

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

*«Metabolik sindrom:
patogenez, tashxis va davolash»*

RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA

TEZISLARI



ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

*«Метаболический синдром:
патогенез, диагностика и лечение»*

1 – 2 dekabr

Toshkent 2011

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



Гедеон Рихтер



BERLIN – CHEMIE
MENARINI

СПОНСОРЫ



ТАҲРИР ХАЙАТИ:

Раис: Сабилов Д.М.

Аъзолар:

Арипов А.Н.,
Акилов Х.А.,
Хамрабаева Ф.И.,
Мавлян-Ходжаев Р.Ш.,
Джаббаров К.Д.,
Мухамедова Х.Т.,
Каюмов У.К.,
Хасанова Х.Д.,
Ша-Ахмедова Л.Р.

E-mail: malaka@inbox.ru

ПЕРЕЧЕНЬ РАЗДЕЛОВ

Раздел	Страницы
Лекции	3 - 9
Эпидемиология, диагностика и профилактика метаболического синдрома	10 - 54
Патогенез, клиника и лечение метаболического син- дрома	55 - 125
Метаболический синдром в акушерстве и гинеколо- гии	126 - 145
Метаболический синдром у детей и подростков	146 – 163
Другие актуальные вопросы медицины	164 - 200

ИСТОРИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Исмаилов С.И.

Республиканский Специализированный научно-практический
медицинский Центр Эндокринологии, Ташкент

История. Термин «метаболический синдром» (МС) был предложен в 1980 году. Однако, на сочетание его компонентов и их прогностическую значимость обращали внимание ещё в начале прошлого века. В 20-е годы XX века было показано, что ожирение может сопровождаться артериальной гипертонией, изменением липидного состава крови, нарушением переносимости глюкозы и диабетом 2 типа. В 1980 М. Henefeld и W. Leonhardt предложили термин - «метаболический синдром». В 1988 G. Reaven, основываясь на данных о высокой смертности среди больных МС, предложил термин - «синдром X» или «смертельный квартет». Учитывая важную роль отложения жира в области живота в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), N. Kaplan, в 1989 году, особо выделяет абдоминальное ожирение. Ряд работ, показавших значение инсулинорезистентности в патогенезе МС, позволили S. Haffner в 1992 году предложить термин «синдром инсулинорезистентности». К концу XX века было накоплено большое количество доказательств о распространённых поражениях сердечно-сосудистой системы (ССС) при МС и L. Resnick в 1993 году предлагает термин - «генерализованная сердечно-сосудистая метаболическая болезнь». Начиная с 90х годов в литературе преобладает термин - «метаболический синдром».

Распространённость МС среди населения составляет в среднем 10-24%, среди лиц с НТГ более 50%, а среди больных сахарным диабетом типа 2 (СД) – 80%. Среди населения западных стран частота МС составляет ~ 25-35 %, а в возрасте старше 60 лет доля лиц с МС достигает 42-43,5 %. Быстрыми темпами увеличивается частота МС среди молодых людей, детей и подростков.

Патогенез. МС – это сочетание метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска ССЗ. В развитии МС играют роль различные генетические, внутренние и внешние факторы.

В основе МС лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсатор-

ная гиперинсулинемия (ГИ). Инсулинорезистентность - это нарушенный биологический ответ периферических тканей организма на воздействие эндогенного или экзогенного инсулина.

Нарушение генетического контроля при МС и СД 2 типа может быть обусловлено нарушением секреции инсулина (обусловленного мутациями генов инсулина, глюкагона, глюкокиназы, транспортера глюкозы 2, рецептора сульфонилмочевины и др.), а также нарушением активности инсулина (обусловленного мутациями генов инсулиновых рецепторов, транспортера глюкозы 4, гексокиназы II и др.).

Патология утилизации глюкозы клетками при ИР: нарушены пострецепторные механизмы действия инсулина, снижена транслокация транспортеров глюкозы, а в результате – снижается транспорт глюкозы в клетку.

ИР полигенна и в её развитии могут иметь значение различные факторы, в том числе и ожирение. По мере увеличения индекса массы тела (ИМТ) повышается распространенность инсулинорезистентности и гиперинсулинемии независимо от наличия АГ и СД. По данным E. Vonoga (1998) распространенность инсулинорезистентности составляет: при МС – 95%, при артериальной гипертензии (АГ) – 58%, при гиперурикемии – 63%, при снижении ХС ЛПВП – 88%, при гипертриглицеридемии – 84%, при гиперхолестеринемии – 52%, при сахарном диабете 2 типа – 84%, при НТГ – 63%.

ИР имеет место при различных состояниях: Физиологическая ИР: пубертатный и пожилой возраст, беременность, ночной сон, богатая жиром диета. Метаболическая ИР: диабет типа 2, декомпенсация диабета типа 1, диабетический кетоацидоз, ожирение, выраженная недостаточность питания, гиперурикемия, инсулинвызванная гипогликемия, избыточный приём алкоголя. Эндокринная ИР: тиротоксикоз, гипотиреоз, синдром Кушинга, акромегалия, феохромоцитома. Неэндокринная ИР: эссенциальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, ревматоидный артрит, acantosis nigricans, сердечная недостаточность, миотомическая дистрофия, травма, ожоги, сепсис, раковая кахексия.

Критерии диагностики МС. Субъективные проявления: ощущение усталости и истощенности, приступы сильного голода или тяги к сладкому, эмоциональные нарушения (раздражительность, слезливость, панические настроения, вспышки гнева, агрессивное поведение и др.).

Основные компоненты МС: гипергликемия, инсулинорезистентность, снижение уровня ХС ЛПВП, повышение ХС ЛПНП и триглице-

ридов, абдоминальное ожирение, артериальная гипертония.

Диагностические критерии. Для выявления МС было предложено немало различных критериев. В настоящее время широко используются критерии Международной федерации диабета (IDF, 2005). Преимуществами этих критериев является то, что в них предусмотрены дифференцированные подходы к оценке величины окружности талии для различных этнических групп, а также разделены требования для практики и научных исследований.

Критерии IDF для практики:

АО - окружность талии: > 94 см. для мужчин
> 80 см. для женщин.

Артериальная гипертония: >130/85 мм.рт.ст.

Триглицериды: > 155 мг/дл (1,69 ммоль/л)

ХС ЛПВП: > 39 мг/дл (1,03 ммоль/л) для мужчин
> 50 мг/дл (1,29 ммоль/л) для женщин

Глюкоза в плазме крови: > 101 мг/дл (5,6 ммоль/л) или СД типа 2

Согласно этим критериям МС можно диагностировать при наличии АО в сочетании с любыми двумя из следующих критериев – АГ, гипертриглицеридемия, гипо-альфахолестеринемия, гипергликемия. При этом, надо учитывать предварительную терапию АГ, гиперлипидемии и ожирения.

С учётом этнических групп АО выявляется при величине окружности талии: для европейцев - ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин; для южных азиатов, китайцев и японцев - ≥ 90 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин; для средиземноморья и Среднего востока специфических результатов пока не получено, поэтому пока используются европейские показатели - ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин.

Для проведения научных исследований рекомендуется к приведенным выше критериям дополнительно изучать толерантность к глюкозе (ОТТГ), инсулинорезистентность, васкулярную дисгенерацию, предвоспалительные состояния, протромботические состояния, гормональные факторы, ненормальное распределение жировой ткани.

Методы определения инсулинорезистентности:

1. Эугликемический инсулиновый клэмп

2. Концентрация инсулина плазмы крови натощак
3. Индекс НОМА [инсулин сыворотки натощак(мкЕд/мл) · глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)/22,5]
4. Для оценки функции бета-клеток используется модель НОМА В.

НОМА-В = (инсулин плазмы натощак в мкЕд/мл x 20) / (глюкоза плазмы натощак в моль/л – 3,5).

Заключение. Метаболический синдром является одной из наиболее актуальных проблем современной медицинской науки и практики. Распространённость МС приобрела характер эпидемии и продолжает увеличиваться. Патогенез МС характеризуется множественностью участвующих в этом процессе компонентов. Методы диагностики МС в клинической практике доступны и должны основываться на выявлении его основных компонентов (АО, АГ, гипергликемия, дислипидемия). Для проведения научных исследований следует использовать дополнительные критерии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

(междисциплинарные проблемы и патогенетические принципы лечения)

Каюмов У.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Актуальность. МС катастрофически повышает риск заболеваний сердца и сосудов и связанных с ними смертности. Среди лиц с МС смертность в 20 и более раз выше, чем без МС. Распространённость МС достаточно высока и, по данным различных авторов, встречается среди различных категорий населения от 10 до 80%. По темпам роста и социально экономическому ущербу МС относится к одной из наиболее важных проблем современной медицины.

В конце прошлого века метаболический синдром называли «смертельным квартетом». К его компонентам относили нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ), ожирение или избыточную массу тела (ИМТ), гипертриглицеридемию и артериальную гипертонию (АГ). По мере появления новых научных данных круг компонентов МС расширился и на сегодняшний день, по данным различных авторов, к МС относят до 20 различных факторов. Тем не менее, большинство исследователей сходится на том, что к *основным компонентам* МС относятся инсулинорезистентность (в виде сахарного диабета типа 2 или НТГ), дислипидемия (в виде гипертриглицеридемии, повышения ЛПНП и по-

нижения ЛПВП), ИМТ или ожирение (прежде всего – абдоминальное) и АГ.

Заболевания, связанные с МС. К наиболее изученным к настоящему моменту заболеваниям, связанным с МС, относятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и, прежде всего, ишемическая болезнь сердца (ИБС). В многочисленных исследованиях, проведенных в различных регионах мира, было показано, что у больных МС ССЗ встречаются чаще и смертность от ССЗ у них в 20-25 раз выше. Вместе с тем, следует отметить, МС увеличивает не только смертность от ССЗ, но и общую смертность.

Если в прошлом веке основные исследования по МС касались его связи с ССЗ и, прежде всего, с ИБС, то в течение последних лет появились сообщения о том, что МС может выступать в качестве важного фактора риска заболеваний органов пищеварения. При этом, патология органов системы пищеварения может быть, как следствием МС, так и фактором его прогрессирования.

У больных с заболеваниями органов пищеварения, МС выявлен у 68% больных хроническим панкреатитом и у 27% больных с ГЭРБ. Особенностью клинического течения хронического панкреатита при МС является весьма частое его протекание в скрытой или малосимптомной форме (в 71,4% случаев).

Ожирение тесно связано с большим риском развития хронического панкреатита. При этом заболевании в 61,8% случаев наблюдалось ожирение I степени. Среди лиц с ожирением и МС риск развития колоректального рака КРР в 1,5-2 раза выше, чем среди лиц с нормальной массой тела. Отмечена высокая частота желчекаменной болезни среди лиц с ИМТ. Ожирение и инсулинорезистентность играют ключевую роль в формировании неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Распространенность НАЖБП среди населения составляет 23%, среди лиц с избыточным весом – 76%, а при сочетании алкоголизма с ожирением – 95%.

Результаты наших работ, проведенных на кафедре Внутренних болезней и телемедицины ТашИУВ показали, что МС, наряду с влиянием на ССЗ, имеет также важное значение в формировании и течении ряда внутренних болезней, в том числе хронического пиелонефрита, подагры, дисбактериоза кишечника, диабетической нефропатии, пневмонии и бронхита. Показано, что НТГ может рассматриваться в качестве фактора риска дисбактериоза кишечника. Это положение подтверждается тем, что коррекция инсулинорезистентности метформином (Сиофор) при сочетании нарушенной толерантности к глюкозе и дис-

бактериоза кишечника способствует улучшению кишечного микробиоценоза.

Исследования показали, что МС тесно связан с подагрой. Установлено, что между локализацией и количеством поражения суставов и МС имеет место тесная связь. У больных подагрой поражение суставов, как верхнего, так и нижнего пояса при МС встречаются в 4,4 раза чаще, чем у больных подагрой без метаболического синдрома. Индекс тяжести подагры, отражающий тяжесть клинического течения этого заболевания и уровень мочевой кислоты, имеют прямую корреляционную связь с уровнями гликемии. У больных подагрой имеет место высокая частота встречаемости основных компонентов МС: АГ – 88,33%, ИМТ – 53,33%, ожирение – 31,67%, НТГ – 89,17%, гипертриглицеридемия – 87,15%.

Нашим клинико-популяционным исследованием показано, что наличие гипергликемии ассоциируется с повышенным риском хронического пиелонефрита (ХП). Среди лиц с нормальным уровнем гликемии частота ХП в 1,5 раз ниже, чем при гликемии натощак, в 2 раза ниже, чем при НТГ и в 2,8 раз ниже, чем при сахарном диабете типа 2. При НТГ имеет место большая частота клинических симптомов ХП и большая выраженность нарушения лабораторных показателей. Применение метформина (Сиофор) способствует улучшению клинического течения ХП. На фоне приёма сиофора наблюдается уменьшение частоты обострений ХП, а также улучшение клинических и лабораторных показателей.

Генеалогические исследования нефропатии при МС показали, что в семьях больных СД типа 2 осложненной нефропатией имеет место высокая частота встречаемости ДН ($46,87 \pm 0,51\%$), а в семьях больных МС с нефропатией, более чем у каждого третьего встречается нефропатия ($35,48 \pm 0,49\%$), что свидетельствует о генетической предрасположенности к данной патологии. Признаки, характеризующие генотип больных с нефропатией при МС и СД имеют между собой выраженные корреляционные связи, что указывает на существование полигенной системы отвечающей за конституциональную предрасположенность к нефропатии.

Получены результаты о связи МС с заболеваниями органов дыхания. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что у больных МС имеет место более тяжёлое течение острой пневмонии и острого бронхита. При этом, у больных с МС наблюдаются более выраженные лабораторные показатели воспаления.

В последние годы на кафедре получены новые данные о патогенетической связи между МС и гиперкортизолемией. На основании это-

го предложена новая концепция патогенеза СД типа 2 и МС. Исследования в этом направлении показали, что коррекция гиперкортизолемии препаратом ципрогептадин (Перитол) способствует снижению уровней основных компонентов МС (АД, массы тела, инсулинорезистентности, гликемии и липидов крови).

Лечение МС. Лечение и профилактика МС должны быть направлены на коррекцию основных компонентов МС – ожирение или ИМТ, АГ, гиперлипидемию и гипергликемию. При этом необходимо учитывать, как наличие компонентов МС, так и степень их выраженности.

Не медикаментозные методы – здоровый образ жизни, включая нормализацию психического состояния, диету и физическую активность. Медикаментозная терапия МС предусматривает лечение:

- *Инсулинорезистентности* - метформин, тиазолидиндионы, моксонидин.
- *Артериальной гипертонии* и поддержание целевых уровней (<130/85 мм.рт.ст) - моксонидин, ингибиторы АПФ (лизиноприл), антагонисты кальция (амлодипин, лерканидипин), диуретики (индапамид), высоко-селективные бета-блокаторы (небивалол, бисопролол), альфа-блокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина 2.
- *Устранение дис- и гиперлипидемии* - статины, фибраты.
- *Устранение ожирения и ИМТ* с помощью ингибиторов кишечной липазы (орлистат), бигуанидов (метформин) и агонистов имидазолиновых рецепторов (моксонидин).

Краткая характеристика лекарственных препаратов для лечения метаболического синдрома

Метформин – увеличивает чувствительность тканей к инсулину, снижает всасывание углеводов и липидов в кишечнике, подавляет продукцию глюкозы в печени, снижает окисление жирных кислот, увеличивает потребление глюкозы клетками, снижает массу тела, липиды, глюкозу.

Моксонидин – снижает гиперактивность симпатической нервной системы, в результате – наряду со снижением уровня АД, происходит некоторое снижение веса, липидов, гликемии.

Лизиноприл – не метаболизируется в печени, не «утекает» в жировую ткань, не вызывает гипекалиемию, кардио- и нефропротекция.

Амлодипин, лерканидипин – кардио- и нефропротекция, положительные метаболические эффекты.

Индапамид – снижение АД, не ухудшает метаболический профиль, кардио и нефропротекция.

Бисопролол – высокая кардиоселективность, снижение АД, не ухудшает бронхо-лёгочную функцию, метаболический профиль и копулятивную функцию, кардиопротекция.

Небиволол – суперкардиоселективность, кардио- и нефропротекция, снижение АД, улучшение эндотелиальной функции, вазодилатация, положительные метаболические эффекты, улучшает копулятивную функцию у мужчин, не ухудшает бронхо-лёгочную функцию.

Статины и фибраты – снижение уровня липидов, снижение коэффициента атерогенности, снижение гликемии, снижение веса.

Орлистат – снижение веса, липидов, гликемии, АД.

Тиотриазолин – улучшает обмен глюкозы в клетке, повышает образование АТФ даже в условиях полной ишемии, положительные метаболические эффекты, цитопротекция.

Заключение. МС выступает в качестве фактора риска многих заболеваний, что позволяет считать его междисциплинарной проблемой. Это, в свою очередь, указывает на целесообразность комплексного подхода к лечению, как МС, так и связанных с ним заболеваний. При этом, принципиально важным является выбор препаратов не ухудшающих метаболический профиль и обладающих патогенетическими и плейотропными эффектами в отношении основных компонентов МС.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИГИ БУЗИЛГАН ПОДАГРАЛИ БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Абдухакимова Н.А., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.,
Хатамова Д.Т., Кадирова Г.Г.,

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент шаҳри.

Ишнинг мақсади. Глюкозага толерантлиги бузилган подаграли беморларда метаболит синдромнинг айрим компонентлари учрашини ўрганиш.

Материал ва усуллар. 67 нафар подаграли бемор кузатувда бўлди. Подагра ташхиси Америка ревматологлар ассоциацияси меъзон-

ларига асосан кўйилди. Метаболик синдром компонентлари сифатида артериал гипертензия (АГ), абдоминал семизлик (АС), гипертриглицеридемия (ГТ), наҳорги гипергликемия (НГ), глюкозага толерантликнинг бузилиши (ГТБ) ва қандли диабет (ҚД) ўрганилди.

Натижалар. Олинган маълумотлар кўрсатишича подаграда артериал гипертензия частотаси 80,6%ни, абдоминал семизлик 85,07%ни ва гипертриглицеридемия 70,15% ни ташкил этди. Подаграли беморлар ўртасида наҳорги гипергликемия 20,9% ҳолатларда, 23,88% беморларда ГТБ ва 13,43 % қандли диабетли бемор аниқланди. Наҳорги гипергликемия ва глюкозали зўриқишдан 2 соатдан кейинги ГТБси бўлган подаграли беморларда артериал гипертензиянинг учраши мос равишда 71,43% ва 66,67%ни ташкил этди. Шу билан бирга, наҳорги гипергликемияси бўлган подаграли беморларнинг 100% ида ва глюкозали зўриқишдан 2 соатдан кейинги ГТБси бўлганларнинг 88,89%ида абдоминал семизлик аниқланди. Гипертриглицеридемиянинг частотаси наҳорги гипергликемияга эга бўлган подаграли беморларда 71,43 %ни, ГТБ да эса 77,78%ни ташкил этди.

Хулоса. Гиперурикемия шароитида артериал гипертензия, абдоминал семизлик ва гипертриглицеридемияларни учраши юқори бўлади. Гиперурикемия ва гипергликемия кўшилиб келганда артериал гипертензия, абдоминал семизлик ва гипертриглицеридемиянинг шаклланиш хавфи ортади.

СВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОДАГРЫ.

Абдухакимова Н.А., Каюмов У.К., Кадырова Г.Г., Зиямухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент.

Цель работы. Изучить частоту пораженных суставов у больных подагрой в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две выборки: 1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек.
2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА в количестве 120 человек в возрасте 40 - 69 лет.

Результаты. Установлено, что у 70,59% больных подагрой с поражением пястно-фаланговых суставов имеет место метаболический синдром.(различия статистически значимы.) Такие же выраженные и

достоверные различия выявлены в группах больных с поражениями проксимальных межфаланговых, запястных, локтевых и плечевых суставов. В среднем, частота случаев сочетанного течения метаболического синдрома с поражением суставов оказалась в 4 раза выше, чем частота случаев поражения суставов без метаболического синдрома. При анализе по сочетанию метаболического синдрома с поражением суставов нижнего пояса, оказалось, что они также достоверно чаще сочетаются с метаболическим синдромом. Поражение тазобедренных суставов и костей таза в 100% случаев сочетается с метаболическим синдромом. Так количество поражённых суставов верхнего пояса в абсолютных цифрах составило 139 случаев, а поражение суставов нижнего пояса – 300 случаев. То есть - частота поражения суставов верхнего была более чем в 2 раза меньше, чем частота поражения суставов нижнего пояса. Однако, процентные различия, указывающие на частоту встречаемости метаболического синдрома, составили в этих группа соответственно 82% и 82,33%. Эти результаты позволяют считать, что у больных подагрой между поражениями суставов и метаболическим синдромом имеет место прямая связь.

