
Нурмухамедова Р.А, Расулова М.И.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ. **103**
Оврах Т.Г., Серик С.А., Ченчик Т.Н.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ **104**
Опарин А.А., Внукова А.С.

ЭССЕНЦИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ **105**
Очилова Д.А., Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Манглиева М.Р., Абдулхакимов Ш.

ВЛИЯНИЕ АФИННО ОЧИЩЕННЫХ АНТИТЕЛ К АННАБИНОИДНОМУ РЕЦЕПТОРУ I ТИПА НА ПИЩЕВОЕПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ **106**
Просоленко К.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТОБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПЕСТИЦИДАМИ **107**
Расулова М.И., Садырова М.А., Юнусова А.В.

СВЯЗЬ A69314G ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TNAP С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА. **108**
Розуменко И.А., Форкерт И.А.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ДУПЛЕКОР» У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ **109**
Рузиев О.А., Мавлонов Н.Х., Манглиева М.Р., Ражабова Г.Х.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ЮРАК ЭКТОПИК АКТИВЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ **110**
Рузиев О.А., Очилова Д.А., Бакаев И.К., Таиров М.Ш., Эргашев М.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК **111**
Сабиров М.А., Даминова К.М., Бабажанова Н.Р., Каюмов Н.У., Саидходжаева О.Н.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТДАЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ **112**
Садикова Н.Ғ., Тоирова К.Б.

МЕТАБОЛИЗМ ИМПЛАНТАТА ИЗ ОКСИЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ **113**
Садыков Р.А., Сарымсаков А.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА Na-Ca КМЦ **114**
Садыков Р.А., Сарымсаков А.А.

ВЛИЯНИЕ ИНДИФФЕРЕНТНОГО СПЕКТРА СВЕТА НА СВОБОДНО - РАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЛИПИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ.(экспериментальное исследование) **115**
Садыкова Г. А., Рахматуллаев Х. У., Касимова Г. М.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 **116**
Садыкова Н.Г., Сагирова Л.А.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ **117**
Садыкова Н.Г., Сагирова Л.А.

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МУЖЧИН 40 ЛЕТ И СТАРШЕ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ О ВАЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА **118**
Садырова М.А., Расулова М.И., Юнусова А.В.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АНГИОПЛАСТИКУ **119**
Саидходжаева О., Каюмов Н., Арипова Д., Эгамбердиева Д., Аляви Б.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ГАСТРОДУОДЕНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **120**
Сайфиева С.Х., Шеров А.С.

АНТИПРОТЕИНУРИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СУЛОДЕКСИДА ((ВЕССЕЛ ДУЭ Ф, ALFA WASSERMANN) ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА. **121**
Салихова И.С., Муродова С.М.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ НА УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ **122**
Серик С.А., Вовченко М.Н.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРЫ **123**
Сибиркина М.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ NO- ЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **124**
Сибиркина М.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КАЧЕСТВЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 **125**
Сидоренко О.А., Кобыляк Н.Н.

СВЯЗЬ ЧИСЛА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ **126**
Срожидинова Н.З.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **127**
Срожидинова Н.З.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. **127**
Таиров М.Ш., Бакаев И.К., Аслонова Ш.Ж., Ашурова Н.Г., Эргашев М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА **128**
Талипова Ю.Ш., Атаханова Л.Э., Исмаилова М.Ш., Азизова Ф.Ф., Жалимова Р.Р., Алиев М.Э.

ВЛИЯНИЕ НА РЕГРЕСС РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙУ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМНА ФОНЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ **130**
Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Сагатова Х.М., Юлдашев Х.М.

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА - МАРКЕР ВИСЦЕРАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ **131**
Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Атаханова Л.Э., Сагатова Х.М., Ходжанов О.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТФОРМИНА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **132**
Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Хусанов А.А., Сагатова Х.М., Зувайдов И.Р.

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА - МАРКЕР ВИСЦЕРАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ **133**
Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Атаханова Л.Э., Сагатова Х.М., Ходжанов О.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **134**
Талипова Ю.Ш.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ЗОНЫ НЕКРОЗА В СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЕ У БОЛЬНЫХ С ОИМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **135**
Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Абдиева Г.А., Арипов С.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЛИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОЧЕТАННЫМИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **136**
Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Абдиева Г.А., Арипов С.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **137**
Таштемирова, И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Ашуралиев И.Р., Ахмаджанова Д., Каримов А.А.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ БАХОЛАШ **138**
Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таджибаева М.И., Кодирова Г.И., Ахмаджанова Д.А.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ФЕНОФИБРАТЛАРВА МЕТАБОЛИК ДАВОЛАШНИНГ САМОРАДОРЛИГИ **139**
Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Юльчибоева Г.Ф., Ашуралиев И.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА НА ФОНЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА **139**
Терёшин В.А., Круглова О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **141**
Труханова И.Г., Иванова И.В.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА **142**
Тулабаева Г.М., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М., Хусанов А.А., Алиев М.Э.

АНТИВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ **143**
Турдиева Д.Э., МухамедоваХ.Т., ТашмухамедоваБ.Э,Алимова З.А, Турсунова Н.Э.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ **144**
Убайдуллаева Н.Н.

СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ТИПОВ **145**
Убайдуллаева Н.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ. **146**
Узаков А.Д., Маматов Б.Ю.

ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА АТЕРОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ **147**
Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М.,Усманова Д.Н.,Бахрамов С.Т., Китьян С.А.

ЭФФЕКТ СИМПАТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ-ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ **148**
Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М., Китьян С.А., Бахромов С.Т.

УМУМИЙ СЕМИРИШНИ МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ХАВФИ РИВОЖЛАНИШИДАГИ АХАМИЯТИ **150**
Узоков Ж.К., Сайдалиев Р.С.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА ҚОН ИВИШ ТИЗИМИНИ АХОЛАШ **150**
Узоқова М.К.

ПОДАГРА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ. **151**
Умаров А.Э., Абдуллаев Р.М.

ХАРТИЛ АМЛО В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМСИНДРОМОМ **152**
Уменова Г.Ж., Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Тыналиева Ш.А., Туякбаева А.Г.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ БОЛЬНЫХ КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **153**
Усманова З.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА – ДИАБЕТОН MR ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА **154**
Фазылов А.В., Хашимова Р.М., Куртиев И.О., Захидова М.З.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОТЕИНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В **155**
Фесенко Л.М., Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. **156**
Хамидова Г.М., Каюмов У.К

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ 12-НЕДЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **157**
Хамидуллаева Г.А., Хафизова Л.Ш., Алиходжаева Ф.А.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИПОМАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **158**
Хамрабаева Ф.И.

МЕСТО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ **159**
Хамрабаева Ф.И., Туляганова Ф.М

СОСТОЯНИЕ ХОЛЕРЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ **160**
Хамрабаева Ф.И

ПОКАЗАТЕЛИ ОЖИРЕНИЯ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2ТИПА СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА **161**
Хамраев А.А., Шагазатова Б.Х., Хабирова Н.Г., Артыкова Д.М., Мирахмедова С.А., Юсупов О.Ф.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА. **162**
Хамраев Х.Т., Дониеров Н., Муминов О., Жумаев Г.

ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ. **163**
Хамраев Х.Т., Ким В., Хамраева Д., Джураева З.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА **163**
Хамраев Х.Т., Хусанов Х.Ш., Бабаева Н., Курбанова Н.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ЖЕН- **164**

ЩИН.
Хасанова Д.А., Захидова М.З., Касимбекова Г.К., Дадаев Х., Фозилов А.В.

СУБКЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИС- ТЕНТНОСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ **165**
Хидоятов Б.А., Садыкова Э.И., Шокиров Б.С.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ **166**
Холов Г.А., Джураева Н.О.,Халилова Ф.А.,Тошева Ҳ.Б.

ЭХИНОКОККОЗ У ВЗРОСЛЫХ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **167**
Чебышев Н.В., Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Гостищев В.К., Бурдаев И.Н., Стреляева А.В.,Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Садыков В.М., Рузыбаев С.А., Абдуллаев Н., Вахидова А.М., Мухитдинов Ш.М., Сапожников С.А.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **169**
Черкасова В.С.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ КАК НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА **170**
Шагазатова Б.Х., Бахадирова Ш.Ф., Дусчанова Н.Т.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TCF7L2 В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА **171**
Шалимова А.С.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, БРОНХИТАМИ, НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА И ИММУННОГО СТАТУСА **172**
Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Гостищев В.К., Чебышев Н.В., Бурдаев И.Н., Максимов М.Л, Аль. Джомаа Р., Стреляева А.В., Абдуллаев Н., Садыков В.М.,Рузыбаев С.А., МухитдиновШ.М., Вахидова А.М., Сапожников С.А.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ **173**
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ **174**
Шамсиева З.И., Халитова З.И. , Миралиев Ф.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **175**
Шкапо В.Л., Несен А.А., Чирва О.В., Валентинова И.А.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ И АКТИВНОСТЬ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА **176**
Эшмурзаева А.А.

СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА УЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ **177**
Юнусова А.В., Расулова М.И., Садырова М.А.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ **178**
Юсупбаев Р.Б., Матлубов М.М., у Г.М., Мухамедова Ш.С.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССОЙ ТЕЛА - КАК ДЕТЕРМИНАНТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ **179**
Юсупбаев Р.Б., Матлубов М.М., Игамбердиева Д.У.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТРУКТУРА ЕГО КОМПОНЕНТОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ **180**
Юсупова Д.А., Абдуллажанова К.Н., Мамаджанова Н.Н.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОСТЕОБЛАСТОВ **181**
Якубджанов Р.Р., ЮлдашевА.Ю., Каримов М.Ю.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К МЕТАБОЛИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ **182**
Якушева М.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА И ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **183**
Ярмухамедова С.Х., Самиев У.Б., Хакимова Г.А.