Выводы. Таким образом, между локализацией и количеством поражения суставов и метаболическим синдромом имеет место тесная связь. При метаболическом синдроме у больных подагрой поражение суставов нижнего пояса встречаются в 2 раза чаще, чем поражения суставов верхнего пояса.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ ЭТИХ СОСТОЯНИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдухамидова Д.Х., Аблакулова М.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Цель исследования. Изучение распространенности избыточного веса и ожирения среди сельского и городского населения Самаркандской области и влияния этих состояний на риск развития артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 4 районах Самаркандской области (Самаркандский, Ургутский, Пайарикский, Окдаринский районы) и в 4-х экспериментальных поликлиниках (№3, №6, №8, №12 поликлиниках) г. Самарканда. Население отбиралось методом

случайного выбора. Были изучены и проанализированы учетно-отчетные документы СВП и городских поликлиник. Проведен опрос и осмотр сельского и городского населения с определением индекса массы тела (ИМТ), измерением А/Д, интерпретацией лабораторных данных, с измерением антропометрических показателей населения в возрасте от 18 до 65 лет

Результаты: Методом случайного отбора обследовано 2000 сельского и 2000 городского населения. В ходе исследования было выявлено, что среди

случайно отобранного сельского населения в возрасте от 18 до 65 лет ИМТ у 986 составил от 19,9 до 24,9 (нормальные показатели ИМТ), из них у 25 человек отмечалось повышенное А/Д (2,5%); у 514 человек ИМТ- от 25 до 29,9 (избыточный вес), повышенное А/Д отмечалось у 51 пациентов (10%); у 358 пациентов ИМТ от 30 до 34,9 (ожирение 1ст), повышенное А/Д отмечалось у 78 (21,7%) , у 107 пациентов ИМТ от 35 до 39,9 (ожирение 2ст) повышенное А/Д отмечалось у 31 пациентов (28,9%). и у 40 пациентов ИМТ которых составил от 40 и больше (ожирение 3 ст) повышенное А/Д отмечалось у 15 пациентов (37,5%) Показатели изучения городского населения в возрасте от 18 до 65 лет было следующим: ИМТ у 866 населения составил от 19,9 до 24,9 (нормальные показатели ИМТ), повышенное А/Д отмечалось у 26 пациентов (3%); у 584 человек ИМТ от 25 до 29,9 (это избыточный вес) повышенное А/Д отмечалось у 71 пациентов (12%); у 398 пациентов ИМТ от 30 до 34,9 (ожирение 1ст) повышенное А/Д отмечалось у 102 пациентов (25,6%), у 108 пациентов ИМТ от 35 до 39,9 (ожирение 2 ст) повышенное А/Д отмечалось у 37 пациентов (34%), и у 44 пациентов ИМТ составил от 40 и больше (ожирение 3 ст) повышенное А/Д отмечалось у 20 пациентов (45%).

Выводы: 1. Распространённость среди сельского населения Самаркандской области избыточного веса составило 25,7%, ожирения 25%, распространённость среди городского населения избыточного веса составило 29%, ожирения 27,5%. 2. В ходе исследования избыточного веса и ожирения было выявлено, что среди городского населения избыточный вес и ожирение встречается чаще, чем у сельского населения. 3. При исследовании распространённости А/Г среди городского и сельского населения повышенное артериальное давление встречалось чаще у лиц с избыточным весом и ожирением, чем у лиц, имеющих нормальные показатели ИМТ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Абдушукурова К.Р., Ташинова Л.Х., Латипова В.Г.
Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд

Цель работы. Изучение частоты, контроль уровня АД у больных гипертонической болезнью с ожирением.

Материалы и методы. Было обследовано 30 больных с гипертонической болезнью с ожирением от 45 до 70 лет (средний возраст $60 \pm 0,6$ лет) в клинике СамМИ I - терапевтическом отделении. Среди всех обследованных женщины составили 16 (53,3%), мужчины 14 (46,7%), Было выявлено 19 (63,3%) больных с ожирением I степени (ИМТ 32), у 4 (13,3%) II степени ожирение (ИМТ 36), у 7 (23,3%) III степени (ИМТ 39), где степень ожирения определялась по индексу ИМТ. Из 30 исследуемых, у 17 (56,6%) больных определялась гиперхолестеринемия. Это соответствовало ожирению II-III степени.

Результаты: Проведенные нами исследования показали, что у больных гипертонической болезнью с ожирением наблюдается повышение уровня САД в среднем 150 ± 15 р.ст., ДАД составило 100 ± 10 р. ст. Часто факторами риска гипертонической болезни является ожирение и гиперхолестеринемия. У больных с гиперхолестеринемией, в отличие от больных без повышения холестерина, отмечалась стойкая артериальная гипертензия. При лечении АД у больных с ожирением I степени отмечалась стабилизация уровня АД на 2-3 сутки, а с ожирением II-III степени на 7-8 день наблюдения.

Вывод. Таким образом, наши наблюдения показали, что у больных с ожирением I степени уровень артериального давления по сравнению с больными ожирением II-III степени, снизился на более ранних сроках.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

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

Диагностика метаболического синдрома заключается в направленном выявлении у обследованных пациентов комплекса факторов, сочетание которых связано с высоким суммарным риском развития заболеваний, обусловленных атеросклерозом.

Целью нашей работы явилось исследование параметров показате-

лей липидного обмена у 13 мужчин (45-56 лет) с абдоминальным (висцеральным) типом ожирения.

Методы исследования. Лабораторный мониторинг наряду с другими исследованиями включает и определение липидного спектра: триглицеридов, общего холестерина, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП плазмы крови.

Результаты проведенных исследований показали, что у 5 пациентов показатели липидного обмена резко отличались от нормы, т.е. имели пограничные значения. Если эти изменения сочетаются с другими факторами метаболического синдрома, то они могут свидетельствовать о нарушении цепи метаболической реакций, усугубляющих развитие атеросклероза.

У 8 пациентов наблюдалась атерогенная дислипидемия: ТГ выше 2 ммоль/л; общий холестерин выше 5,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП выше 4 ммоль/л; ХС-ЛПВП меньше 1,0 ммоль/л.

Известно, что избыточное образование ТГ сопровождается повышением концентрации в крови ЛПОНП и ЛПНП. Повышение ХС-ЛПНП в крови свидетельствует о блокаде апо-В-100 рецепторного эндцитоза и дефиците ЭС поли-ЖК в периферических клетках. Дефицит в клетках ЭС поли ЖК в течение многих лет моделирует высокий потенциал воспаления, гиперкоагуляцию и хроническое предтромботическое состояние.

Чем выше уровень ХС-ЛПНП, тем больше ЛПНП будут физиологически денатурированы в крови нейтрофилами, перенесены в интиму сосудов и поглощены оседлыми макрофагами с формированием атероматоза.

Заключение. Снижение ХС-ЛПВП свидетельствует о пониженной способности ЛПВП выполнять антиатерогенную функцию: удалять избыток ХС из клеток стенок сосудистого русла посредством обратного транспорта ХС в печень.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ахмедов И.А., Тоиров Э.С., Набиев З.И., Махмудова Х.А., Халметова Ф.И.
Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд

Цель работы. Изучить роль ожирения в утяжелении ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 больных

ишемической болезнью сердца (ИБС): 34 (81,0%) - со стенокардией напряжения ФК II, III и 8(19,0%) - постинфарктным кардиосклерозом. Преобладали мужчины (29 больных, 69 %) возраст которых в среднем составил $58,7 \pm 5,6$ лет. Средний возраст обследованных женщин (13больных, 31%) составил $67,3 \pm 5,4$ лет. Течение ИБС наиболее часто осложнялось недостаточностью кровообращения (у 22 больных, 52,3 %): у 11 (26,1%) – ФК II, у 9 (21,4 %) – ФК III, у 2 (4,8 %) – ФК IV. Мерцательная аритмия была выявлена у 8 больных (19,0%). Рост-весовой показатель определяли по индексу массы тела (индекс Кетле, ИК) по формуле $ИК = \text{кг}/\text{м}^2$. Лишний вес определялся при показателе индекса – 25–27, легкая степень ожирения – 27–30, средняя степень – 30–35, тяжелая степень – 35–40.

Результаты: Во время обследования нормальный показатель веса был обнаружен у 15(35,7%) больных. У 13(30,9%) пациентов был выявлен лишний вес. У 10(23,8 %) больных диагностирована I степень ожирения, у 4(9,5%) больных – II степень, у 2(4,8%) больных - III степень. В зависимости от пола лишний вес чаще был обнаружен у больных мужского пола. При этом ожирение легкой степени и средней степени было обнаружено одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, а тяжелой степени - только у мужчин. У всех больных ИБС со средней и тяжелой степенью ожирения как сопутствующие заболевания были диагностированы артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа.

Вывод. Таким образом, при ИБС лишний вес определяется у 30,9%, ожирение различной степени - у 38,1% больных. Ожирение средней и тяжелой степени всегда сопровождается артериальной гипертензией и сахарным диабетом, что еще больше усугубляет течение ИБС и способствует развитию сердечной недостаточности и тяжелых нарушений ритма сердца.

СОСТОЯНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бекметова Ш.К., Каландарова У.А.
Ургенчский филиал ТМА, Ургенч

Цель исследования. Изучение связи между перенесенным инфарктом миокарда и состоянием толерантности к глюкозе у лиц с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 95 больных с МС перенесших острый инфаркт миокарда. МС выявлялся на основании критериев

предложенных Международной Федерацией диабета (IDF, 2005). В соответствии с этими критериями МС определялся при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих компонентов МС – АГ, гиперлипидемия, гипергликемия. АО определялось по величине окружности талии (у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см). АГ фиксировалась при значениях артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. За гипертриглицеридемию принимались значения уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л. Толерантность к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Контрольную группу составили больные с МС без перенесенного инфаркта миокарда.

Результаты: Полученные данные указывают на то, что у больных, перенесших инфаркт миокарда, имеет место достаточно высокая частота нарушения толерантности к глюкозе (НТГ). При этом установлено, что у 84% больных с перенесенным ранее инфарктом миокарда выявляются различные категории гипергликемии. Наиболее часто выявляется НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой, несколько реже – гипергликемия натощак и через 1 час после нагрузки глюкозой. Показано, что частота выявления НТГ связана с тяжестью перенесенного инфаркта миокарда. Уровни гликемии во всех точках гликемической кривой были выше, чем в контрольной группе. У обследованных больных исследование на толерантность к глюкозе до перенесенного инфаркта миокарда не проводилось. Однако, наличие у них МС до начала инфаркта миокарда может, хотя и косвенно, свидетельствовать о предшествовавшем НТГ.

Вывод: У лиц с высоким риском инфаркта миокарда и у больных перенесших инфаркт миокарда необходимо определять толерантность к глюкозе с целью своевременного выявления и устранения гипергликемии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ

Бекметова Ш.К., Каландарова У.А., Хамидова Г.С., Матмуратова С.О.

Ургенчский филиал ТМА, Ургенч

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости метаболического синдрома (МС) среди мужчин и женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и жировым гепатозом.

Материалы и методы. Анализируются данные обследования пациентов мужского и женского пола страдающих артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС, в том числе перенесших инфаркт миокарда) и жировым гепатозом. Среди этих категорий пациентов изучалась частота встречаемости МС. Для выявления МС были применены критерии Международной Федерации диабета (IDF) предложенные в 2005 году. В качестве компонентов МС учитывались: нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или явный сахарный диабет типа 2 (СД); избыточная масса тела (ИМТ), выявляемая на основании индекса Кетле (от 25 до 30); абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см); гипертриглицеридемия (более 1,7 ммоль/л); артериальная гипертензия (АГ) при значениях артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. Состояние толерантности к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой.

Результаты: Согласно полученным данным, МС широко распространён, как среди мужчин, так и среди женщин. На частоту МС оказывает влияние возраст, пол и образ жизни пациентов. Среди лиц с АГ и ИБС МС встречается от 50 до 80% случаев, а среди больных жировым гепатозом до 90%. На показатель частоты МС влияют тяжесть течения и давность заболеваний. Среди мужчин и женщин сочетание различных компонентов МС имеет определённые отличия. У женщин ф формирования МС большое значение имеют дисгормональные процессы, а у мужчин стресс и образ жизни.

Вывод: Первичная, вторичная и третичная профилактики МС и связанных с ним заболеваний должна строиться с учётом различных факторов риска этого синдрома, в том числе пола, возраста, наличия заболеваний и образа жизни.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бекметова Ф.М.

Республиканский специализированный центр кардиологии
МЗ РУз, г. Ташкент

Цель исследования: изучить распространенность полиморфизма генов аполипопротеина А (АРОА-1), аполипопротеина Е (АРОЕ) и апо-

липопротеина В (АРОВ) и влияние их на уровни липидов крови и маркеров липидного обмена у больных нестабильной стенокардией (НС) узбекской национальности.

Материал и методы. Обследовано 125 больных с нестабильной стенокардией и 58 практически здоровых людей узбекской национальности, сопоставимых с больными по полу, возрасту и не имеющих семейного анамнеза ИБС. Средний возраст больных составил $55,0 \pm 9,5$ года, здоровых - $54,0 \pm 9$ года. Среди больных были 71 (56,8%) мужчин и 54 (43,2%) женщин. Длительность ИБС в среднем составила $5,2 \pm 3,4$ лет. В анамнезе инфаркт миокарда имели 45 (36%) больных, инсульт 7 (5,6%) и 26 (20,8%) больных страдали сахарным диабетом 2-го типа. Уровень липидов, аполипопротеинов АI и В и другие показатели оценивали на следующий день после поступления пациентов в стационар, после 12-14 часового голодания, на автоанализаторе «DAYTONA» («RANDOX», Ирландия). Для исследования было выбрано 3 гена-кандидата (G/A полиморфизм гена АРОА-1, С516Т полиморфизм гена АРОВ и $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизм гена АРОЕ), полиморфные варианты которых согласно международным базам данных ассоциируются с ИБС. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов DiatomTM DNA Prep 200, Россия. Амплификацию полиморфного участка гена осуществляли в ПЦР системе GeneAmp®9700 (Applied Biosystems, США).

Результаты и обсуждение. При изучении распределения повреждающих аллелей изучаемых генов у больных НС в сравнении со здоровыми лицами была выявлена большая распространённость носительства аллеля А гена АРОА-1: в группе больных носители А аллеля у 50 (40%) и 75 (60%) не носители; в группе здоровых носители А аллеля у 9 (15,5%) и не носители у 49 (84,5%) $P < 0,01$; $OR = 3,630$; 95% ДИ [1,64-8,04]. Также тенденция к более частой встречаемости аллели $\epsilon 4$ гена АРОЕ среди больных: $\epsilon 4$ носители 28 (22,4%) и 97 (77,6%) не- $\epsilon 4$ носители; в группе здоровых $\epsilon 4$ носители у 7 (12%) и не- $\epsilon 4$ носители 51 (88%) случаев ($P = 0,147$; $OR = 2,10$ 95% ДИ [0,86-5,2]). При этом носительство Т-аллели гена АРОВ достоверно не различалось у больных и здоровых ($P > 0,05$; $OR = 0,880$; 95% ДИ [0,47-1,65]).

При анализе средних показателей липидов не было выявлено достоверных различий при сравнении уровней ОХС, ХС ЛНП и ТГ между больными носителями А-аллеля и неносителями аллеля гена АРОА-1. Но следует отметить, что у пациентов носителей А-аллеля наблюдались достоверно более низкие ($p < 0,05$) значения ХС ЛПВП ($37,90 \pm 1,33$) по сравнению с неносителями ($38,72 \pm 0,98$). При относительно сопостави-

мых значениях Апо А в группах, концентрация Апо В оказался достоверно выше ($P < 0,05$) у больных с носителями (105,90±4,42 мг/дл), чем носителей А-аллеля (93,59±3,34 мг/дл).

При анализе уровня липидов крови у носителей $\epsilon 4$ аллеля наблюдался более высокий ($p < 0,05$) уровень ХС ЛПНП (153,7±6,6), по сравнению с не- $\epsilon 4$ носителями (136,4±4,1). При этом у больных носителей $\epsilon 4$ наблюдалась тенденция к более высоким значениям общего ХС и коэффициента атерогенности – интегрального показателя дислипидемии. Уровень Апо-В оказался несколько выше у больных $\epsilon 4$ -носителей (107,2±6,5 мг/дл), а уровень Апо А-I – ниже (122,0±7,3), что обусловило достоверно более высокое значение отношения Апо-В/АпоА-I – 0,9±0,1 ($P < 0,01$) у этих больных, относительно не- $\epsilon 4$ носителей (0,7±0,02). Анализ средних показателей липидов и маркеров липидного обмена не выявил достоверных различий у больных носителей и неносителей T аллеля.

Выводы: Таким образом, носительство А-аллеля гена АРОА-1 и $\epsilon 4$ аллеля гена АРОЕ можно рассматривать как факторы, способствующие прогрессированию атеросклероза у лиц узбекской национальности. Полученные результаты подтверждают влияние полиморфизма этих генов на показатели липидного спектра крови и белкового маркеров липидного обмена.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Таиров М.Ш., Абдулхаков И.У.
Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара

Цель исследования: Изучение распространенности и состояния выявляемости сахарного диабета и НТГ среди женщин на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Объект исследования. Исследование было проведено в поликлиниках и клиниках г.Бухары среди 555 женщин в возрасте от 20 до 69 лет. Состояние толерантности к глюкозе оценивалось на основании показателей стандартного теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема глюкозы.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости нарушения толерантности к глюкозе(НТГ) и сахарного диабета (СД) среди женской популяции. Каждая пятая женщи-

на имеет НТГ(20,0%), а 5,64% страдают сахарным диабетом. Причём, более половины всех случаев сахарного диабета(3,09%) не были выявлены врачами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и менее половины случаев сахарного диабета были выявлены ранее врачами ЛПУ и состояли на учёте (2,55%). Распространённость НТГ оказалась наименьшей в самой молодой возрастной группе(20-29 лет), в которой она составила 11,35%. В возрасте 30-39 лет происходит более чем двукратное увеличение (в 2,24 раза) частоты НТГ (25,44%). В пятом десятилетии частота НТГ несколько снижается, но это снижение не достоверно. Частота НТГ в возрасте 60-69 лет в 1,36 раз выше, чем в предыдущем возрастном периоде.

Далее была проанализирована выявляемость сахарного диабета и НТГ среди обследованного контингента. Согласно полученным данным, в ЛПУ среди женщин было выявлено только 0,91% НТГ. Сахарный диабет, выявленный ранее, был выявлен среди женщин в ЛПУ в 85,71% случаев. Вместе с тем, 14,29% страдающих диабетом женщин не состояли на учёте в ЛПУ.

Особое внимание следует обратить на тот факт, что врачами ЛПУ было выявлено ранее только в менее чем половине случаев – 45,16% (14 человек из 31), у остальных 54,84% больных женщин (17 человек) сахарный диабет не был выявлен.

Вывод. Распространённость НТГ среди женщин составляет 20,20%, сахарного диабета 2,55 %, у 0,91 % женщин НТГ выявлена ЛПУ. У 14,29% женщин сахарный диабет не выявлен ранее в ЛПУ. Наибольший прирост НТГ и сахарного диабета происходит после 40 лет.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Жураева Х.И, Аслонова Ш.Ж, Рузиев О.А., Таиров М.Ш.
Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара

Цель работы: 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 А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и регистрацией среднего значения. Каждому была заполнена ан-

кета, содержащая вопросы здорового образа жизни, антропометрические данные. Избыточная масса тела определялась по формуле Кетле–индекс массы тела (ИМТ)–вес/рост²×100. 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 А/Д 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 назначено основные лечебные мероприятия как снижение 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.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АВС АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Заяц М.М.

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель работы. Проведение расчета затрат на стационарную фармакотерапию (ФТ) метаболического синдрома (МС) при помощи фармакоэкономического анализа для определения степени её рациональности.

Материалы и методы. Для проведения анализа отобрано 60 ме-

дицинских карт больных метаболическим синдромом по критериям ВОЗ(1999 года), которые находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении в 2009 году. Методы: библиографический, аналитический, фармакоэкономический (АВС анализ).

Результаты. Все 60 пациентов имели диагноз, который соответственно критериям ВОЗ(1999 года) определен как МС (сахарный диабет второго типа, дислипидемия, артериальная гипертензия. За все время пребывания(в среднем 14 койко-дней) пациентам сделано 420 назначений лекарственных средств (ЛС), что составляет примерно 7 ЛС на одного пациента. Для определения частоты назначения отдельных ЛС нами проведен частотный анализ, который засвидетельствовал о том, что большинство ЛС отнесены соответственно АТС классификации принадлежали к группам: С- средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему (43,75%) и А - средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм (38,75%). Остальные ЛС принадлежали к средствам, что действуют на: нервную систему (11,25%), систему крови и гемопоэз (5,00%), опорно-двигательный аппарат (1,25%).

Следующим этапом стало определение степени затратности ФТ при помощи АВС анализа, суть которого в распределении всех ЛС на 3 группы: А – ЛС, на которые затрачено около 80%, В – 15% и С – 5% всех денежных средств. При подсчете стоимости ФТ руководствовались ценами на ЛС с официального сайта <http://pharmbase.com.ua/> по состоянию на 15.11.11 г. В общем на проведение курса ФТ затрачено 10491,54 грн.(1311,44 у.е. согласно курсу НБУ на 15.11.11г.). Основным заданием АВС анализа есть определение состава группы на которую израсходовано 80% денежных средств. Группу А сформировали 13 ЛС, на которые затрачено 79,78% денежных средств (8368,77 грн. или 1046,09 у.е.). из них только 2 ЛС (метформин и гликлазид) внесены в клинические протоколы оказания медицинской помощи при СД2Т, а все остальные - тиоктовая кислота, актовегин, тиотриазолин, фосфолипиды, силимарин, витамины группы В) показаны в основном не для устранения основных проявлений МС, а для сопутствующих болезней или состояний. Группы В и С сформировали 18 и 26 ЛС соответственно. На них сумарно затрачено 20,22% всех средств. Среди них 21 ЛС имеют прямые показания для коррекции: гипогликемии при СД2Т (глимепирид, гликвидон, глибенкламид и др.), АГ (эналаприл, каптоприл, гидрохлортиазид, амлодипин, лизиноприл, бисопролол, нифедипин, периндоприл, индапамид, фуросемид и др.), ИБС (аторвастатин, карведилол, дигоксин и др.). Нужно отметить, что такие ЛС как глимепирид, гликвидон и глибенкламид, что имеют самый высокий уровень доказательности

при СД2Т и являются ЛС первого ряда, также отнесены в группы В и С.

Выводы. 1. В результате проведенного частотного анализа ФТ больных МС установлено, что большинство ЛС отнесены согласно АТС классификации принадлежали к группам: С - средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему (43,75%) и А - средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм (38,75%).

2. Проведенный фармакоэкономический АВС анализ свидетельствует о не совсем рациональном использовании денежных средств на ФТ МС, потому что группу А в основном сформировали в ЛС не для основных проявлений МС (СД2Т, АГ, дислипидемия), а для коррекции сопутствующих болезней и состояний.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДАН ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИК БУЗИЛИШИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ.

Зиямухамедова М.М., Қаюмов У.К., Саипова М.Л.,
Хатамова Д.Т., Кадирова Г.Г., Махмудов Б.Х.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент шаҳри.

Ишнинг мақсади. Юрак ишемик касаллигида ўлим кўрсаткичларини умуман глюкозага толерантлик бузилишида (ГТБ) ва гликемик эгриликнинг турли фазалари бузилишларида ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тошкент шаҳри аҳолисидан репрезентатив танлов асосида 20-69 ёшли 1335 нафар киши кузатувда бўлди. 12 йил давомида стандарт эпидемиологик дастур асосида ушбу шахсларнинг ўлим кўрсаткичлари ўрганилди. ГТТ натижалари бўйича текширилувчилар 5 та гуруҳга бўлинди: (1) глюкозага толерантлиги нормал, (2) глюкоза қабул қилинган 1 соатдан кейинги ГТБ, (3) глюкоза қабул қилинган 2 соатдан кейинги ГТБ, (4) глюкоза қабул қилинган 1 ва 2 соатдан кейинги ГТБ, (5) қандли диабет бўлганлар. Бундай тақсимлаш ГТБ да гликемик эгриликнинг симптоадrenal ва вагоинсуляр фазалари бузилишларини солиштирма ўрганишда мақсадга мувофиқдир. Ўлим кўрсаткичлари текширилатган гуруҳлардаги умумий ўлганлар сонига нисбатан ўрганилди.

Натижалар. Аниқланишича, юрак ишемик касаллиги туфайли 12 йил мобайнида глюкозага толерантлиги нормал бўлганлардан 2,57% ўлган. ГТБ бўлиши ЮИКдан келиб чиқадиган ўлим даражасини ортишида юқори хавф омили ҳисобланади. Гликемик эгриликнинг 2 фазаси бузилишида глюкозага нормал толерантликдагига нисбатан ЮИК дан 3

маротаба кўпроқ ўлим юз берган (7,89% ва 2,57% мос равишда, $P < 0,05$). ЮИК дан энг юқори ўлим кўрсаткичи 1 ва 2 фазалар бузилишлари кўшилиб келганда (13,68%), ҳамда қандли диабет бўлганларда (14,12%) кузатилди. Гликемик эгриликнинг 1 ва 2 фазалари бузилишлари кўшилиб келганда ЮИКдан ўлим нормал толерантликдагига нисбатан 5,3 ва гликемик эгриликнинг 1 ёки 2 фазаси бузилгандагига нисбатан 1,8 баробар юқори эканлиги аниқланди ($P < 0,05$).

Хулоса. Шундай қилиб, ГТБ бўлган шахсларда ЮИК дан ўлим хавфи юқори бўлади. Бунда ЮИКдан ўлим кўрсаткичларининг ортишига кўпроқ гликемик эгриликнинг 2 фазаси бузилиши таъсир кўрсатади. ЮИК дан ўлим кўрсаткичларини камайтириш учун ГТБ ҳолатларини фаол аниқлаш мақсадга мувофиқдир. ЮИКнинг кўп факторли профилактикаси дастурларига гликемия бузилишларини эрта аниқлаш ва коррекция қилишга қаратилган тадбирларни кўшиш лозим.

В ОСНОВЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕЖИТ НЕЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М., Маматова Н.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

*Человек может жить 100 лет.
Мы сами своей беспорядочностью,
своим безобразным обращением
с собственным организмом сводим этот
нормальный срок до гораздо меньшей цифры.*

И. П.Павлов

Актуальность проблемы метаболического синдрома (МС) в современной медицине вызвана прежде всего его большим медико-социальным значением. С одной стороны, это обусловлено высокой распространенностью МС в общей популяции (до 14-24%), причем в возрастных группах от 20-49 лет МС встречается чаще у мужчин, а в группе 50-69 летних его распространенность практически одинаково у мужчин и женщин.

В основе метаболического синдрома лежит нездоровый образ жизни и различные пагубные привычки и они играют существенную роль в ускорении развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных с атеросклерозом, повышают риск коронарных осложнений и смертность.

Ряд исследований показали, что гиперинсулинемия является неза-

висимым фактором риска развития атеросклероза, а инсулинозависимый сахарный диабет (ИНСД), гиперинсулинемия, ожирение и повышенный уровень фибриногена в крови, наряду с курением, артериальной гипертензией (АГ) и гиперхолестеринемией представляют собой основные факторы риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Ранее считалось, МС – это удел лиц преимущественно среднего и пожилого возраста. Однако, по данным ряда исследований, в последнее время отмечается устойчивый рост частоты МС среди подростков и молодежи, особенно с отягощенной наследственностью.

Кафедра Валеологии ТашИУВ работает над проектом «Развитие оздоровительной медицины как модель дальнейшего реформирования системы здравоохранения». Исследования предусматривают разработку методов оценки уровня здоровья и изучения механизмов его повышения через разработку и внедрение индивидуальных оздоровительных программ, что будет лежать в основе предупреждения метаболического синдрома.

ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НАРУШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ

Каландарова У.А., Бекметова Ш.К.
Ургенчский филиал ТМА, Ургенч

Цель исследования. Изучение связи между артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 78 больных с МС. При выявлении МС использованы критерии Международной Федерации диабета (IDF, 2005). Согласно этим критериям за МС принимались случаи, когда у пациента имело место абдоминальное ожирение (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих состояний – АГ, гиперлипидемия, гипергликемия. АО фиксировалось при величине окружности талии у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см. За АГ принимались значения артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. Гипертриглицеридемия фиксировалась при уровне триглицеридов более 1,7 ммоль/л. Нарушение толерантности к глюкозе выявлялось на основании данных орального теста толерантности к глюкозе. При этом выявляли случаи гипергликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой.

Результаты: Согласно полученным данным у больных с МС име-

ет место высокая частота АГ, которая встречается более чем у 2/3 пациентов. Установлено, что при всех категориях гипергликемии частота АГ достоверно выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе. Вместе с тем, наиболее часто АГ встречается среди лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой. У больных с гипергликемией через 1 час после нагрузки глюкозой в большей степени повышено систолическое артериальное давление. Среди лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой более выражено повышение диастолического давления. Для больных с гипергликемией натощак более характерно повышение диастолического артериального давления.

Выводы: У больных метаболическим синдромом частота АГ связана с различными категориями гипергликемии. При этом, уровни систолического и диастолического артериального давления, в определённой степени связаны с нарушением различных фаз гликемической кривой.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ИФОДАЛАНИШИДА КОРТИЗОЛ РОЛИНИ СОЛИШТИРМА БАХОЛАШ

Қаюмов У.К., Черныш П.П., Саипова М.Л.,
Зиямухамедова М.М., Хатамова Д.Т.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент шаҳри.

Ишнинг мақсади. Метаболик синдромнинг асосий компонентлари кўрсаткичларига кортизолнинг таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Метаболик синдроми булган 15 нафар ва 2 турдаги ўрта оғирликдаги компенсация ва субкомпенсация босқичларидаги қандли диабетли 20 нафар 37-68 ёшли бемор текширувдан ўтди. Уларнинг артериал босим даражаси, тана вазни, липидлар спектри, инсулин, кортизол, қондаги қанд миқдори, гликозилирланган гемоглабинлари текширилди, НОМА индекси ҳисобланди.

Натижалар. Тадқиқот натижалари кўрсатишича 2 турдаги қандли диабетли (ҚД-2) бўлган беморларда кортизол миқдори юқори бўлади. Шу билан бирга кортизол миқдори даражаси метаболизмнинг айрим асосий кўрсаткичлари (инсулин, глюкоза, липидлар) билан корреляцияланади. Кортизолнинг турли даражаларида метаболизм кўрсаткичларининг тахлили кўрсатишича, уларнинг миқдори кортизол кўрсаткичлари кўтарилиши билан ортиб боради. Ушбу маълумотлардан хулоса қилиш мумкинки, метаболизм кўрсаткичлари бузилишлари да-

ражаси гиперкортизолемиа билан боғлиқдир. Кортизол миқдори қандли диабет ва ГТБда метаболизмга турлича таъсир қилиши аниқланди. Тадқиқот ушбу натижалари ГТБда гиперинсулинемиа компенсатор механизмига эгаллиги ҳақидаги концепцияни тасдиқлайди.

Хулоса. Юқоридаги маълумотларга асосан гиперкортизолемиа-нинг МСнинг асосий компонентлари ва унинг хавф омиллари ривожиди прогностик аҳамиятга эгаллиги ҳақида хулоса қилинди. Шундай қилиб, МС бирламчи профилактикаси дастурини ишлаб чиқиш ва тадбиқ этишда кортизол алмашинувини эътиборга олиш ва унинг организмдаги юқори миқдорини ўз вақтида коррекция қилиш лозим.

СВЯЗЬ ГИПЕРКОРТИЗОЛЕМИИ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Каюмов У.К., Черныш П.П., Хатамова Д.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить связь между некоторыми основными компонентами метаболического синдрома (МС) и уровнями кортизола.

Методы исследования. Изучена частота некоторых основных компонентнов МС при различных уровнях кортизола. В числе основных компонентов МС рассматривались: артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела (ИМТ), абдоминальное ожирение (АО), гиперлипидемия и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). При определении толерантности к глюкозе исследовался уровень гликемии как натощак, так и через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. Обследованные лица были представлены больными с сахарным диабетом 2 типа (СД) и МС.

Результаты. Уровни кортизола среди пациентов, страдающих СД были более чем в 3 раза выше, чем среди лиц с МС без СД. У каждого второго больного с гиперкортизолемией имела место гипербетталипопротеидемия. Вместе с тем, при нормальных и пониженных уровнях кортизола не наблюдалось ни одного случая гипербетталипопротеидемии. Среди лиц с гиперкортизолемией АГ встречалась в 66,67% случаев, а при его пониженных значениях - в 33,33% случаев. Выявлены неоднозначные корреляционные связи уровней гликемии и кортизола. При СД между уровнями кортизола и гликемии имеет место прямая и достоверная связь.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что гиперкортизолемиа имеет патогенетическую связь, как с СД, так и с МС.

ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ.

Каюмов У.К., Абдухакимова Н.А., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л.
Ташкентский институт усовершенствование врачей, Ташкент.

Цель работы. Изучить частоту основных компонентов метаболического синдрома у больных с подагрой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две выборки: 1. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 40 до 69 лет в количестве 1335 человек. 2. Выборка больных подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА в количестве 120 человек в возрасте 40-69 лет.

Результаты. Установлено, что все основные компоненты МС у больных подагрой встречались чаще, чем в общей популяции за исключением гипергликемии через 1 час после нагрузки глюкозой. Однако, различия в частоте встречаемости этих компонентов были неоднозначны. Такие компоненты МС как гиперхолестеринемия и гипергликемия натощак, встречались несколько чаще при подагре, чем в общей популяции. Однако, различия частоты встречаемости этих компонентов в рассматриваемых группах были не достоверны. В нашем исследовании артериальная гипертония была выявлена у 4 из 5 больных подагрой (80,84%). Кроме того, согласно полученным данным, уровни артериального давления у больных подагрой значительно выше, чем среди популяции в целом. Так САД и ДАД у больных подагрой ($143,52 \pm 20,67$ и $96,46 \pm 14,28$) были достоверно выше, чем в общей популяции ($124,11 \pm 18,37$ и $77,13 \pm 11,27$). С другой стороны, АГ среди больных подагрой встречалась в 4,7 раз чаще, а ИМТ, ожирение, НТГ и гипертриглицеридемия – в 3,8; 7,7; 2,6 и 3,9 раз чаще, чем в общей популяции. Уровни индекса Кетле среди пациентов с подагрой также были несколько выше, чем в общей популяции. Эти различия также оказались достоверны. Полученные нами данные также указывают на высокую частоту ИМТ и ожирения у больных подагрой.

Выводы. Таким образом, подагра тесно связана с метаболическим синдромом. Частота встречаемости метаболического синдрома при подагре составляет 83,33%. Все основные компоненты МС у больных подагрой встречаются чаще (АГ – 17,3%, ИМТ – 14,03%, ожирение – 4,11%, НТГ – 34,15%, гипертриглицеридемия – 22,76%), чем в общей популяции (АГ – 80,84%, ИМТ – 53,33%, ожирение – 31,67%, НТГ – 89,17%, гипертриглицеридемия – 89,20%).

ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗЛАРИНИ КЕЛИБ ЧИҚИШИ ВА РИВОЖ ОЛИШИНING АЛОҲИДА ХУСУСИЯТЛАРИ

Курбонова Р., Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида ГК нинг устувор хатар омилларини аниқлаш ва уларнинг салмоқларини қиёслаб баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. 725 нафар 15-70 ёшгача бўлган уюшмаган аҳоли гуруҳи текширилди (361 нафари аёллар ва 364 таси эркеклар). Улар Андижон шаҳрининг марказий поликлиникаси худудидан охириги сайлов рўйхати бўйича 10 фоизли репрезентатив танлов асосида олинди. Жами 603 киши тўлиқ махсус тиббий текширувдан (эпидемиологик, сўровномали, биохимик ва инструментал текширув усулларида фойдаланиб) ўтказилди. Хатар омиллари ЖССТ тавсиялари бўйича аниқланди ва баҳоланди. Тахлилларга асосланиб ГК га алоқадор 24 та устувор хатар омили Андижон шароитида ажратилди / ўтироқ аҳоли гуруҳи, рухий зўриқиш хатар омили (РЗХО), АГ II даражаси, ёш (40-49, 50-59 ва 60-69 ёшлилар), кашандалик (К), гипертриглицеридемия (ГТГ), ↑ХСПЗЛП, ↓ХСЮЗЛП, полипатия, АГ III даражаси, жинс (аксарият аёллар), маълумот даражаси пастлиги (МДП), ақлий меҳнат, жисмоний оғир меҳнат (ЖОМ), номақбул ижтимоий ҳолат (НИХ), ортиқча тана вазни (ОТВ), алкоголь, гиперхолестеринемия (ГХС), ↑ ХСЎЗЛП, юрак қисқаришлари частотасини ортиши (ЮҚЧ > 90/дак), САГ, ДАГ, тиббий назоратни номукамаллиги (ТНН) ва АГ I даражаси/.

Натижалар. Аниқландики, ГК келиб чиқиши ва ривож олишида кучли таъсиротни ўтказувчи хатар омиллари 5 та (ДАГ, САГ, РЗХО, АГ II даражаси, ўтироқ аҳоли гуруҳи). Ушбу омиллар таъсири билан ГК ни келиб чиқиш хавфи 4,8 маротабага етиб ортади ёки хар бешинчи гипертоник миждода (20,8 фоиз) айнан шуларнинг устуворлигида ГК нинг оғир даражалари ёки асоратланишлари ривож олади. ГК ривожига ўртача кучли таъсиrotи/боғлиқлигини ифодалаб аниқланадиган хатар омиллари (ХО) водий шароитида 7та (ёш, К, ГТГ, ↑ХСПЗЛП, ↓ХСЮЗЛП, полипатия, АГ III даражаси). ШУ 7та ХО таъсирида ГК ни тўсатдан келиб чиқиши хавфи 3,4 баробарга ортади, улар туфайли 29,2 фоиз беморда (деярли хар учинчи гипертоник миждода) ГК ни ўртача оғир даражалари келиб чиқади. Бундан ташқари, тахлиллар шохидлик берадиларки, ГК га нисбатан кучсиз коррелятив боғланишлиги ёки алоқадорлиги бўлган хатар омиллари 12та (улар юқорида зикр этилган).

Ушбу ХО лар ҳам иккинчи беморда ГКни келтириб чиқарадилар ёки 50,0 фоиз ГК билан миждозларда ГК шаклланиши мазкур хатар омилларига бевосита боғлиқ бўлиб рўй беради. Демак, уларни вақтида бартарафлаш 50,0 фоизга етиб ГК ни олдини олиш имкониятини туғдиради.

Хулоса. Аниқланган 24 та ХО ни доимий назоратга олиш, огоҳлаб бориш ва даволаш, гипертоник холатларни ГК билан асоратланишларини камайтиради ҳамда АГ ни 90,0 фоизга етиб бартарафлайди.

УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ.

Мавлянов И.Р. Абдуллаев А.К.

Ташкентская Медицинская Академия

Цель исследования: определить содержание сывороточного альбумина у больных гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от уровня мочево́й кислоты в крови.

Материалы исследования: всего обследовано 43 больных гипертонической болезнью и ишемической болезни сердца. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет, из них мужчин – 21 , женщин – 22 человек. Содержание альбумина определяли биохимическим методом реактивом фирмы «Агат», уровень мочево́й кислоты (МК) исследовали энзиматическим колориметрическим методом. Больные в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы. I группу составили 25 больных, у которых уровень МК было в пределах нормальных значений. II группу составили 18 больных с повышенным уровнем МК т.е. гиперурикемией (ГУ). Контролем служили 12 здоровых людей.

Результаты исследования. Полученные результаты показывают, что у больных ГБ I группы и II группы содержание альбумина составляет соответственно 43% и 34% общего пула белков сыворотки. В тоже время в этих группах альбумин снижался на 32,3% и 47,5% соответственно по сравнению с контролем.

У больных ИБС I группы содержание альбумина составлял 42,2% и II группы 36,5% в сыворотке крови, а при сравнении с контролем содержание альбумина практически одинаково снижался в обеих исследуемых группах. В тоже время, среднее содержание альбуминов у больных ГБ снижался от контрольного значения на 39,5%, а у больных ИБС на 29,6%. Следовательно, у больных ГБ и ИБС содержание альбумина имеет тенденции к снижению, а включение гиперурикемии к дан-

ным патологиям способствует еще большему снижению содержания белка, что необходимо учитывать при разработке тактики лечения.

Выводы: 1. У больных ГБ и ИБС имеет место снижение уровня альбуминов крови, который сравнительно выражено в условиях артериальной гипертензии.

2. Выраженность гипоальбуминемии у больных ГБ и ИБС находится в определенной зависимости от уровня МК крови. Чем выше уровень мочевой кислоты крови, тем ниже содержание альбумина.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ У ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров Д.М., Уринбоев У.Ж.
Андижанский филиал РНЦЭМП, АндГосМИ, Андижан

Цель исследования: изучить распространенность острых коронарных синдромов (ОКС) в зависимости от основных эпидемиологических и социально-демографических характеристик женщин.

Материалы и методы. Осуществлено одномоментное эпидемиологическое исследование аналитического характера на сплошной выборке из женского населения в возрасте от 20 до 80 лет и старше в количестве 821 человек. Исследование проведено в клинических отделах Анижанского филиала РНЦЭМП. Диагноз ОКС был поставлен на основании опросных, физических, биохимических и инструментальных методов в соответствии рекомендациями ВОЗ (2002) и ВНОК (2009). Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica v.6.1» (Statsoft, США).

Результаты. Каждая вторая обследованная женщина (52,8%) страдает ОКС. При этом установлено, что женщины нестабильной стенокардией (НС) страдают в 4 раза чаще чем ОИМ (42,3% и 10,6%) соответственно ($P < 0,001$).

Как показывают полученные данные, в целом, в обследованной популяции имеет место достаточно широкая распространенность ОКС в различных возрастных группах. Так, распространенность ОКС в возрастной группе 20-29 лет составляет – 0,1%, 30-39 лет – 3,4% (увеличивается выявляемость ОКС на 3,3%, $P < 0,001$), 40-49 лет – 14,3% (по сравнению с предыдущей возрастной группы возрастает в 4,2 раза, $P < 0,001$), 50-59 лет – 41,5% (увеличивается в 12,2 раза, $P < 0,001$), 60-69 лет – 24,7% (возрастает в 7,3 раз, $P < 0,001$), 70-79 лет – 11,6% (увеличи-

вається в 3,4 рази, $P < 0,001$) и > 80 лет – 4,5% (увеличується в 1,3 рази, $P < 0,05$).

Выводи: Таким образом, у женщин имеет место, во-первых, тенденция к росту в частоте ОКС и, во-вторых, статистически достоверное увеличение выявляемости острых коронарных синдромов с возрастом.

ЮВЕНИЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРДА АЛКОГОЛ ВА КАШАНДАЛИКНИ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Содикова Д.Т.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон

Текширувнинг мақсади – ювенил артериал гипотонияга (ЮАрГ) боғлиқ холда алкоголь ичишни (АИ) ва кашандаликни (К) хатар омил сифатида тарқалишини Фарғона водийси ўсмирларида ўрганиш.

Текширув материали ва усуллари. Водийнинг репрезентатив уюшмаган ўсмирлари (1500та) объект сифатида олинди ва уларда бир вақтли эпидемиологик текширув уч босқичда амалга оширилди. ЮАрГ, АИ ва К сўровномали, клиник, биохимик ва инструментал ҳамда махсус функционал текширувларга асосланган холда ЖССТ (2002) мезонлари бўйича ташхисланди ва бахоландилар.

Натижалар. Алкогол ичувчиларнинг 70,4% да ЮАрГ аниқланади ва фақат уларнинг 29,6% да бу омилга алоқадорлик тасдиқланмайди ($P < 0,01$). 15-17 ёшлиларда АИ 67,5% АрГ билан ўсмирларда аниқланади ва 18-22 ёшлиларда бўлса бу кўрсаткич 76,3% даражага етиб кўпайиб аниқланади ($P < 0,001$) ёки уларнинг 23,7% да ушбу хатар омили бўлсада ЮАрГ қайд қилинмайди ($P < 0,001$).

ЮАрГ 55,2% чекувчи ва 44,8% чекмайдиган ўсмирларда, яъни ЮАрГ 1,2 баробарга тафовут билан кўпайиб аниқланади ($P < 0,05$). Чекувчи ўсмирларда (15-17 ёшлилар) ЮАрГ 57,1% даража билан қайд қилинади ва чекмайдиганларда 47,9% га етиб аниқланмайди ($P < 0,05$). 18-22 ёшли ўсмирларда К ЮАрГ нинг аниқланишини 52,1% га етиб кўпайтиради ($P > 0,05$). ЮАрГ ни аксарият чекувчи ўсмирларда ўспиринларга қараганда кўпроқ қайд қилиниши эътиборга молик ҳолатдир.

Хулосалар. Олинган эпидемиологик натижалардан келиб чиқиб ЮАрГ га оид махсус профилактик ҳамда терапевтик амалиётлар популяция даражасида амалга оширилса, шубҳасиз, мақсадга мувофиқ бўлади.

АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.

Медицинский центр «Атенон», г. Рязань, Россия

Цель работы. Изучение ассоциаций между параметрами липидного спектра сыворотки крови и глюкозы капиллярной крови натошак у пациентов (женщин) с ишемической болезнью сердца (ИБС) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 53 женщины (средний возраст - $51,4 \pm 0,9$ г.) ИБС, стабильной стенокардией напряжения (СН) I-IV функционального класса (ФК) и МС. Все пациентам проведена стандартная программа обследования (анамнез, объективные данные, общие анализы крови и мочи, биохимические анализы и специальные инструментальные методы), необходимая для диагностики ИБС, СН и МС. Изучали липидный состав крови, включавший определение общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС очень низкой плотности (ОНП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), коэффициента атерогенности (КА), коэффициента триглицеридного ($КТ = ТГ / ХС \text{ ЛПВП}$). Одновременно проводили исследование капиллярной крови натошак для определения уровня глюкозы. Гипергликемию натошак диагностировали при уровне глюкозы натошак $\geq 5,6$ ммоль/л. Оценку взаимодействий каждого отдельного показателя липидограммы и уровня глюкозы крови проводили последовательно с помощью многофакторного корреляционного анализа и изучением критериев Стьюдента-Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Установлена тесная связь между значениями вариант, >90 перцентилей параметров липидного спектра и соответствующих уровней вариант, >90 перцентилей глюкозы капиллярной крови натошак у женщин ИБС, СН и МС, что подтверждает достоверная ($p < 0,05$ - $< 0,001$) прямая (положительная) корреляция. Параметры ≤ 10 перцентилей общего ХС, ТГ, КА и ≤ 10 перцентилей глюкозы крови достоверно связаны ($p < 0,001$). Значения ≤ 10 перцентилей липидограммы и >90 перцентилей глюкозы крови высоко реципрокно (отрицательно) коррелируют ($p < 0,001$). Показатели >90 перцентилей ХС ЛПНП и ≤ 10 перцентилей глюкозы крови находятся в достоверной ($p < 0,001$) реципрокной (отрицательной) связи.

Выводы. Следовательно, по результатам проведённого исследования, выявлены гетерогенные ассоциации: повышенное содержание показателей липидного обмена и нормальные концентрации глюкозы натощак, а также повышенные показатели липидограммы и гипергликемия натощак прямо пропорционально достоверно связаны. Кроме того, нормальные значения липидограммы и гипергликемия натощак – обратно пропорционально достоверно связаны. Обнаруженные взаимосвязи между показателями липидограммы и глюкозы крови дают возможность оценивать прогноз в группах риска у пациентов ИБС и МС и проводить соответствующую коррекцию.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

Медицинский центр «Атенон», г. Рязань, Россия

Цель работы. Изучение взаимодействий между показателями липидного обмена и уровнями артериального давления (АД) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа по данным многофакторного корреляционного анализа.

Материалы и методы. Обследованы 82 мужчины в возрасте $50,5 \pm 0,9$ г. с ИБС, стабильной стенокардией напряжения (СН) I-III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Все пациенты обследованы (анамнез, объективные данные, общие анализы крови и мочи, биохимические анализы и специальные инструментальные методы), стандартные для диагностики ИБС, СН, МС и СД 2 типа. Изучали липидный состав крови с определением содержания общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов ЛП низкой плотности (НП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), коэффициента атерогенности (КА), коэффициента триглицеридного ($КТ = ТГ / ХС \text{ ЛПВП}$). Определяли уровни АД: систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и среднего АД (Ср.АД). Оценку взаимодействий каждого отдельного показателя липидограммы: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и уровней АД: САД, ДАД, Ср.АД проводили последовательно с помощью многофакторного корреляционного анализа и изучением критериев Стьюдента-

Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлено взаимодействие между значениями вариант, значений ≤ 10 перцентилей, > 90 перцентилей показателей общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и между соответствующими значениями вариант, ≤ 10 перцентилей, > 90 перцентилей САД, ДАД, Ср.АД в виде прямой (положительной) достоверной корреляции. Установлена обратная (отрицательная) достоверная взаимосвязь показателей ≤ 10 перцентилей общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и значений > 90 перцентилей уровней САД, ДАД, Ср.АД; обратная (отрицательная) достоверная взаимосвязь показателей > 90 перцентилей общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и ≤ 10 перцентилей уровней САД, ДАД, Ср.АД.

Выводы. Таким образом, достоверно установлены гетерогенные корреляции показателей липидного обмена и АД, что свидетельствует о наличии разнообразий метаболических и гемодинамических взаимодействий у пациентов подгрупп "варианта", " ≤ 10 перцентилей", " > 90 перцентилей". Полученные результаты о наличии тесных взаимосвязей между показателями липидограммы и уровнями АД дают возможность оценивать прогноз как в популяционных группах риска, так и для каждого пациента с ИБС, МС и СД 2 типа и проводить дифференцированную терапию.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН БЕМОРАРДА УТКИР ГИПЕРТЕНЗИВ ХОЛАТЛАРНИ ТАРКАЛИШИ ВА ИФОДАЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Ибрагимова Н.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижан

Ишнинг мақсади – метаболик синдром (МС) билан беморларда уткир гипертензив холат (УГХ) таркалиши ва ифодаланиши хусусиятларини урганишдан иборат булди.

Текширув материаллари ва усуллари. Эпидемиологик текширув ЖССТ (2000) тавсияларидан келиб чиқиб амалга оширилди ва унга аёллар (361 та) ҳамда эркаклар (354та) жалб қилиниб уларда (УГХ) тарқалиши хусусиятлари қиёслаб ўрганилди. Эпидемиологик кўрсаткичлар частотаси χ^2 усули бўйича қиёсланиб баҳоланди. Метаболик синдром ташхиси халқаро куламда қабул қилинган мезонлар бўйича куйилди (ВНОК,2008)

Натижалар. Аёллар популяциясида уткир гипертензив холатни

гипертония босқичларидан артериал гипертония келиб чиқиб то 2,4 барбаргача етиб фарқ билан аниқланади ($P < 0,01$). Унинг юқори даражаси артериал гипертонияни II босқичида (19,1%) ва унга қиёсан 3,4% фарқ билан (15,8%) артериал гипертонияни III босқичида ($P < 0,05$) кузатилади. Уни паст кўрсаткичлар билан қайд қилиниши артериал гипертонияни I босқичида (8,0%) аниқланади ($P < 0,01$). Уткир гипертензив ҳолат аёллар орасида ўртача 43,0% га етиб учрайди. Аёлларда (УГХ) I ва II турлари энг кўп артериал гипертонияни II босқичида, 2,2% ва 1,3% фарқланиб, энг кам даражада – артериал гипертонияни I босқичида қайд этилади.

Эркакларда (УГХ)ни тарқалиши 28,9% ни ташкил этади. артериал гипертонияни I босқичида ушбу асоратланган клиник ҳолат – 10,3%, II босқичида – 2,5% га ортиб (12,8%, $P > 0,05$) ва учинчи босқичида – 5,8% (салкам икки барбарга камайиб – 5,8%, $P < 0,01$) даражалар билан аниқланади. Эркаклар популяциясида (УГХ) I тури 15,0% ва II тури 13,9% ($P > 0,05$) тарқалиш билан қайд этилади. Унинг ҳар икки клиник турлари энг кам артериал гипертонияни II босқичида (УГХ I – 14,0% ва УГХ II – 1,8%, $P < 0,001$) аниқланади. Артериал гипертонияни II босқичида (УГХ) I тури 6,4% ва (УГХ) II тури ҳам 6,4% дан кузатилади ($P > 0,05$). Артериал гипертонияни I босқичида уларнинг даражалари 4,6% ва 5,7% ни ташкил этиб учрайди ($P > 0,05$).

Хулосалар. Аёллар ва эркаклар орасида (УГХ) ривож ва таҳдидини ифодаловчи бирдай номақбул эпидемиологик вазият борлиги эътиборни тортиши даркор. Бу, артериал гипертонияни “орқага қайтариш нуқта”ларини беморларда барвақт башоратлаб ва бартарафлаб бериш имкониятларини берувчи профилактика моделини яратилиши зарурлигини кўрсатади.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТЕНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Содикова Д.Т.
Андижанский филиал РНЦЭМП, АндГосМИ, Андижан

Цель работы. Изучение и выявление ведущих факторов риска гипертонических кризов (ГК).

Материал и методы. На репрезентативной выборке женщин и мужчин (725 человек) г. Андижана Ферганской долины Узбекистана осуществлялось эпидемиологическое исследование. Результаты анализировались с помощью пакета статистических программ «Statistica for

Windows 5.0» и «Pradox 5.0», а также критериев χ^2 и Краскала-Уоллиса.

Результаты. Выделены 24 значимых риск-факторов, при наличии которых риск развития ГК у больных артериальной гипертонией (АГ) резко возрастает. К таким факторам риска относятся: стрессы, АГ I-II степени, возраст (40-49, 50-59 и 60-69 лет), гипертриглицеридемия, гиперлипопротеидемия, гипоальфа-липопротеидемия, курение, полипатия, женский пол, низкий образовательный статус, умственный труд, тяжелый физический труд, социальные факторы, избыточная масса тела, алкоголь, гиперхолестеринемия, увеличение концентрации в сыворотке крови холестерина липопротеидов очень низкой плотности, тахикардия, систолическая артериальная гипертензия, диастолическая артериальная гипертензия, недостаточность медицинского контроля.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют, что эпидемиологический способ позволяет не только более точно диагностировать ГК на ранних этапах его развития, но и прогнозировать развитие этого ургентного клинического состояния по дням, месяцам, сезонам и годам, когда лечебно-диагностические и профилактические вмешательства будут иметь решающее значение.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 15-90 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА

Раимжанов А.А., Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.
Андижанский и Ферганский филиалы РНЦЭМП, АндГосМИ, Андижан

Цель работы. Изучить частоту случаев ВСС среди населения > 15-90 лет в зависимости от семейного статуса.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 6 лет и проанализировано 1639 случаев ВСС. Случаи ВСС зарегистрированы путем ежемесячного анализа регистра «Врачебного свидетельства о смерти» в городском отделении ЗАГС с верификацией в ЦАБ. Скопированные из медицинских документаций (историй болезни и амбулаторных карт, а также из карт судмедэкспертизы и ЗАГС) данные были включены в специальный «Опросник-карту для выявления основных ССЗ и факторов риска», по ним с использованием критериев аналитической эпидемиологии оценены механизмы развития ВСС у умерших в зависимости от их семейного положения.

Диагностика ВСС осуществлялась согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2003). К ВСС относили случаи «непредвиденной смерти в течение 12 часов от момента, когда пациента

последний раз видели живым и в удовлетворительном состоянии здоровья» [Tan H.L. et al., 2005].

Результаты исследования показали, что как у женщин, так и у мужчин распространенность ВСС оказалась высокой в группе «женатых» (у женщин – 67,4% и у мужчин – 65,5%, $P>0,05$) и «вдовых» (по 32,2% и 32,7%, $P>0,05$). В группе пациентов «холост» и «разведенных» ВСС имело место по 0,3% и 0,0%, 1,1% и 1,0% - соответственно у женщин и мужчин ($P<0,05$).

Выявлено, что в возрастной группе < 20 лет ВСС не регистрируется, в 20-29 лет – наблюдается с частотой – 16,7% и 2,5% - у холостых и женатых соответственно ($P<0,001$). В возрастной группе 30-39 лет ВСС диагностируется в 4 и 2 раза чаще среди женатых ($P<0,01$) и разведенных ($P<0,05$) – соответственно. Влияние семейного статуса на случаи ВСС особенно заметно в группе пациентов 40-49 лет: ВСС среди разведенных регистрируется в 2 раза чаще (66,9%), чем у 30-39 летних ($P<0,01$), а у вдовцов – лишь в 0,4% случаев ($P<0,05$). Однако, начиная с 50-летнего возраста, ВСС у пациентов регистрируется в качестве причины смерти все реже в зависимости от семейного положения.

Еще один характерный штрих, выявленный эпид. обследованием тенденции – случаи ВСС регистрируется только в группе пациентов «женатых» и «вдовцов»: в 60-69 лет – по 18,7% и 12,8% ($P>0,05$), 70-79 лет – по 26,9% и 36,4% ($P<0,05$), 80-89 лет – по 8,7% и 41,8% ($P<0,001$) и в 90 лет и старше – по 1,5% и 7,3% ($P<0,001$) соответственно.

Вывод. Таким образом, отмеченные данные привели не только к определению истинных показателей распространенности ВСС в популяции целом, но и изменили наши представления о вероятности развития ВСС у пациентов того или иного возраста с различными семейными статусами.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Раимжанов А.А., Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.

Андижанский и Ферганский филиалы РНЦЭМП

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель работы. Изучение распространенности ВСС у больных ИБС в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. Проведено поперечное (одномоментное)

исследование контингента умерших, сформированного методом сплошной выборки из всех лечебных учреждений г. Ферганы. Общая численность изучаемой популяции – умерших составила 1639 человек (942 мужчин и 697 женщин в возрасте > 15-90 лет, $P < 0,05$). Материалы собраны в течение 6 лет путем скопирования данных из историй болезни и амбулаторных карт, а также из карт судмедэкспертизы и ЗАГС. Для уточнения частоты ВСС, наступившей на фоне ИБС, в наблюдаемой популяции рабочей группой с привлечением опытных врачей – клиницистов, специалистов по функциональной диагностике и патологоанатомов анализировался каждый случай смерти независимо от зарегистрированного в медицинском свидетельстве о смерти заболевания. При диагностике использованы эпидемиологические критерии ВСС [Prioti S.G. et al., 2001].

Результаты. Полученные данные показали, что в популяции большая часть случаев ВСС представлена больными, у которых имелась ИБС (49,5% - у мужчин и 32,4% - у женщин, $P < 0,05$) или ВСС стала ее первым проявлением (в 39,5% случаев). Лишь только 31,9% случаев ВСС обусловлены другими некоронарогенными заболеваниями сердца. В молодом возрасте, очевидно, наблюдается достоверно низкие показатели частоты ВСС от ИБС – в возрасте < 20 лет – не отмечается (0,0%), в 20-29 лет – 0,9% ($P < 0,01$), в 30-39 лет – 1,7% ($P < 0,05$) и в 40-49 лет – 4,5% ($P < 0,01$). В более старших возрастных группах ВСС регистрируется сравнительно высокой частотой: в 50-59 лет – 12,8% ($P < 0,05$), в 60-69 лет – 16,4% ($P < 0,05$), в 70-79 лет – 38,1% ($P < 0,01$), в 80-89 лет – 21,8% ($P < 0,01$), в 90 лет и старше – 3,9% ($P < 0,05$).

Выводы: 1) В условиях Ферганской долины одной из причин высоких показателей ВСС является ИБС; 2) Имеется ряд приоритетных предикторов ВСС в условиях Ферганской долины, информацию о которых можно получить с помощью не только различных дорогостоящих методов исследования, но и с помощью простых, экономически выгодных, дешевых, удобных, высокочувствительных и специфичных эпидемиологических методов исследований; 3) Больные (из СВП/ГВП, поликлиник, больниц) с такими предикторами, то есть с высоким риском ВСС должны быть направлены в центры экстренной медицины или кардиоцентры, где им будут проведены дополнительные обследования и назначено соответствующее лечение.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Нурдинов Ш.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель работы. Изучение частоты выявляемости высокой концентрации С-реактивного белка при гипертонических кризах различного типа в зависимости от массы тела.

Материал и методы. Эпидемиологическое исследование.

Результаты исследования. При различных значениях ($\text{кг}/\text{м}^2$) массы тела больных гипертоническими кризами высокой концентрации С-реактивного белка выявлялись со следующей частотой: при нормальной массе тела (18,5-24,9) – 17,6 %, при избыточной массе тела (25-29,9) – 37,0 %, при ожирении I степени (30-34,9) – также 37,0 % и при ожирении I и III степени (35 и более) – 8,4 %. Среди больных гипертоническими кризами с избыточной массой тела и ожирением I-II степени наблюдается достоверно высокий процент выявляемости частоты высокой концентрации С-реактивного белка ($P < 0,01$) и явно видно положительная связь между массой тела и высокой концентрации С-реактивного белка.

Выводы. Следовательно, уровень С-реактивного белка является перспективным тестом, имеющим прямое практическое значение для профилактики гипертонических кризов и их осложнений у пациентов с повышенной массой тела. В связи с тем, что С-реактивный белок является факторами риска развития гипертонических кризов, необходимо его определять у пациентов с ожирением с целью стратификации риска развития жизненно опасных осложнений или континуума от гипертонических кризов.

АХОЛИ ОРАСИДА АБДОМИНАЛ СЕМИЗЛИКНИНГ МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ КРИТЕРИЙСИ СИФАТИДА ТАРКАЛИШИ

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

Мақсад. Бухоро шахри ахолиси орасида абдоминал семизликнинг таркалиш хусусиятларини урганиш.

Материал ва методлар. Тадкикотлар 20 ешдан- 69 ешгача булган уюшмаган ахоли орасидан тасодифий танлаш (Оуэн 1976) оркали ажратиб олинган 797 кишида олиб борилди. Текширилувчиларнинг 555 тасини аёллар ва 242 тасини эркаклар ташкил килди.

Абдоминал семизлик сантиметрли лента ёрдамида аникланди. Корин айланаси аёлларда 80 см дан, эркакларда 94 смдан катта булганда абдоминал семизлик деб бахоланди. Олинган натижалар статистик тахлил килинди.

Натижалар. Утказилган текшириш натижаларига кура аёлларнинг 42,57% ида, эркакларнинг 36,51% ида абдоминал семизлик борлиги аникланди. Ахоли орасида абдоминал семизликнинг тарқалганлиги аёллар орасида 20-29 ёш гурухида 17,74 %, 30-39 ёш гурухида 46,49% 40-49 ёш гурухида- 46,55%, 50-59 ёш гурухида- 62,50%, 60-60 ёш гурухида- 78,13% ни, эркаклар орасида эса мос равишда -14,45%, 35,54%, 29,31%, 54,65%, 48,64% ни ташкил килди. Аёллар орасида абдоминал семизликни ёш ошиб бориши билан барча гурухларда усиб боришини кузатиш мумкин. Эркакларда 20-29 ёшга нисбатан 30-39 ёшли гурухда 2,46 марта, 50-59 ёшли гурухда 40-49 ёшга нисбатан 1,86 марта узиши кузатилди.

Хулоса. МС нинг асосий критерийси абдоминал семизлик 30 ёшдан кейин Бухоро шаҳри ахолисининг деярли ярмида учрайди. Абдоминал семизлик аёлларда эркакларга нисбатан 1,17 марта кўпроқ учрайди.

ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИКНИНГ БУЗИЛИШИ ВА ЮРАК КОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Бакаев И.К., Тухтаева Х.Х.

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро Вилоят кардиология диспансери

Мақсад. Глюкозага толерантликнинг 1 ва 2 фазасининг бузилишлари бор кишиларда юрак томир касалликлари асосий хавф омиллари учрашини тахлил килиш

Материал ва методлар Текширишлар 20 ёшдан - 69 ёшгача булган ахоли орасидан танланган 127 киши орасида олиб борилди. Глюкозага толерантлик синамаси учун кондаги глюкоза миқдори эрталаб оч холатда, 75 гр. глюкоза қабул қилгандан 1 соат ва 2 соат кейин аникланди. Глюкоза эгрилигининг 1- фазаси (симпатоадренал фаза) ва 2- фазаси (вагоинсуляр фаза) бузилган кишилар, II тип қандли диабет

аникланган беморлар гуруҳида юрак кон- томир касалликлари билан касалланиш ва хавф омилларининг тарқалиши урганилди ҳамда назорат гуруҳи билан киёсий тахлил килинди.

Натижалар. Углеводлар алмашинувининг бузилишлари жинсларда ва гликемик эгриликнинг фазаларида алоҳида тахлил килинди. Жинсий таркиб буйича гликемик эгриликнинг барча нукталаридаги бузилишлар аёллар орасида купрок аникланди. Кандли диабет эса эркакларда биров купрок тарқалганлигини аникладик. Глюкоза эгри чизигининг 1 фазаси бузилишлари (52,3% аёлларда ва 37,9% эркакларда) иккинчи фаза бузилишларига (41,1% ва 31,4%) кура нисбатан купрок учради. КД 11,4% эр, 10,3 % аёл. Симпатоадренал фазанинг ошиши купрок ахолининг ёшрок катламларига тугри келди. 40 ёшгача булган гуруҳда айникса, 20-30 ёшлиларда гликемик эгриликнинг симпатоадренал фазаси бузилишлари 47,4%, (21,3) купрок тарқалган. Аксинча, вагоинсуляр фазанинг бузилиши ёши каттарок кишилар гуруҳида кузатилди. 53,6% (23,7%) Ёшнинг ортиб бориши билан симпатоадренал фазада гликемиянинг камайиб, вагоинсуляр фазада ортиб бориши текширишларимизда аникланди. Углеводлар алмашинувининг бузилиши аникланган беморларда тана вазни, кон босими ва липидлар алмашинувининг бузилишлари урганиб чиқилди ва ахоли орасидаги курсаткичлар билан киёсий бахоланди. Олинган натижалардан углеводлар алмашинувининг бузилиши бор кишиларда колган бошка бузилишлар (АГ, ОТВ ва гиперлипидемия) нинг частотаси ортиб боришини курсатди. Ахоли орасида АГ 25,98% учраган булса, углеводларга толерантлиги бузилган кишиларда 33% учради, ОТВ ахоли орасида 41,4%, ГТБ аникланган кишиларда 47,5%, гиперлипидемия ахоли орасида 31,25%, ГТБ аникланган кишиларда 42,8% учраши маълум булди. Демак, углеводлар алмашинувининг бузилишлари булган кишиларда бошка компонентларнинг учраши ахоли орасидагидан анча юкорирок экан.

Хулоса Углеводлар алмашинувининг бузилиши аникланган беморларда юрак томир касалликлари асосий хавф омиллари бошкаларга нисбатан купрок учрайди. УТБ ни аниклашда кейинги текширишлар муаммога чукуррок ёндошишни талаб килади. УТБ ни бахолаш камида гликемик эгриликнинг 3 та звеноси (нахорда, синамадан 1 ва 2 соат кейин) хақидаги маълумотга асосланиши керак.

СВЯЗЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ.

Сайфуллаев А.С., Таджиханов Н.Б., Хасанова Н.Г.,

Насруллаева М.М., Рахматов А.А.

Городская клиническая больница №6, Ташкент

Цель работы. Изучить частоту встречаемости ожирения и избыточной массы тела (ИМТ) при нарушении различных фаз гликемической кривой.

Материал и методы: Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) выявляли путём исследования гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой. В тексте настоящего сообщения гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой обозначается как НТГ через 1 час, гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой как НТГ через 2 часа. Масса тела оценивалась на основании роста-весового индекса (индекс Кетле). Показатели индекса Кетле от 20 до 24,9 оценивались как нормальная масса тела; от 25 до 29,9 – избыточная масса тела (ИМТ); от 30 и более – ожирение.

Результаты. Согласно полученным данным, частота встречаемости ИМТ оказалась наибольшей среди больных сахарным диабетом 2 типа (СД) и составила 44,37%, несколько меньше (не достоверно) при НТГ через 1 час (41,25%) и реже всего при НТГ через 2 часа (32,87%) и сочетании НТГ через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой (33,61%). Более выраженная связь была выявлена между ожирением и НТГ. Так частота ожирения среди лиц с нормальным уровнем гликемии была наименьшей (10,28%). Среди лиц с НТГ через 1 час и НТГ через 2 часа ожирение выявлялось соответственно в 14,76% и 16,53% случаев, а при сочетании НТГ через 1 и 2 часа – в 39,25%. Наиболее часто ожирение имело место среди больных СД – 40,33%.

Следует отметить, что различия частоты встречаемости ожирения в группах с НТГ и СД достоверно отличались от частоты ожирения среди лиц с нормальным уровнем гликемии. Нормальная масса тела встречалась менее, чем у половины лиц с нормальной толерантностью к глюкозе. При НТГ через 1 час нормальная масса тела встречалась у 34,15%, а при НТГ через 2 часа нормальная масса тела встречалась у 32,85%. У больных СД и у лиц с сочетанием НТГ через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой частота нормальной массы тела составила 38,47% и 34,02% соответственно.

Заключение. Полученные данные позволяют заключить, что между нарушением различных фаз гликемической кривой и СД с одной

стороны и массой тела с другой имеется определённая связь. Вместе с тем, большая частота встречаемости случаев ИМТ и ожирения в группе лиц с НТГ через 1 час после нагрузки глюкозой свидетельствует о том, что при оценке и коррекции ИМТ и ожирения следует учитывать наличие у больного, как СД и НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой, так и НТГ через 1 час после нагрузки глюкозой.

СОЧЕТАНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Срожидинова Н.З., Тухтаев А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент

Цель: Изучить распространенность компонентов метаболического синдрома (МС) среди больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: В исследование были включены 46 больных мужчин с АГ I-II ст. (ESH, 2007). Средний возраст больных составил $41,7 \pm 9,5$ лет. МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005. Всем больным проводились ЭхоКГ, пероральный тест толерантности к глюкозе, определение толщины КИМ, липидов крови и микроальбуминурии. Наличие поражений органов мишени определяли согласно классификации АГ ESH, 2007 г.

Результаты: В зависимости от числа одновременно встречающихся компонентов МС пациенты были поделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, имевшие 2 компонента МС, во 2-ю – 3 компонента, в 3-ю – 4 компонента, т.е. максимально возможное количество. Сочетание 2-х компонентов МС встречался у 45,6% (n=21) случаев, в том числе повышенный уровень ТГ встречался у 80,9% (n=17) больных, низкий уровень ХС ЛВП у 14,3% (n=3) больных, а нарушение углеводного обмена у 4,8% больного (n=1). Одновременно 3 компонента МС наблюдалось у 40% (n=17) больных. Среди больных 2-й группы наиболее часто встречалось сочетание повышенного уровня ТГ с низким уровнем ХС ЛВП 58,8% случаев (n=10), сочетание высокие ТГ+ нарушение углеводного обмена встречался у 23,6% случаев (n=4), низкий ХС ЛВП сочетался с нарушением углеводного обмена у 17,6% случаев (n=3). Сочетание всех компонентов МС у 17,4% больных (n=8).

Следует отметить, что поражение одного органа мишени среди больных 1-ой группы встречался у 57,1% больных, а во 2-й группе – у 47,1%. Поражение двух органов мишени 1-ой группы встречался 19,1%

случаев, а во 2й группе – 23,5% случаев.

Выводы. Среди больных АГ наиболее часто встречающимся компонентом МС является дислипидемия. Увеличение числа компонентов МС у больных АГ приводит к росту повреждений органов мишеней, что сопровождается повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ПОДАГРЕ

Султонов И.А., Тоиров А.Э., Тоиров Э.С.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд

Цель работы: изучить взаимосвязь основных клинико-лабораторных факторов метаболического синдрома (МС) и подагрического артрита.

Материалы и методы. Нами были обследованы 49 больных подагрой. Все больные были мужского пола и обращались по поводу обострения подагрического артрита (ПА). Возраст больных в среднем составил $50,6 \pm 1,6$ лет, продолжительность заболевания $9,4 \pm 1,7$ лет. Тофусы были обнаружены у 12 больных. У 31 больных была обнаружена I, у 18 – II степень функциональной недостаточности суставов.

Результаты. Было установлено, что содержание холестерина у больных ПА колеблется от 5,6 до 10,2 ммоль/л. У 17 больных (35,0%) содержание холестерина было в пределах пограничного уровня (5,2-6,5 ммоль/л), у 19 (38,8%) – повышенного (6,6-8,0 ммоль/л) и у 13 (26,5%) – высокого риска развития МС (выше 8,0 ммоль/л). Основные 3 клинических фактора МС были диагностированы у 24 больных, что составляет 49,0%. При этом у 15 (30,6%) больных диагностировано ожирение I и II степени, у 13 (26,5%) – артериальная гипертензия и у 6 (12,2%) – сахарный диабет 2 типа. У больных с основными клиническими факторами МС (ожирение, АГ и СД 2 типа) среднее содержание холестерина составило $8,6 \pm 0,7$ ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без проявлений МС ($6,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $P < 0,02$). Степень повышения холестерина в крови имела прямую коррелятивную связь со степенью гиперурикемии ($r=0,65$) и давностью заболевания ($r=0,72$). С увеличением продолжительности подагры, наблюдалось повышение частоты АГ и СД 2 типа. При анамнестическом исследовании больных с гиперхолестеринемией и сопутствующими клиническими факторами МС наиболее часто выявлялись наследственная предрасположенность (наличие у родителей подагры, АГ, ИБС, СД), частые погрешности в питании и от-

сутствие базисного (аллопуринол, урикозурические препараты) лечения основного заболевания

Выводы. Таким образом, подагра, заболевание, обусловленное нарушением пуринового метаболизма, гиперурикемией, также сопровождается основными клиническими и лабораторными признаками МС – гиперхолестеринемией, АГ, ожирением, СД 2 типа. Очень часто такое течение подагры и МС обусловлено наследственной предрасположенностью. Включение гиперурикемии в число факторов МС и наличие прямой коррелятивной связи между клинико-лабораторными показателями подагры и МС обуславливает включение подагры к клиническим критериям МС. Можно предположить, что методами профилактики МС при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема, а также своевременное проведение базисного лечения.

АҲОЛИНИНГ ТУРЛИ ГУРУҲЛАРИДА

ГИПЕРЛИПИДЕМИЯНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Хамрашаев Б.Б., Бакаев И.К., Султонов Р.К
Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро вилоят кардиология диспансери

Мақсад. Аҳоли орасида липидлар алмашинуви бузилишларининг тарқалиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Популяцион эпидемиологик текшириш ўтказиш олдидан синов тадқиқотларини ўтказиш учун 20-69 ёшлардаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 103 та киши ажратиб олинди. Текширишларда иштирок этган кишилар турли ёш гуруҳларидан иборат бўлиб, яшаш шароити, касби, турмуш тарзи, меҳнат шароити турлича бўлган уюшмаган аҳолидан иборат гуруҳни ташкил қилди. Қон зардобидаги липидлар фракциялари - умумий холестерин, триглицеридлар ва β-липопротеидлар аниқланди.

Натижалар. Аҳоли орасида гиперхолестеринемия 27,2%, гипертриглицеридемия 14,6%, гипербеталипопротеидемия 34,9% тарқалганлиги аниқланди. Гиперлипидемиянинг барча турлари аҳолининг 41-50 ёшли гуруҳида бошқа гуруҳларга нисбатан кўпроқ тарқалган. 8,7% ҳолатларда липидларнинг ҳар учала фракцияси ҳам ошганлиги аниқланди. 2 та фракцияси 17,5%, 1 та фракцияси 16,5% тарқалганлиги аниқланди. Гиперлипидемия кўпроқ холестерин ва бета

липопротеидлар комбинациясига тўғри келади. Липидлар алмашинувининг бузилиши кўпроқ аёлларга характерли бўлиб, эркакларда бирмунча кам учради (25,7% ва 51,4%, мос равишда). Аёлларда липидлар алмашинувининг бузилиши эркакларга нисбатан 2 марта кўплиги аниқланди.

Хулоса. Аҳоли орасида липидлар алмашинувининг бузилиши 42,8% ни ташкил қилади, аёлларга эркакларга нисбатан 2 марта кўп учрайди. Липидлар алмашинувининг бузилишида энг кўп бета-липопротеидлар, кейинги ўринларда холестерин ва триглицеридларнинг миқдорини ошиши аниқланди. (34,9%, 27,2% ва 14,6%, мос равишда). 8,7% кишиларда липидларнинг 3 та фракцияси, 16,5% ҳолатда 2 та фракцияси ва 17,5% ҳолатда 1 та фракцияси миқдори ошган бўлиб, кўпича гиперлипидемиянинг гипехолестеринемия ва гипербеталипопротеидемия кўринишлари ассоциацияланиб келади.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Очилова Д.А., Ашурова Н.Г.
Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро

Мақсад. Аҳоли орасида метаболик синдром (МС) компонентлари тарқалишинининг турли ёш ва жинсларда ўзига хос хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Тадқиқотлар 20 - 69 ёшли 797 та (555 та аёл ва 242 та эркак) аҳоли орасида олиб борилди. Текширишларда кон босими ва Кетле индексини ($KI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй (м)}^2$) аниқланди. Қорин айланаси аёлларда 80 см дан, эркакларда 94 смдан катта бўлганда абдоминал семизлик (АС) деб баҳоланди. Кон босимини улчаш Коротков усулида утказилди. Икки марта улчаганда 140/90 мм.сим. уст. дан юқори булган ҳолатлар артериал гипертония (АГ) деб таснифланди. Углеводлар ва липидлар алмашинуви ҳолатини урганиш мақсадида глюкозага толерантлик тести, кондаги триглицеридлар ва холестерин миқдори аниқланди.

Натижалар. Ортикча тана вазнининг (ОТВ) тарқалиши аёллар орасида 20,65%ни, эркаклар орасида 32,27% % ни ташкил қилди. Семизлик эса мос равишда 18,48% ва 14,87% ҳолатда учради. Текширилган аёлларнинг 39,13% ида, эркакларнинг 47,14% ида ортикча вазн муаммоси борлиги аниқланди. Ёш 30 дан ошгани сари иккала жинсда ОТВ ва семизликнинг учраш частотаси кескин ошиб бориши кузатилмоқда

($p < 0,05$). Аёлларнинг 42,57% ида, эркакларнинг 36,51% ида АС аниқланди. Аёллар орасида АС барча ёш гуруҳларида ўсиб бориши кузатилди. Эркакларда 20-29 ёшга нисбатан 30-39 ёшда 2,46 марта, 50-59 ёшли гуруҳда 40-49 ёшга нисбатан 1,86 марта ўсиши кузатилди ($p < 0,01$). АГ нинг тарқалиши аёллар орасида 20,54%ни, эркаклар орасида 30,26% ни, умумий 25,94% ни ташкил қилмоқда. Барча ёш гуруҳларида АГ нинг тарқалиши ёшга пропорционал равишда статистик ишончли равишда ўсиб бориши кузатилди ($p < 0,05$). Текширилаётган ҳар бешинчи аёлда глюкозага толерантликнинг бузилиши (ГТБ) аниқланди (20,0%), эркакларда бу кўрсаткич 22,62% ни ташкил қилди. Қандли диабет (ҚД) аёлларда 5,64%, эркакларда 6,34% учради. Аёлларнинг иккинчи ёш гуруҳида биринчи ёш гуруҳига нисбатан сезиларли ўсиш (2,24 марта) кузатилган бўлса, бешинчи ва олтинчи ўн йилликда ГТБ сезиларли пасайган ($p > 0,05$). Гиперхолестеринемия (ГХ) аёллар орасида 14,22%ни, гипертриглицеридемия (ГТГ) 20,38%ни ташкил қилди. Эркаклар орасида бу кўрсаткичлар мос равишда 17,32%; ва 34,62%. ГХ аёллар орасида 50 ёшдан кейин, эркаклар орасида эса 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ошиб бораяпти. 30-39 ёшли гуруҳда ГТГ 20-29 ёшли гуруҳга нисбатан аёлларда 1,67 марта, эркакларда 2,41 марта статистик ишонарли равишда ортиб бормоқда ($p < 0,05$).

Хулоса. 1. Аҳоли орасида АГ, ОТВ, АС, ГТБ ва ГТГ 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ёшга пропорционал ўсиши кузатилади. ГХ нинг ўсиши 50 ёшдан кейин бошланади.

2. АГ, гиперлипидемия, ОТВ, ГТБ ва ҚД эркаклар орасида, АС ва семизлик аёллар орасида кенг тарқалган.

3. МС нинг алоҳида компоненти учраши ҳоллари кам кузатилди. Кўпчиликда МС иккита ёки учта компоненти биргаликда аниқланади.

ОРТИКЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Очилова Д.А., Хамрашаев Б.Б.

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро

Мақсад. Аҳоли орасида ортикча тана вазни тарқалиши, унинг углеводлар ва липидлар алмашинуви бузилишлари билан боғлиқлигини урганиш.

Материал ва методлар. Текширишлар уюлмаган аҳоли орасидан тасодифий танлаш (Оуэн 1976) усули орқали ажратиб олинган 797 кишида олиб борилди. Тана вазнининг ошишини аниқлаш учун тана мас-

саси индекси (индекс Кетле) дан фойдаланилди. $TMI = \text{вазн (кг)} / \text{буй (м)}^2$. ТМИ 25 дан юкори булган холатларда ортикча тана вазни, 30 дан юкори булганда эса семизлик деб хисобланди. Корин айланаси аёлларда 80 см дан, эркакларда 94 смдан катта булганда абдоминал семизлик деб бахоланди. Глюкозага толерантлик синамаси учун кондаги глюкоза микдори 3 марта оч холатда эрталаб, 75 гр. глюкоза бергандан 1 соат ва 2 соат кейин аникланди. Кондаги липидлар - умумий холестерин ва триглицеридлар микдори аникланди.

Натижалар. Ортикча тана вазни (ОТВ) ва семизликнинг учраши юкори ракамларни курсатди. Аёллар орасида ОТВ 20,65%ни, семизлик 18,48% ни ташкил килди. Эркаклар орасида ОТВ ва семизликнинг таркалиши мос равишда 32,27% ва 14,87%ни ташкил килди. Шундай килиб текширилаётган 39,13% аёлларда, 47,14% эркакларда меъёрдан ортикча вазн муаммоси борлиги аникланди. Тахлил натижаларининг курсатишича ёш 30 дан ошиб боргани сари аёлларда ва эркакларда ҳам ОТВ, ҳам семизликнинг учраш частотаси кескин ошиб бориши кузатилмокда.

Шунингдек, абдоминал семизлик (АС) куплаб тадқиқотларнинг натижаларига кура инсулинга резистентлик холати ва юрак кон-томир касалликларини келиб чиқишида асосий хавф омили булиб хизмат килади. Углеводлар алмашинувининг бузилиши текширилаётган хар бешинчи аёлда углеводларга толерантликнинг бузилиши аникланди. (20,0%), эркакларда бу курсатич 22,62% ни ташкил килди. Кандли диабетнинг таркалиши аёлларда 5,64%, эркакларда 6,34% учради. Кандли диабетнинг 3,09%и текширишлар давомида аникланди. Глюкозага толерантликнинг бузилиши (ГТБ) эркакларда ёш ошиб бориши билан ортиб бораётганлигини кузатиш мумкин. Аёллар орасида иккинчи ёш гурухида биринчи ёш гурухига нисбатан сезиларли усиш (2,24 марта) кузатилган булса, бешинчи ва олтинчи ун йилликда ГТБ сезиларли пасайган. КД билан огриган беморларнинг ярмидан ортиги текширишлар давомида аникланмокда. Бу эса углеводлар алмашинувининг бузилишларини ташхислаш усулларини такомиллаштириш лозимлигини курсатади. Липидлар алмашинувининг бузилишларига бахо бериш максатида триглицеридлар ва умумий холестерин микдорини аникланди. Маълумотларга кура аёллар орасида гиперхолестеринемия (ГХ) 14,22%ни, гипертриглицеридемия (ГТГ) 20,38%ни ташкил килди. Эркаклар орасида бу курсаткичлар мос равишда 17,32%; ва 34,62%. Натижаларнинг тахлилидан ГХ бошка компонентлардан фаркли равишда аёллар орасида 50 ёшдан кейин сезиларли ошиши аникланди, эркаклар орасида эса бошка компонентлар сингари 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ошиб

боряпти.

Хулоса. Ахоли орасида ОТВ, углеводлар ва липидлар алмашину-
вининг бузилиши сезиларли даражада кенг таркалган. Ахоли орасида
ОТВ ва АС, ГТБ ва ГТГ 30 ёшдан кейин усиши кузатилади. ГХ нинг
усиши 50 ёшдан кейин бошланади. Белгиларнинг алохида учраши хол-
лари кам кузатилди, купчиликда иккита ёки учта компонент биргаликда
аникланади.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН: ТЕНДЕНЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Туйчиев А.Х., Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М.
Андижанский и Ферганский филиалы РНЦЭМП, АндГосМИ, Андижан

Цель работы: Оценка клинико-эпидемиологических особен-
ностей развития ВСС в условиях резкоконтинентального климата Ферган-
ской долины.

Материал и методы. В качестве объекта исследования были взя-
ты умершие ВСС в г.Фергане за период 2005-2010гг. Общая числен-
ность изучаемой популяции – умерших составила 1639 человек. Из них
942 мужчин (57,5%) и 967 женщин (42,5%) в возрасте > 15-90 лет. Слу-
чай ВСС среди населения регистрированы путем ежемесячного анализа
/ регистра «Врачебного свидетельства о смерти» в городском отделении
ЗАГС с верификацией в ЦАБ.

К ВСС относили случаи «естественной смерти вследствие сердеч-
ной патологии, которой предшествовала внезапная потеря сознания в
течение одного часа после манифестации; при этом время и вид смерти
являлись неожиданными» [Мазур Н.А., 2003].

Выводы. Таким образом, отмеченные закономерности в показа-
телях распространенности ВСС у женщин и мужчин, а также его пре-
дикторы важны, во-первых, для прогнозирования ВСС, во-вторых, для
планирования лечебно-профилактических программ и в третьих, для
реализации экстренных мероприятий у пациентов сердечно-
сосудистыми или другими заболеваниями с высоким риском развития
ВСС.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Шагазатова Б.Х., Мухиддинова Г.Д.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель исследования: изучение распространенности МС в условиях первичного звена здравоохранения согласно критериям IDF(2005).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе семейной поликлиники № 37 г.Ташкента в 2008г. Методом случайной выборки было выбрано 2 участка, где сплошным наблюдением были охвачены лица старше 30 лет, проживающие на территории, обслуживаемой данной поликлиникой. Всего были обследованы 628 человек (232 мужчины и 396 женщин).

Повышение артериального давления устанавливалось при цифрах $\geq 130/80$ мм.рт.ст. Диагноз ожирения ставился при величине индекса Кетле, равного 30 кг/м^2 и более.

Диагноз сахарный диабет (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) устанавливались по классификации ВОЗ (1998). Для выявления нарушений углеводного обмена определялся уровень глюкозы в крови натощак и через 2 часа после перорального приема 75г глюкозы.

Уровень общего холестерина (ХС) $\geq 5,21$ ммоль/л; триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л или 150мг/дл. Согласно рекомендациям IDF(2005), абдоминальное ожирение при $OT \geq 94$ см у мужчин и 80см у женщин. Абдоминальный индекс (АИ) у мужчин ≥ 0.95 и у женщин ≥ 0.8 .

Диагноз МС устанавливался при наличии всех четырех критериев и/или центрального ожирения и 2 дополнительных критериев IDF(2005).

Результаты: Проведенное исследование показало, что среди обследованных распространенность МС с различными его компонентами составила 9,6%. Среди женщин МС чаще встречался в группах с различными нарушениями углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет). Среди мужчин МС выявлялся в группе с отсутствием нарушений углеводного обмена (УО) и сочетанием таких признаков, как абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертензия, дислипидемия (ДЛП).

Вновь выявленные больные СД 2 типа составили 4,1%. Если учесть рекомендации IDF(2005), где показатели гликемии установлены $\geq 5,6$ ммоль/л, то лица с метаболическим синдромом, выявленные нами в ходе исследования, включая больных СД 2 типа, составляют 13,7%.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование показало, что распространенность метаболического синдрома в амбулаторно-поликлинических условиях составила 9,6%, сахарного диабета 2 типа – 4,1%. Рекомендации, предложенные IDF (2005) по диагностике метаболического синдрома в условиях первичного звена, согласно которым было осуществлено исследование, доступны, легко осуществимы и не требуют серьезных экономических затрат. Своевременное выявление лиц с различными компонентами метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа будет способствовать проведению адекватных профилактических мероприятий.

ОСТРЫЕ КРОНАРНЫЕ СИНДРОМЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С., Каримов У., Каландаров Д.М.
Лаборатория клинической кардиологии ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» ФМБА России, Андижанский филиал
РНЦЭМП и АндГосМИ, Андижан

Цель: Выяснить по каким клиническим характеристикам отличаются больные с острыми коронарными синдромами (ОКС) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы: Для проверки этой гипотезы мы сравнили две группы последовательно госпитализированных неотобранных больных в Андижане (Узбекистан) (n=97), и Москве (Россия) (n=139) на фоне метаболического синдрома. Анализ был проведен в рамках независимого регистра ОКС РЕКОРД-2.

Результаты: Средний возраст больных из Андижана был $57,2 \pm 11,9$, а у больных из Москвы – $69,1 \pm 11,7$ лет ($p < 0,0001$) а доли больных в возрасте ≥ 75 лет были 7,2% и 43,2% соответственно ($p < 0,0001$). У больных из Андижана чаще были известная гиперхолестеринемия в прошлом (93,8% против 33,8%, $p < 0,0001$) и повышенный уровень общего холестерина (>5 ммоль/л) в стационаре (92,8% против 52,0%, $p < 0,0001$), семейный анамнез ИБС (66,0% против 5,0%, $p < 0,0001$), курение (49,5% против 21,6%, $p < 0,0001$), но реже – перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (37,1% против 50,4%, $p = 0,04$), хроническая сердечная недостаточность (17,5% против 43,2%, $p < 0,0001$), артериальная гипертензия (56,7% против 89,9%, $p < 0,0001$), ожирение [индекс массы тела ≥ 30] (3,1% против 31,7%, $p < 0,0001$).

Среди больных с ОКС из Андижана было очень много больных со

сниженным уровнем гемоглобина [<110 г/л] – 73.2%, и это было достоверно, чем из Москвы – 14.4% ($p<0.0001$).

При поступлении в стационар частота ОКС с подъёмами ST была одинаковой у больных в Андижане и Москве – 19.6% и 19.4% соответственно ($p>0.05$). также не было различий по числу больных с классом Killip I (91.8% против 85.6%, $p>0.05$), и частоте депрессий ST на исходной ЭКГ у больных с ОКС без подъёмов ST (53.8% против 59.8%, $p>0.05$).

Выводы: Проведённый анализ показал некоторые различия в анамнестических, клинических показателях в группах последовательно госпитализированных больных с ОКС на фоне (МС) в Андижане и Москве. Больные с ОКС из Центральной Азии в среднем моложе, а на более раннее развитие ОКС у них может влиять высокая частота неблагоприятных факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, семейный анамнез). Высокая частота анемии у больных из Центральной Азии также могла влиять на более ранние проявления ОКС в этой группе больных.

ОЖИРЕНИЕ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Юсупов О.П.

Учебный центр по переподготовке врачей общей практики ТМА,
Ташкент

Цель: выявление распространенности ожирения среди взрослого населения.

Материалы и методы: исследование проводилось в семейной поликлинике (СП) №37 г.Ташкента, среди лиц старше 35 лет. Осуществлялось определение индекса массы тела (ИМТ) по Кетле, абдоминального ожирения путем замера окружности талии, при показателях выше 102см у мужчин, и 88см у женщин. Всего обследовано 750 лиц (400 женщин, 350 мужчин).

Результаты: Лица с нормальной массой тела (ИМТ до 24.9) составили – 30.4 %, с избыточной массой тела (ИМТ 25.0-29.9) 48.5%. Пациенты с ожирением (ИМТ более 30) составили - 21.1%. Изучение распространенности избыточной массы тела в зависимости от пола показало незначительную разницу (48.6% у мужчин и 51.4% у женщин), ожирение же чаще встречалось у женщин – 74.7%. Избыточная масса тела и ожирение чаще встречаются у лиц в возрасте 45-65 лет. Опреде-

ление окружности талии является показателем наличия абдоминального ожирения и косвенно отражает инсулинорезистентность. Наши исследования показали, что среди мужчин г.Ташкента лиц с абдоминальным ожирением оказалось 24.3%, среди женщин – 35.3%.

Выводы: проведенное исследование показало высокую частоту избыточной массы тела и ожирения, а также абдоминального ожирения у лиц обоего пола. Своевременное выявление ожирения и других факторов метаболического синдрома позволит избежать развития сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета 2-го типа.

ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ВОЗРАСТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.

Абдуллаев А.Х., Сулейманова Э.Л.

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

Цель работы. Изучение вариабельности дислипидемий при МС в зависимости от возраста

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели обследовано 57 пациента с МС (30 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 30 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил $56,9 \pm 0,3$ года. Липидный спектр изучали на биохимическом анализаторе «Humalyaser 2000» (Германия).

Результаты. Таким образом в возрасте 30-39 (n=9) общий холестерин (мМоль/л) $33,3 \uparrow$; триглицериды (мМоль/л) 0; холестерин ЛПОНП (мМоль/л) 0; холестерин ЛПНП (мМоль/л) 0. В 40-49 (n=13) общий холестерин (мМоль/л) $69,2 \uparrow$; триглицериды (мМоль/л) $46,1 \uparrow$; холестерин ЛПОНП (мМоль/л) $53,8 \downarrow$; холестерин ЛПНП (мМоль/л) $69,2 \uparrow$. В возрасте 50-59 (n=16) общий холестерин (мМоль/л) $93,7 \uparrow$; триглицериды (мМоль/л) $81,2 \uparrow$; холестерин ЛПОНП (мМоль/л) $56,2 \downarrow$; холестерин ЛПНП (мМоль/л) $93,7 \uparrow$. В 60-69 (n=14) общий холестерин (мМоль/л) $78,5 \uparrow$; триглицериды (мМоль/л) $21,4 \uparrow$; холестерин ЛПОНП (мМоль/л) $92,8 \downarrow$; холестерин ЛПНП (мМоль/л) $92,8 \uparrow$. В возрасте 70 и старше (n=5) общий холестерин (мМоль/л) $40,0 \uparrow$; триглицериды (мМоль/л) $60,0 \uparrow$; холестерин ЛПОНП (мМоль/л) 0; холестерин ЛПНП (

мМоль/л) 40,0↑. Анализ общих тенденций к изменению липидного профиля у пациентов с МС показал, что нарастание доли лиц с гиперхолестеринемией и триглицеридемией приходится на возрастную группу 40-49 лет, и достигает максимального уровня у лиц 50-69 лет. При этом наблюдается прямая корреляционная зависимость снижения ХС ЛПОН с повышением уровня ХС ЛПНП ($r=0,685$). Обращает на себя внимание, что у лиц старше 70 лет нарушения липидного профиля определяются заметно реже ($p<0,05$), по сравнению с более молодыми пациентами. Наиболее часто у этих пациентов повышается уровень триглицеридов.

Выводы. Можно полагать, что дислипидемия развивается на более поздних стадиях МС. Гиперхолестеринемия является практически постоянным и ранним признаком МС в то время, когда дислипидемия обнаруживается только у трети пациентов после 40 лет.

НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВАЛЬСАРТАНА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II - ТИПА

Абдуллаев Н.А., Самиев У.Б., Хакимова Г.А.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд.

Цель работы: Целью нашего исследования явилось изучение в сравнительном аспекте влияния сочетания вальсартана и амлодипина и ингибиторов АПФ на функциональное состояние почек у больных артериальной гипертонией с и без СД II - типа.

Материалы и методы: Нами обследовано 84 больных (44 женщины, 40 мужчин), из них 51 больной с АГ без СД и 33 больных АГ с СД II-типа в возрасте от 37 до 79 лет, которым в качестве гипотензивного средства был назначен препарат ЭКСФОРЖ (вальсартан 40 мг + амлодипин 5мг). В качестве контрольных групп обследовано 20 больных АГ без СД и 20 больных АГ с СД II-типа, которые в комплексной терапии получали ингибиторы АПФ. У всех больных, кроме полного клинического обследования, определяли скорость клубочковой фильтрации, клиренс креатинина, проводили тщательный анализ мочи и сцинтиграфию почек. В исследование не включены больные с ХПН, тяжелой ХОБЛ, ОИМ, хронической и острой сердечной недостаточностью, тяжелыми органическими заболеваниями почек, печени, нервной системы, сердца.

Результаты: Предварительные результаты показали, что при сравнении действия препарата ЭКСФОРЖ и ингибиторов АПФ у больных АГ без СД II-типа отмечено более выраженное снижение артериального давления в группе больных, получивших ЭКСФОРЖ, чем в контрольной группе.

При этом достоверной разницы показателей СКФ и клиренса креатинина (КК) в сравниваемых группах не обнаружено.

В группе больных АГ с СД II-типа наряду с гипотензивным эффектом при сравнении данных СКФ и КК отмечена достоверная положительная динамика у больных, получивших ЭКСФОРЖ в сравнении с контрольной группой.

Выводы: Таким образом: при АГ без СД сочетанное применение вальсартана и амлодипина оказывало более выраженное гипотензивное действие, чем в контрольной группе, причём достоверной разницы в показателях СКФ и КК в обеих группах не отмечено.

В группе больных АГ с СД II-типа отмечено не только более выраженное снижение АД, но и достоверная положительная динамика СКФ и КК, которая и подтверждала улучшение функционального состояния почек, что является показанием для назначения препарата ЭКСФОРЖ у этой категории больных.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТРИМКАП ПРИ ОЖИРЕНИИ

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Абдуллаев А.Х., Мелкумова А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз
(РСНПМЦТиМР), Ташкент

Цель работы: изучение эффективности и переносимости растительного препарата тримкап у больных с ожирением.

Материал и методы: Под наблюдением находились больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и с сопутствующим ожирением II и III степени (n=40). Больные, принимавшие тримкап (Индия) по 3 капсулы два раза в день, в течение 10 дней и базисную терапию, составили основную группу (n=20). 20 больных принимали только базисную терапию, включающую антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы + гипополипидемическую диету. Больным проводили трехкратное измерение артериального давления, определение индекса массы тела (ИМТ), расчет отношения окружности талии (ОТ) к окружно-

сти бедер (ОБ), определение холестерина, триглицеридов, АЛТ, АСТ, билирубина, содержания глюкозы, общего анализа крови.

Результаты: У больных, принимавших тримкап, достоверно снижается масса тела на 2,1 кг, ОТ (от $115,1 \pm 1,83$ до $114,1 \pm 1,92$) и ОБ (с $121,8 \pm 2,46$ до $121,0 \pm 2,53$). У пациентов, находившихся только на базисной терапии, не наблюдалось изменений в массе тела, хотя имелась тенденция к незначительному уменьшению ОТ и ОБ. После лечения ИМТ пациентов основной группы имел тенденцию к снижению с 36,9 до 36,2. Этот же показатель больных контрольной группы оставался без изменений. Испытанный препарат тримкап на фоне базисной терапии не оказал негативного влияния на изученные показатели крови (общий анализ крови, сахар, ферменты, билирубин), а также на содержание холестерина и триглицеридов. Препарат переносился хорошо и побочных явлений не вызывал. Результаты исследований показали, что испытанный растительный препарат за короткий десятидневный срок приводит к достоверному снижению массы тела и таких объемных показателей, как ОТ и ОБ, что указывает о благоприятном влиянии его на избыточную массу тела. По-видимому, более длительное применение препарата может способствовать более выраженному снижению массы тела у пациентов с ожирением и избыточной массой тела.

Выводы: Выявлена положительная клиническая эффективность и переносимость препарат тримкап в качестве безопасного растительного средства для снижения массы тела у больных с ожирением.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА.

Аляви Б.А., Сабиржанова З.Т., Туляганова Д.К., Бабаев М.А., Якубов М.М., Турсунов Р.Р., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З.
РСНПМЦТ и МР, Ташкент.

Цель: провести сравнительный анализ клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных результатов исследований у пациентов с ИБС и МС

Материалы и методы: исследован 51 больной в возрасте от 35 до 73 лет (средний возраст составил $60,7 \pm 10,2$ лет). Группы были сопоставимы по полу, возрасту. Проводились биохимические анализы крови, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ

Результаты и обсуждение. По результатам СМ ЭКГ все больные разделены на 2 группы: у 1-й - группы исследования регистрировались

эпизоды депрессии ST ишемического генеза без типичных клинических проявлений; 2-ю с типичным болевым синдромом. В 1-ю группу вошли 20 (39%) больных, 2-ю группу составили 31 (61%) больных.

Показатели пациентов в исследованных группах.

	1-я группа	2-я группа	достоверность
ААД, мм.рт.ст.			
САД	158 ± 4,6	145 ± 5,3	
ДАД	104 ± 3,7	94 ± 6,7	
ИММЛЖ	148 ± 19,6	125 ± 22,4	0,006
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,8 ± 0,85	2,4 ± 0,62	0,04
ТГ, ммоль/л	1,9 ± 0,24	1,58 ± 0,28	0,04
ИМТ, кг/м ²	30,09 ± 4,34	28,27 ± 4,35	0,04
Стенокардия	-	20	0,0001
ИМ в анамнез	12	5	нд

Из таблицы видно, что у пациентов 1-й группы достоверно выше цифры АД и ИММЛЖ. Также нарушения липидного обмена, увеличение ХС ЛПНП и ТГ достоверно чаще наблюдались у больных БИМ и были выявлены у пациентов 1-й группы. Средние показатели ИМТ у больных с безболевым ишемией миокарда были достоверно выше. При этом ожирение III степени было выявлено только у больных с безболевым ишемией миокарда с частотой 5,3 %.

У 84,75% больных с безболевым ишемией миокарда было выявлено сочетание 2-х и более факторов риска.

Вывод: безболевым ишемия миокарда значительно чаще встречается у больных с метаболическим синдромом, имеющих факторы риска и ассоциированные клинические состояния.

**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ.**

Асадуллаев М.М., Шермухамедова Ф.К., Усмонов Б.М.
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Цель работы. Оценка эффективности препарата картан у больных с ишемическим инсультом на фоне метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 30 больных с ишемическим инсультом на фоне метаболического синдрома, из них 18 женщин и 12 мужчин, в возрасте от 48 до 72 лет (средний

возраст 64.6 ± 2.74), 20 из которых в составе базисной терапии получали препарат картан в дозировке 10 мл в сутки внутривенно- капельно на 200 мл физ. раствора. У всех больных был собран анамнез, было проведено исследование неврологического статуса, для уточнения локализации и размера очага ишемии было проведено МРТ- исследования в режимах T1 и T2 . В исследовании использовались шкалы NIHSS, индекс Бартеля, шкала комы Глазго и Рэнкина. Согласно клиническим исследованиям средний балл по соответствующим шкалам составил: по шкале Глазго- 14.56 ± 0.20 , NIHSS- 11.5 ± 1.42 , Рэнкина- 3.38 ± 0.22 , Бартеля- 21.88 ± 3.02 . Для объективизации состояния применяли шкалу Mini-mental State Examination (MMSE), предназначенную для исследования психического статуса и когнитивной продуктивности больного, в том числе состояния таких функций, как общее ориентирование, память, счетные операции, перцептивно-гностические функции. Для оценки внимания использовали таблицу Шульте. Психодиагностическое исследование проводили дважды: до лечения и, после лечения.

Результаты проведенного лечения показали, что положительная динамика наблюдалась в обеих группах, однако уровень восстановления был значимо выше в группе больных, получавших картан. Значимые различия результатов лечения больных при применении картана и базисной терапии наиболее наглядно отражались в показателях динамики шкалы инсульта NIHSS (8.3 ± 1.27) и социальной адаптации по Бартелю (45.3 ± 2.56), а так же в данных нейропсихологического тестирования по шкале MMSE (21.2 ± 1.34).

Вывод. Проведенные исследование свидетельствует о достоверном позитивном влиянии картана, как на динамику неврологической недостаточности, так и на функциональные восстановление больных с ишемическим инсультом на фоне метаболического синдрома.

СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Халимов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Целью настоящей работы явилось изучение показателей качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от наличия компонентов метаболического синдрома

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных, в возрасте от 40 до 65 лет, с постинфарктным кардиосклерозом с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 10 лет, с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функциональным классом (ФК) по NYHA. Все больные были разделены в зависимости наличия компонентов метаболического синдрома (МС) на 2 группы: 1 группа - 23 больных с ХСН II-III ФК с наличием менее 3-х компонентов МС; 2 группа - 19 больных с наличием более 3-х компонентов МС. При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (>94 см для мужчин); уровень ТГ ($>1,7$ ммоль/л); уровень ХСЛВП ($<1,03$ для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак ($>5,6$ ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2го типа. Всем больным проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) - определение расстояния, которое пациент после предварительного ознакомления с условиями теста может пройти за 6 минут. Оценку качества жизни (КЖ) больных проводили с помощью Миннесотского опросника, предложенного в 1985 году T.Rector и J.Cohn, функциональные возможности больного определяли по опроснику DASI (The Duke Activity Status Index) и оценку выраженности симптомов сердечной недостаточности – по опроснику «Quality of Life Index» модифицированному Гендлин Г.Е. и Самсоновым Е.В. (2000г.).

Результаты исследования. По результатам ТШХ показатели в 1-й группе больных с ХСН ФК II составили $377,5 \pm 18,1$ метров; во 2-й группе – $345,2 \pm 12,4$ метров ($p \geq 0,05$) соответственно. У больных с ХСН ФК III 1-й группы показатели ТШХ составили $237,3 \pm 21,4$ метров. Показатели ТШХ у больных 2-й группы с ХСН ФК III составили $215,4 \pm 14,6$ ($p \geq 0,05$) метров. Показатели КЖ по Миннесотскому опроснику (сумма баллов) составили в 1-й группе больных с ХСН ФК II- $37,2 \pm 0,5$; ХСН ФК III – $46,5 \pm 0,4$; во 2-й группе больных с ХСН ФК II составил $34,6 \pm 0,4$; ХСН ФК III - $45,1 \pm 0,3$ ($p \geq 0,05$). Выраженность симптомов ХСН составили: в 1-й группе больных с ХСН ФК II- $13,2 \pm 0,3$; ХСН ФК III – $16,5 \pm 0,4$; во 2-й группе больных с ХСН ФК II $12,5 \pm 0,3$; с ХСН ФК III $15,3 \pm 0,3$ ($p \geq 0,05$). Индекс активности больных составил: в 1-й группе больных с ХСН ФК II- $9,5 \pm 0,5$; ХСН ФК III – $7,8 \pm 0,4$; во 2-й группе больных с ХСН ФК II $8,7 \pm 0,3$; с ХСН ФК III $7,2 \pm 0,3$ ($p \geq 0,05$).

Таким образом, МС отягощает течение ХСН, ухудшая КЖ и ФР больных. Свидетельством значимости МС в характере клинических проявлений ХСН является установленная зависимость выявленных нарушений от выраженности МС.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бармашева А.А., Мусаева Р.С., Орехова Л.Ю.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Изучение стоматологического статуса и сравнение состояния и особенностей тканевого кровотока в тканях пародонта у больных с различным числом компонентов метаболического синдрома (МС) по данным функциональных методов исследования.

Материалы и методы. Обследовано 13 женщин и 25 мужчин в возрасте 34-64 года с метаболическим синдромом, диагностированным с учетом данных клинико-лабораторного обследования на основании Рекомендаций Международной Федерации Диабета, 2005 г. В зависимости от количества компонентов МС больных разделили на две группы. Первую группу составили 18 человек как минимум с тремя факторами МС, вторую группу – 20 человек с двумя факторами МС. Проведено комплексное стоматологическое обследование больных с МС, включившее определение гигиенических и пародонтологических индексов, ортопантомографию, ультразвуковую доплерографию микрососудов пародонта. Тканевой кровотоки исследовали с помощью ультразвукового прибора «Минимакс-Допплер-К», используя датчик частотой 25 мГц. Для определения функционального состояния микрососудов пародонта выполняли функциональную пробу по непрямому действию холода. Статистическую обработку результатов проводили по стандартной методике с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Хронический генерализованный пародонтит средней степени диагностирован у 44% больных 1 группы и 75% обследованных 2 группы. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени выявлен в 1 группе в 56% случаев, во 2 группе – в 25% случаев. У всех больных МС была неудовлетворительная гигиена полости рта: значения индексов гигиены Федорова-Володкиной и Грин-Вермиллион были выше 2,5 баллов. Индекс гигиены Грин-Вермиллиона был достоверно выше в 1 группе ($3,7 \pm 0,8$ против $2,8 \pm 0,8$, при $p < 0,05$). Значения индекса кровоточивости Мюллераман в группах обследования не различались ($2,0 \pm 0,9$ против $1,7 \pm 0,8$). Глубина пародонтальных карманов была достоверно больше у больных 1 группы ($7,2 \pm 1,9$ против $5,6 \pm 0,9$, при $p < 0,05$). Линейная скорость кровотока в сосудах пародонта больных 1

группы была на 26% ниже, чем у больных 2 группы ($0,184 \pm 0,064$ мм/с против $0,248 \pm 0,053$ мм/с, при $p < 0,05$). Объемная скорость кровотока в сосудах пародонта больных 1 группы была на 35% ниже, чем у больных 2 группы ($0,0771 \pm 0,0233$ мм³/с против $0,1184 \pm 0,0245$ мм³/с, при $p < 0,05$). У больных 1 группы в 100% случаев выявлен атипичный тип реакции сосудов пародонта на холодовую пробу. У больных 2 группы в 69% случаев наблюдался атипичный тип реакции сосудов пародонта на холодовую пробу, в 31% случаев – ослабленный тип реакции сосудов пародонта.

Выводы. Для больных с МС характерно развитие воспалительных форм поражения тканей пародонта с выраженной деструкцией костной ткани межальвеолярных перегородок. С увеличением числа компонентов МС нарастают степень деструкции и признаки нарушения тканевого кровотока в тканях пародонта. Больным, имеющим хотя бы два компонента МС, необходимо рекомендовать комплексное стоматологическое обследование и диспансерное наблюдение у пародонтолога.

ОБМЕН ГОМОЦИСТЕИНА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Борзова Н.С., Азимова М.И., Ша-Ахмедова Л.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Клинические и эпидемиологические исследования связи гипергомоцистеинемии с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволили установить, что наличие гипергомоцистеинемии повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий независимо от традиционных факторов риска.

Гипергомоцистеинемия - изменяемый фактор риска тромбозов в связи с тем, что она развивается при дефиците витаминов В₁₂, В₆, фолиевой кислоты. Эти витамины являются коферментами ферментов транссульфирования и метилирования - метионинсинтетаза, цистатион-γ-лиаза и цистатионин-β-синтаза, участвующих в превращениях аминокислот метионина и цистеина, из которых образуется гомоцистеин.

Повышение концентрации гомоцистеина в плазме крови оказывает повреждающее действие как на стенку сосудов, так и на систему свертывания крови, так как гомоцистеин оказывает токсическое действие на эндотелий сосудов, усиливает адгезию тромбоцитов, воздействует на плазменные факторы свертывания (Ф.V, Ф.XII).

Контроль содержания гомоцистеина показан для пациентов, страдающих сахарным диабетом. Как инсулинзависимый, так и инсулинне-

зависимый сахарный диабет является признанным фактором риска развития патологии сосудистой системы. Уровень гомоцистеина у больных сахарным диабетом зависит от типа диабета, состояния функции почек (гомоцистеин выводится с мочой), обмена витаминов. Предполагается, что одной из причин гипергомоцистеинемии при сахарном диабете является гипергликемия, которая способствует потере организмом витаминов группы В.

Нефропатия, развивающаяся при сахарном диабете и приводящая к нарушению функции почек, усиливает гипергомоцистеинемия, которая вызывает оксидативный стресс (дисфункция и усиление пролиферации эндотелия и гладкомышечных клеток). Сочетание сахарного диабета и гипергомоцистеинемии учащает сосудистые осложнения. В настоящее время определение гомоцистеина стало доступным в связи с внедрением ИФА метода, поэтому его нужно взять на вооружение практическим врачам как одного из предикторов развития тромбозов.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкова Л.П., Насиров Ш.Н., Бакиева М.А., Вахидова С.Б.,
Курбанова Ф.Р., Шакиров А. Ф.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: изучение влияния небиволола на течение АГ, уровни липидного и углеводного обменов.

Материалы и методы. Для оценки эффективности небиволола было проведено исследование, в которое вошли 30 пациентов с АГ и МС от 46 до 59 лет (средний возраст $52,25 \pm 3,86$ лет). Программа обследования включала клиническое и лабораторное обследование. Избыточная масса тела определялась как индекс массы тела (ИМТ) от 25 до $29,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение как $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$. Абдоминальное ожирение определялось при объеме талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин в соответствии с критериями диагностики МС. Определялись показатели углеводного и липидного обменов – общий холестерин (ОХС), ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкоза натощак.

У всех пациентов имелась абдоминальное ожирение, АГ I-II ст.(среднее АД – $163,7 \pm 7,8$ мм.рт.ст.). У 22 больных отмечалась нарушенная толерантность к углеводам (НТУ) – уровень глюкозы натощак $6,2 \pm 0,34$ ммоль/л (при норме более 5,6 ммоль/л), у 18 больных повышен уровень общего холестерина $6,04 \pm 1,14$ ммоль/л (при норме $< 5,2$ ммоль/л), ЛПНП – $4,1 \pm 0,36$ ммоль/л (норма- до 3 ммоль/л), ТГ –

2,44±1,09 ммоль/л (при норме – 1,7 ммоль/л).

Больным назначался небивалол в дозе 5 мг/с. Наблюдение проводилось в течение 2 месяцев. Кроме того, больным была рекомендована гипокалорийная диета. После 8 недель было проведено повторное обследование пациентов. За период наблюдения отмечено достоверное снижение АД у 85% больных. Общий холестерин – 5,7± 1,3 ммоль/л, ЛПНП – 4,02±1,03, ЛПВП- 1,58± 0,29, триглицериды 1,89± 0.95, глюкоза натощак 5,4 ± 0,67 ммоль/л.

Результаты. Показано достоверное снижение АД. Некоторое снижение уровня ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, а также глюкозы натощак было статистически не значимо.

Выводы. Таким образом, Небивалол не повышает коэффициент атерогенности, как это отмечается при приеме других бета- адреноблокаторов, что можно объяснить его очень высокой селективностью к бета адренорецепторам. За счет NO релаксирующего эффекта небивалол достоверно снижает уровень АД и не ухудшает показатели углеводного обмена, в связи с чем может быть рекомендован для лечения АГ у больных с МС.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ КАРТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н, Секисова М.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы. Изучить особенности функционального состояния микроциркуляции (МЦ) у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД) и оценить их патогенетическое значение.

Материал и методы. В исследование включены 73 больных АГ I-II степени в возрасте 37-65, лет обоего пола, из которых были сформированы 2 группы. В 1 группу (n=27) вошли пациенты без СД и ожирения. 2 группу (n=46) составили больные с сопутствующим СД и признаками метаболического синдрома по критериям национального института здоровья США - АТР III. Группу контроля (ГК; n=27) составили практически здоровые лица. МЦ кожи левого предплечья исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Оценивали следующие показатели: интегральный показатель тканевой гемоперфу-

зии (ПМ), среднеквадратичное отклонение колебаний перфузии (СКО). В ходе амплитудно-частотного анализа оценивали параметры, отражающие эндотелиальную, нейрогенную, миогенную активность микрососудов (МС), выраженность пульсового кровенаполнения МС русла и венозный отток. Определялись также величина миогенного тонуса (МТ), показатель шунтирования (ПШ) и резерв капиллярного кровотока (РКК).

Результаты. У больных 1 группы выявлен достоверно более высокий показатель МТ по сравнению с ГК ($2,7 \pm 0,2$ ед против $2,3 \pm 0,1$ ед). Объем тканевой гемоперфузии в условиях констрикции МС отчасти компенсировался интенсификацией пульсового кровенаполнения и респираторного фактора, то есть пассивных механизмов регуляции микрокровотока. У пациентов 1 группы выявлено также снижение РКК на 16,7%, что свидетельствует о эндотелиальной дисфункции. В целом МЦ у больных АГ характеризовалась преобладанием спастических реакций и функциональным разрешением МС русла. Во 2 группе больных обнаружены более грубые изменения МЦ картины, характеризующиеся достоверным снижением амплитуды колебаний кровотока в эндотелиальном и миогенном спектрах на 23,5% и 31,2% по сравнению с пациентами 1 группы. Увеличение показателя МТ на 34,6% указывает на выраженный спазм прекапилляров, а возрастание ПШ на 41,3% свидетельствует о преобладании непродуктивной МЦ, в обход капиллярному руслу. Кроме того, установлено еще большее снижение РКК – на 23% по сравнению с пациентами 1 группы, что указывает на выраженную депрессию эндотелиальной функции, уменьшение плотности МС, грубые нарушения реологических свойств крови.

Выводы. Таким образом, длительное патогенное воздействие гипергликемии и факторов метаболического синдрома приводит к выраженным морфофункциональным нарушениям МЦ, что может являться мощным фактором развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Гапон Л.И., Петелина Т.И., Авдеева К.С., Вдовенко С.В.,
Третьякова Н.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучить особенности суточного профиля АД, структурно-функционального состояния сосудистой стенки, биохимических параметров крови и их взаимосвязь с метаболическими нарушениями у больных артериальной гипертонией с абдоминальным ожирением (АО) и дислипидемией (ДЛ).

Материалы и методы. Включены 108 пациентов, выделены 2 группы: I гр. (основная) - 70 пациентов, средний возраст $44,81 \pm 0,95$ года, больные АГ I-III степени с АО и ДЛ; II гр. (гр. сравнения) – 38 пациентов, средний возраст $44,39 \pm 1,60$ года, больные АГ I-III степени без метаболических нарушений. Оценивались параметры: суточного мониторинга АД с помощью прибора ABMP - 04 фирмы MEDITEX, Венгрия; сфигмографии по данным VASERA VS-1000 «FUCUDA» Denshi, Япония; доплерографии бедренных артерий на аппарате GE – ViVid 3; ViVid 4; ультразвуковой доплерографии церебральных сосудов на аппарате Сономед - 300» (Москва); потокзависимой вазодилатация плечевой артерии (ПЗВД) по D.Celemaier и соавт. на аппарате Caris Plus "Esaote", Италия; окислительного метаболизма в сыворотке крови (диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид МДА), каталаза (Кат)); эндотелиальной дисфункции - уровень эндотелина и нитритов; уровня ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ на анализаторе "Eos-Bravo".

Результаты. Выявлено достоверное повышение среднесуточного (сут.) и среднедневного (дн.) систолического АД (САД), нагрузки «гипертоническими величинами» - индекс времени и площади (ИВСАД дн.; ИП САД сут., ИП ДАД дн.), вариабельности САД и ДАД за счет ночных показателей в I гр. по сравнению со II гр. ($p < 0,01$). Зарегистрировано достоверное превышение параметров сердечно-лодыжечного сосудистого индекса L-SAVI ($8,36 \pm 0,86$ и $7,41 \pm 1,37$, $p = 0,006$), тенденция к снижению параметров ПЗВД ($4,65 \pm 2,44$ и $6,92 \pm 3,69\%$, соответственно), повышению КИМ ОСА справа ($0,87 \pm 0,05$ и $0,82 \pm 0,13$ мм),

уменьшению диаметра правой ОБА в систолу и диастолу ($7,94 \pm 0,98$ и $8,21 \pm 0,68$ мм., $6,73 \pm 0,94$ и $7,084 \pm 1,52$ мм, соответственно) и снижение индекса цереброваскулярной реактивности ИЦВР у больных Игр. Показатели окислительного стресса и липидов в Игр. больных: достоверно выше уровень МДА ($p=0,34$), триглицеридов ($2,8 \pm 0,78$ и $1,22 \pm 0,12$; $p=0,045$) и ниже уровень каталазы ($p=0,16$), ХС ЛПВП ($1,18 \pm 0,22$ и $1,33 \pm 0,44$; $p=0,29$), при уровне общего ХС ($7,4 \pm 1,28$ и $5,4 \pm 1,05$; $p=0,034$), соответственно. Выявлены множественные корреляционные взаимосвязи ИЦВР с САД, ДАД, ИВ САД дн., ВСАД (r от $-0,495$ до $-0,619$, $p < 0,05$); ХС ЛПНП с ВСАД сут. ($r=-0,345$, $p=0,034$); L-PWV с уровнем нитритов в плазме ($r=-0,338$, $p=0,043$); ИА с диаметром ОБА ($r=0,438$, $p=0,04$); L-PWV с ИА ($r=0,578$, $p=0,001$) и уровнем эндотелина ($r=0,348$, $p=0,043$); L-SAVI с САД сут. ИВ САД сут., ИВ, ИП ДАД сут (r от $0,391$ до $0,447$, $p=0,015$ до $0,00$) и др.

Выводы: У больных АГ с метаболическими нарушениями по сравнению с группой АГ выявлены достоверные различия в показателях суточного профиля АД, в характеристике структурно-функциональных свойств артерий (повышение жесткости сосудистой стенки магистральных артерий и снижение ИЦВР мозговых артерий) и в биохимических показателях плазмы крови (повышение атерогенных фракций липидов, повышение процессов перекисного окисления липидов). Зарегистрированы многочисленные корреляционные взаимосвязи изучаемых показателей.

КОРРЕКЦИЯ ЛЕПТИНЕМИИ И ГИПЕРУРИКЕМИИ МЕТОДОМ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ У ЛИЦ С ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЯМИ

Гирина Л.В., Лебедева Е.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», г. Оренбург, Россия

Цель работы. Изучение эффективности метода адаптации к периодической гипобарической гипоксии (АПГГ) у лиц с дислипопротеинемиями (ДЛП).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 пациента с установленной ДЛП, которым проводился курс АПГГ, состоящий из 22 трехчасовых ежедневных сеансов, проводимых в барокамере пониженного давления «Урал-1». Первые сеансы проводились с постепенным увеличением высоты, начиная с 1000 м и далее, прибавляя

ежедневно по 500 м до достижения максимальной высоты (3500 м). Скорость «подъема» и «спуска» составляла 2-3 м/с. В сыворотке крови определяли общий холестерол (ОХС), триацилглицерины (ТГ), холестерол липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), ферментативным способом на автоматическом биохимическом анализаторе «Cobas integra 400 plus» (Швейцария-Германия). Содержание апоА-I, апоВ, апоС-III и апоЕ определяли по реакции преципитации со специфической антисывороткой турбодиметрическим методом. Уровень лептина определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора фирмы DRG (США) Концентрацию мочевой кислоты определяли ферментативным колориметрическим методом с помощью диагностического набора фирмы «Вектор-Бест».

Результаты. О выраженности ДЛП судили по содержанию в сыворотке крови основных липидов. Отмечено, что у лиц с ДЛП наблюдается повышение апоВ, апоЕ и апо-СIII на фоне снижения апоАI, а также тенденция к повышению МК в крови на фоне гиперлептинемии. При этом обнаружена прямая корреляция между уровнем МК и ТГ ($r = 0,5$; $p < 0,05$), и обратная зависимость с аполипротеинами А и Е. Установлено, что курс АПБГ сопровождался положительной динамикой показателей липидного обмена как в опытной, так и в контрольной группах. Наблюдалось снижение содержания ТГ, ХС ЛОНП и ХС ЛНП с одновременным возрастанием ХС ЛВП что подтверждает доказанный ранее антиатерогенный эффект АПГГ. После проведения курса АПГГ содержание МК снизилось на 18%, что коррелировало с понижением уровня лептина на 20%.

Выводы. Таким образом, курс АПГГ не только нормализует липидный обмен, но и уменьшает выраженность проатерогенных факторов – гиперлептинемии и гиперурикемии, что позволяет его рекомендовать для лечения лиц с метаболическим синдромом.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.

Даминов Б.Т., Абдуллаев Ш.С., Скосырева О.В., Рахимбаева Н.М
Ташкентская медицинская академия

Цель работы. Изучить ремоделирование миокарда левого желудочка у пациентов с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов с ХБП III ста-

дии (по NKF K/DOQI, 2002) диабетической этиологии и артериальной гипертензией. Средний возраст больных составил $47,6 \pm 5$ лет. Исходное среднее систолическое артериальное давление (САД) составило $159,3 \pm 12,5$ мм рт. ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) – $95,1 \pm 7,3$ мм рт. ст. Скорость клубочковой фильтрации, рассчитана по формуле MDRD составила $38,4 \pm 11,3$ мл/мин/1,73 м².

Структурно-функциональное состояние миокарда изучали с помощью эхокардиографии: толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), ММЛЖ и ИММЛЖ. Гипертрофия миокарда ЛЖ диагностировалась при значениях ИММЛЖ равных или превышающих нормальные показатели (N): 135 г/м² для мужчин и 110 г/м² для женщин. По показателям относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСЛЖ) и ИММЛЖ оценивали геометрическую модель сердца: при ИММЛЖ < N и ОТСЛЖ < 0,45 констатировалась нормальная геометрия ЛЖ; при ИММЛЖ > N и ОТСЛЖ < 0,45 – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ; при ИММЛЖ > N и ОТСЛЖ > 0,45 – концентрическая гипертрофия ЛЖ; при ИММЛЖ < N и ОТСЛЖ > 0,45 – концентрическое ремоделирование ЛЖ. Результаты исследования обработаны статистически с использованием t критерия Стьюдента для парных и непарных переменных.

Результаты. При изучении типов ремоделирования миокарда по классификации Европейского общества кардиологов (2004), у обследованных пациентов обнаружены концентрическая гипертрофия, эксцентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование ЛЖ. При этом 25 пациентов имели концентрическую гипертрофию миокарда ЛЖ, у 7 больных наблюдалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, тогда как у 5 больных - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Показатели толщины МЖП составили в среднем $13,1 \pm 1,22$ мм, толщины ЗСЛЖ – $12,5 \pm 1,64$ мм, ММЛЖ – $243,3 \pm 36,6$ гр, ИММЛЖ – $152,3 \pm 29,1$ г/м² соответственно.

Выводы. Таким образом, как показали результаты нашего исследования, все больные с диабетической нефропатией и АГ имели гипертрофию ЛЖ, при этом у подавляющего большинства пациентов (25) диагностирован концентрический тип гипертрофии миокарда ЛЖ.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ

Даминова Л.Т., Мавлянов И.Р., Акмалова Э.М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент.

Цель работы. Сравнительная оценка влияния на суточный ритм артериального давления (АД) препаратов амлодипина Короним и Норваск у больных с мягкой и умеренной АГ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 102 больных с гипертонической болезнью II стадия АГ II степени, в возрасте от 40 до 65 лет. Диагноз ставился на основании рекомендаций ESH/ESC (2007), ВНОК (2010) и национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ. Среди обследованных больных было женщин 55 и 47 мужчин, что составило 54% и 46 % всех обследованных. В зависимости от принимаемого гипотензивного лекарственного препарата больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=53) - больные, получавшие препарат Короним (амлодипин 5 мг) производства «NOBEL PHARMSANOAT» РУз по 1 таб. в течении 6 недель; 2 группа (n=49) - больные, получавшие препарата Норваск (амлодипин 5 мг) производства «ПФАЙЗЕР Эйч Си Пи Корпорейшн», по 1 таб. в течении 6 недель.

Всем больным в первый день наблюдения и после 6 недельной терапии препаратами амлодипина проводилось 24-часовое мониторирование АД. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили аппаратом «Cardio Soft». Определяли: средние значения систолического, диастолического АД за сутки, дневные и ночные часы (ср.сут. САД, ср.сут. ДАД, ср.дн. САД, ср.дн. ДАД, ср.н.САД, ср.н.ДАД); Суточный ритм рассчитывали по степени ночного снижения АД (СНСАД). По уровню степени ночного снижения (СНС) АД определяли суточный ритм АД. Оптимальным считали СНС от 10 до 22% по отношению к дневному. На основании данных СНС больные были разделены на: «дипперы» ($10\% < СНС < 22\%$), «нон-дипперы» ($0 < СНС < 10\%$), «овер-дипперы» ($СНС > 22\%$), «найт-пикеры» ($СНС < 0$).

Результаты. До лечения у пациентов нормальный двухфазный ритм АД (*dippers*) имелся у 30 (56,6%) больных 1 группы и, у 25 (51%) - во 2-ой, *non-dippers* в обеих группах было по 21 пациентов, что составило 39,6% и 42,8%, соответственно. Чрезмерное снижение АД (*over-dippers*) в 1 группе наблюдалось у 2 больных (3,7%) и во 2-ой группе у 2 (4,8%) больных, а также парадоксально высокие значения АД в ночные часы (*night-peakers*). наблюдалось у 1 больного во 2-й группе. К 6

неделе лечения Коронимом доля пациентов с нормальным суточным ритмом АД возросла до 73,5% (на 16,5%) за счет нормализации суточного профиля у 7 больных *non-dippers* и 2 больных *over-dippers*. Во 2-ой группе больных, принимавших Норваск, нормальный двухфазный ритм регистрировался в 61,2% за счет нормализации суточного профиля у 5 больных *non-dippers*

Следует отметить, на фоне применения Норваск наблюдалось смещение суточного профиля *night-peakers* (1 больной) в сторону *non-dippers*, однако нормализация суточного профиля среди *over-dippers* не наблюдалось.

Выводы. Следовательно, препараты амлодипина способствуют восстановлению нормального двухфазного ритма артериального давления в основном у пациентов “*non-dippers*”. Генерический препарат Короним по данному фармакодинамическому эффекту более эффективен у больных *non-dippers*, и *over-dippers*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

Исмаилов С.И.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Эндокринологии, Ташкент

По данным ВОЗ на 2003 год 1,7 млрд. человек в мире имеют избыточную массу тела (ИМТ) или ожирение. Ежегодно в мире от заболеваний, связанных с ожирением умирает 2,5 млн. человек.

Ожирение – фактор риска нарушения толерантности к глюкозе, Сахарного диабета типа 2 (СД-2), артериальной гипертензии (АГ), гиперлипидемии, сердечно – сосудистой недостаточности, репродуктивной дисфункции, онкологических заболеваний, синдрома апноэ, заболеваний опорно – двигательного аппарата, желчекаменной болезни и др. Ожирение относится к основным компонентам метаболического синдрома (МС).

Причины ожирения: генетически запрограммированный «бережливый генотип», малоподвижный образ жизни, гиподинамия, накопление внутреннего жира, хронические стрессы, курение, особенности пищевого поведения со смещением интереса к еде с высоким содержанием жиров и легкоусвояемых углеводов, обильное питание в вечернее и ночное время, активное продвижение на рынке высококалорийных продуктов.

низкий социально-экономический статус семей.

Диагностика ожирения и избыточной массы тела:

Абдоминальное ожирение (АО) - окружность талии: ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин. Избыточная масса тела определяется по индексу Кетле: дефицит веса < 17 кг/м², нормальный вес 18 – 24 кг/м², избыточный вес 25 – 30 кг/м², ожирение 1 ст. 31 – 35 кг/м², ожирение 2 ст. 36 – 40 кг/м², ожирение 3 ст. > 40 кг/м².

Различают ожирение по типам «груша» и «яблоко». Распределение жировой ткани по типу «яблоко» - увеличение внутренней жировой ткани – в верхней части брюшной области и область живота, обычно встречается у мужчин. При этом, соотношение талия/бедря высокое. Распределение жировой ткани по типу «груши» - увеличение подкожной жировой ткани в нижней части брюшной и бедренно-ягодичной области, обычно у женщин. Соотношение талия/бедря низкое.

Лечение. В терапии ожирения можно выделить 2 основных этапа: потеря массы тела и поддержание достигнутого эффекта. Для этого применяют немедикаментозные методы (здоровый образ жизни, низкокалорийная диета, повышение физической активности) и лекарственные препараты (орлистат, метформин).

Изменение пищевого поведения с повышением физической активности – краеугольный камень в лечении ожирения. С этой целью в школе похудения предусмотрено ознакомление с так называемым "пищевой пирамидой": продукты без ограничения употребления (нежирные сорта мяса, рыбы) – дают ощущение чувства насыщения; ягоды, чай с сахарозаменителями – удовлетворяют потребность в сладком; зеленые овощи – создают ощущение наполнения желудка. Рацион питания обогащается продуктами с липолитическими свойствами (огурцы, ананасы, лимоны). Физическая активность способствует: умеренному повышению энергозатрат, изменению энергетического баланса.

Особое значение приобретает пример единодушного отказа всей семьи от некоторых семейных традиций (к примеру, от обильного позднего ужина). Всем членам семьи рекомендуется неукоснительно придерживаться единого диетического режима, позиция "двойных" стандартов неприемлема.

В первый год лечения целесообразно снижение массы тела в пределах 20%. Окончательной целью терапии является достижение массы тела, превышающей "идеальную" не менее чем на 10%, но не более чем на 19%.

По данным исследования XENDOS, изучавшего влияние длительного (4 года) применения Ксеникала на динамику массы тела, было по-

казано, что, наряду с достоверным снижением массы тела, происходит также нормализация ряда метаболических показателей. Так в группе пациентов принимавших плацебо в сочетании с изменением образа жизни через 208 недель наблюдения среднее снижение массы тела составило 4,1 кг, тогда как в группе пациентов, принимавших Ксеникал наряду с изменением образа жизни, снижение веса было достоверно большим – 6,9 кг. При этом, в группе пациентов, получавших Ксеникал наряду с изменением образа жизни, % больных, достигших снижения веса тела более 10 кг был достоверно выше, чем среди пациентов, принимавших плацебо с изменением образа жизни как в 1й, так и на 4й год проведения исследования. В группе пациентов, получавших Ксеникал, достигнуто достоверно большее уменьшение окружности талии по сравнению с группой плацебо как на 1й, так и на 4й год наблюдения.

На фоне приёма Ксеникала, наряду со снижением веса наблюдалось также достоверное снижение холестерина ЛПНП, систолического и диастолического артериального давления. Вместе с тем, к 208 неделе исследования в группе пациентов, принимавших Ксеникал, получено достоверное снижение риска развития СД 2 типа на 39% по сравнению с группой плацебо.

Таким образом, применение Ксеникала в сочетании с изменением образа жизни эффективнее, чем только изменение образа жизни влияет на снижение массы тела и ее удержанию. Вместе с тем, является наиболее эффективной стратегией профилактики СД типа 2 и приводит к стойкому уменьшению сердечно-сосудистых факторов риска. Длительное применение Ксеникала хорошо переносится и имеет хороший профиль безопасности.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: АНТИТРОМБОГЕННАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Кадомцева Л.В., Поликарпова Н.В., Джаббарова А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Целью работы: Изучение антитромбогенной активности сосудистой стенки и липидного метаболизма при метаболическом синдроме.

Материалы и методы: Обследовано 45 больных сахарным диабетом II типа в сочетании с ИБС - стенокардией II, III функционального класса и мягкой артериальной гипертензией. У всех больных отмечалось ожирение различной степени выраженности. Возраст обследованных -

от 40 до 50 лет.

В качестве клинического маркера атеросклеротического процесса служило развитие в анамнезе трансмурального инфаркта миокарда. У 39 человек наблюдалась ретинопатия I-II стадии, микроангиопатия сосудов нижних конечностей, начальные признаки нефроангиопатии. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц сопоставимого возраста, с нормальной массой тела, без сахарного диабета и ИБС в семейном анамнезе.

Результаты исследования: Согласно полученным результатам были выявлены значительные нарушения в системе гемостаза у данных больных при проведении манжеточной пробы у них, в отличие от здоровых лиц, не отмечается понижения агрегационной активности тромбоцитов, отмечается повышение скорости и степени агрегации, увеличение времени агрегации, снижение степени дезагрегации. Это связано с отсутствием выброса из эндотелия стенки сосудов простациклина, антикоагулянтов и активаторов фибринолиза.

На фоне высокой активности тромбоцитов отмечается снижение активности активаторов плазминогена, переводящего неактивный плазмин в активный, а также низкий уровень антитромбина-III, который вероятно расходуется на предотвращение перехода протромбина в тромбин.

Анализируя показатели свёртывающей системы крови у данных пациентов, мы получили следующие результаты: время свёртывания мало отличается от контрольной группы лиц. В тоже время у обследуемой группы больных, протромбиновое время достоверно укорочено по сравнению с контролем, что говорит об активации внешнего пути свёртывания крови и указывает на повреждение сосудистой стенки.

Таким образом, у обследованных больных нарушается весь комплекс функциональной активности эндотелиальных клеток стенки сосуда: снижается выработка простациклина, антитромбина-III, активаторов плазминогена. Параллельно с этим, наблюдается депрессия фибринолитической системы, активация ингибиторов фибринолиза - антиплазминов и процессов свертывания крови. Отмечено, что у лиц с гипертриглицеридемией снижается утилизация глюкозы, усиливается секреция инсулина. В результате чего стимулируется синтез триглицеридов, входящих в состав липопротеидов очень низкой плотности.

Выводы: Результаты наших исследований согласуются с литературными данными: при метаболическом синдроме часто встречается IIb и IV тип дислипидемии по Фридериксону, т.е. с наибольшим содержанием триглицеридов. Резюмируя полученные данные, можно сделать

вывод, что изменения антитромбогенной активности стенки сосудов и липидного спектра взаимосвязаны: гиперинсулинемия, гипергликемия и гипертриглицеридемия, повреждают эндотелий сосудистой стенки, способствуя тем самым адгезии, агрегации тромбоцитов и отложению фибрина.

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Азимова Г.Ш., Наседкина М.М.
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) представляет собой инсулинорезистентное метаболически опосредованное заболевание печени и составляет печеночный компонент метаболического синдрома.

Целью исследования: оценка состояния микробиоценоза толстого кишечника у больных НАЖБП.

Материал и методы: Обследовано 20 больных с диагнозом НАЖБП, из них 8 – со стеатогепатозом (СГ) и 12 – неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Возраст от 18 до 53 лет, средний возраст $34,5 \pm 0,06$ года, из них 8 (40 %) мужчин и 12 (60 %) женщин. Проводились клинические и бактериологические исследования.

Результаты: Нарушения кишечного микробиоценоза (за исключением 4 степени) выявлялись у всех обследованных больных НАЖБП. При этом дисбактериоз 1 степени диагностировался у 3 (15%) больных, 2 степени у 8 (40%) пациентов, 3 степени у 2 (10%) человек. Независимо от степени дисбактериоза наблюдался более или менее выраженный дефицит бифидо- и лактобактерий, наличие которых является непременным условием правильной работы кишечника. Так, дефицит бифидобактерий наблюдался у 7 (35%) пациентов, а лактобактерий у 9 (45%). Проведенный корреляционный анализ по Пирсону выявил положительную зависимость между повышением уровня АЛАТ в сыворотке крови (выше 2N) количеством бактериодов в составе кишечной флоры ($r = 0,7$). Также было выявлено отрицательная корреляционная зависимость между повышением уровня АЛАТ и снижением количества лакто- ($r = -0,6$) и бифидобактерий ($r = -0,7$). Количество лактозонегативных кишечных палочек в норме встречалось только у 11 (55%) больных, у остальных обнаружено повышенное содержание их, что и

явилось причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника.

Выводы: выявлено, что нарушения толстокишечной микрофлоры у больных с НАЖБП коррелировали с тяжестью клинического течения заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Каюмов У.К., Таджиева Г.А., Алимов С.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить связь между метаболическим синдромом (МС) и показателями центральной гемодинамики.

Материал и методы. Обследовано 105 больных с МС. МС выявлялся на основании критериев предложенных Международной Федерацией диабета (IDF, 2005). В соответствии с этими критериями МС определялся при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих компонентов МС – АГ, гиперлипидемия, гипергликемия. АО определялось по величине окружности талии (у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см). АГ фиксировалась при значениях артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. За гипертриглицеридемию принимались значения уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л. Толерантность к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Контрольную группу составили больные без МС. При оценке состояния центральной гемодинамики учитывали следующие показатели: ударный индекс /УИ/ в миллилитрах на квадратный метр (мл/м²); сердечный индекс /СИ/ в миллилитрах на квадратный метр в мин. (мл/м²/мин); среднее артериальное давление /СрАД/ в миллиметрах ртутного столбца (мм.рт.ст.); удельное периферическое сопротивление сосудов /УПСС/ (в дин/сек/см⁻⁵); фракция выброса в % (ФВ); скорость циркуляторного сокращения волокон миокарда (VCF); степень укорочения передне-заднего размера левого желудочка в % (ΔS).

Результаты. Частота сердечных сокращений при МС была достоверно выше, чем без МС. Показатели сократительной способности миокарда при МС оказались достоверно ниже, чем без МС. Выявлены достоверно более низкие уровни УИ, СИ и более высокие уровни УПСС и Ср.АД в группе с МС, чем в контрольной группе. Состояние гемодина-

мики при нарушении как I так и II фазы гликемической кривой оказалось хуже, чем при нормальной толерантности к глюкозе. При сочетании нарушения I и II фаз гликемической кривой Ср.АД и ЧСС оказались выше, чем при СД, а уровни УПСС, ФВ, ΔS между этими группами существенно не отличались.

Выводы. Таким образом, наличие МС ассоциируется с ухудшением состояния центральной гемодинамики. При этом, нарушение состояния центральной гемодинамики в большей степени связано с нарушением II фазы гликемической кривой.

ВЛИЯНИЕ ЦИПРОГЕПТАДИНА НА ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Черныш П.П., Саипова М.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить возможности ципрогептадина в снижении уровней основных компонентов метаболического синдрома (МС).

Методы исследования. 24 больным с МС назначался ципрогептадин в суточной дозе 8 мг. Изучалась динамика уровней артериального давления (АД), липидов, гликемии и массы тела. Исследование продолжалось в течении 6 месяцев. В процессе лечения ципрогептадином продолжалась предшествующая терапия артериальной гипертензии.

Результаты. На фоне приёма ципрогептадина произошло достоверное снижение, как систолического АД (с 156,2 до 136 мм.рт.ст.), так и диастолического АД (с 100,5 до 87,86 мм.рт.ст.). При этом, выявленные различия оказались статистически значимы ($p < 0,05$). Применение ципрогептадина у пациентов с МС привело к снижению массы тела и уменьшению окружности талии. Так, индекс Кетле снизился с 36,46 до 30,31. Вместе с тем, окружность талии уменьшилась с 93,53 см., до 92,59 см. Выявленные различия оказались статистически значимы в отношении индекса Кетле ($p < 0,05$). На фоне приёма ципрогептадина отмечается снижение уровня гликемии, как натощак, так и через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. Вместе с тем, достоверные различия обнаружены только в отношении постнагрузочной гликемии. В результате лечения произошло достоверно значимое снижение уровней триглицеридов и ЛПНП.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о том, что применение ципрогептадина позволяет снизить уровни основных компонентов МС. Такой эффект можно объяснить тем, что ципрогептадин

снижает уровни кортизола и, посредством этого влияет на АД, массу тела, гликемию и липиды.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

(предварительные результаты)

Каюмов У.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить влияние тиотриазолина на основные компоненты метаболического синдрома (МС).

Методы исследования. Под наблюдением находились 26 больных с МС страдающих артериальной гипертензией (АГ). Для выявления МС использовались критерии Международной Федерации диабета (IDF, 2005). В соответствии с этими критериями МС определялся при наличии у пациента абдоминального ожирения (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих компонентов МС – АГ, гиперлипидемия, гипергликемия. АО определялось по величине окружности талии (у мужчин более 94 см., а у женщин – более 80 см). АГ фиксировалась при значениях артериального давления более 130/85 мм.рт.ст. За гипертриглицеридемию принимались значения уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л. Толерантность к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Пациентам с МС назначался тиотриазолин (2,5% раствор 4,0 в/м в течении 8 дней, затем по 200 мг 3 раза в день в течении 45 дней). В процессе лечения тиотриазолином продолжалась предшествующая терапия артериальной гипертензии. Контрольную группу составили больные с МС не получающие тиотриазолин.

Результаты. На фоне приёма тиотриазолина наблюдалось более выраженное снижение артериального давления (АД). Применение тиотриазолина у пациентов с МС привело к снижению уровня гликемии, как натощак, так и через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. При этом, снижение уровня гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой было статистически значимо. Отмечено также значимое снижение уровней триглицеридов. Наблюдалось некоторое снижение массы тела. Однако, это снижение оказалось статистически не значимо.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о том, что применение тиотриазолина позволяет снизить уровни основных компо-

нентов МС. Для выяснения патогенетических механизмов выявленных эффектов следует проводить углублённые исследования в этом направлении.

КОНТРОЛЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ НОВОГО БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ОЛМЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Коваль С.Н., Мысниченко О.В., Снегурская И.А., Хасанова Х.Д*,
Пенькова М.Ю., Божко В.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, Харьков
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент*

Цель работы. Изучение антигипертензивной эффективности олмесартана у больных гипертонической болезнью (ГБ), протекающей в рамках метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В исследование были включены 54 больных ГБ 2 степени с МС в возрасте 34-66 лет (мужчин-24, женщин -30). Всем больным до начала лечения и 12 нед. проводили суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью аппарата «MEDITECH» («АВРМ», Венгрия).

Результаты. В исследовании установлено, что выраженный антигипертензивный эффект был достигнут у 65% больных ГБ 2 степени с МС. При проведении СМАД эффективность антигипертензивного препарата оценивали не только по степени снижения АД, но и по динамике показателей «нагрузки давлением». Так, 24-часовые значения ИВ САД снизились на $(52,1 \pm 1,5) \%$, ИВ ДАД - на $(53,1 \pm 2,4)\%$, (в обоих случаях $p < 0,001$). Олмесартан не оказывал негативного влияния на физиологический двухфазный циркадный ритм АД, который оценивали по суточному индексу (СИ), устранял имевшиеся патологические варианты нарушения циркадного ритма АД. Препарат достоверно снижал вариабельность как САД, так и ДАД. Установлено, что степень утреннего повышения АД к концу 12-й недели применения олмесартана достоверно уменьшилась: САД – с $(60,21 \pm 2,77)$ до $(49,18 \pm 3,15)$ мм рт. ст., ДАД – с $(45,16 \pm 3,18)$ до $(35,16 \pm 2,12)$ мм рт. ст. У больных ГБ 1-2 степени с МС значения коэффициента Т/Р для САД – $(64,2 \pm 2,7)\%$, для ДАД – $(62,5 \pm 3,0)\%$, что полностью соответствует требованиям к со-

временным антигипертензивным препаратам. Препарат не оказывает отрицательного влияния на углеводный и липидный обмен у данной категории больных, что является одним из основных требований, предъявляемым к современным антигипертензивным препаратам.

Выводы. Таким образом, антигипертензивная терапия олмесартаном привела к достижению целевого уровня АД у 65% больных АГ в сочетании ГБ 1-2 степени с МС. Олмесартан способствовал нормализации суточного профиля АД, снижал повышенную вариабельность АД, уменьшал степень и скорость утреннего подъема АД, обеспечивал адекватный контроль АД в течение суток

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коваль С.Н., Снегурская И.А., Божко В.В., Резник Л.А.,
Хасанова Х.Д*., Дунаевская М.М.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Харьков
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент*

Цель работы. Целью исследования явилось изучение влияния бета-блокатора с альфа-блокирующей активностью карведилола на метаболические показатели - состояние липидного, углеводного и пуринового метаболизма у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. В динамике 12-недельной монотерапии карведилолом были обследованы 32 больных (17 мужчин и 15 женщин) с ГБ I-II стадии, 1-2 степени в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст - $(46,1 \pm 1,8)$ лет).

Абдоминальный тип ожирения диагностировали при объеме талии >102 см у мужчин и >88 см – у женщин. О состоянии углеводного обмена судили по уровням глюкозы натощак и после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), уровню инсулинемии и индексу НОМА. Состояние липидного обмена оценивали по уровням общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ХЛПВП), низкой (ХЛПНП) и очень низкой (ХСЛПОНП) плотности. Критерием гиперурикемии (ГУЕ) считали уровень мочевой кислоты (МК) >360 мкмоль/л у женщин и >420 мкмоль/л – у мужчин. Также у больных проводили определение уровня микроальбуминурии (МАУ) как маркера эндотелиальной дисфункции. Карведилол назначали в дозировке 25-50 мг/сутки в течение 12 недель. Лечение проводили на фоне гипокалорийной и гипопуриновой диеты.

Результаты. АО диагностировано у 100% больных, дислипидемии (ДЛП) имелись у 26 (81,2%) больных, в т.ч.- гиперхолестеринемия – у 5 больных (15,6 %), гипертриглицеридемия – у 4 больных (12,5 %), комбинированная ДЛП – у 22 (66,7%) больных. У 12 больных (38%) имело место нарушение толерантности к углеводам. У 100% больных диагностирована гиперурикемия (ГУЕ).

В результате 12-недельной монотерапии карведилолом у 84% больных был достигнут целевой уровень артериального давления (АД) - в среднем по группе систолическое и диастолическое АД достоверно снизились от (168,1+5,5) до (138,3+2,6) мм рт. ст. ($p<0,05$) и от (99,4+4,1) до (88,6+1,2) мм рт. ст. ($p<0,05$), соответственно. В результате лечения отмечалось снижение избыточной массы тела пациентов (>6% от начального уровня в среднем по группе).

Данная терапия приводила к достоверному снижению уровня ХСЛПНП от (3,36+0,17) ммоль/л до (3,08+0,12) ммоль/л, $p<0,05$ и повышению уровня ХЛПВП от (1,21+0,06) до (1,38+0,05) ммоль/л, $p<0,05$. В динамике лечения отмечалось улучшение показателей углеводного обмена – уровень инсулинемии достоверно снизился на 25% ($p<0,05$), показатель индекса НОМА - на 28%, $p<0,05$. У 7 больных (58,3%) наблюдалась нормализация чувствительности тканей к инсулину. Монотерапия карведилолом приводила к снижению уровня МК в среднем по группе на 10,4%, $p<0,05$ и уровня МАУ на 33,7% (от (52,5+6,9) мкг/мл до (34,8+4,1) мкг/мл, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, карведилол – бета-блокатор с альфа-блокирующей способностью, в силу своих позитивных гемодинамических, антиоксидантных и эндотелиальных свойств, может считаться одним из препаратов первого выбора для лечения больных ГБ с метаболическими нарушениями.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коваль С.Н., Резник Л.А., Старченко Т.Г.

ГУ „Институт терапии имени Л.Т.Малой АМН Украины”, Харьков

Цель работы – изучить показатели ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа в сравнении с больными ГБ без СД.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных ГБ с сопутствующим СД 2 типа и 46 больных ГБ без СД. Группы больных не отличались по полу, возрасту и длительности ГБ. Ремоделирование ОСА оценивали на основании определения толщины интимы-медии (ТИМ) по результатам ультразвукового исследования с цветным доплеровским картированием кровотока на аппарате «LOQIC - 5». Нормальной считали ТИМ менее 0,9 мм. Гипертрофию сосудистой стенки ОСА диагностировали при ТИМ от 0,9 до 1,3 мм. ТИМ большую или равную 1,3 мм, локальное утолщение ТИМ на 0,5 мм или на 50% в сравнении с подлежащими сегментами артерии расценивали как атеросклеротическую бляшку.

Результаты. Анализ данных доплерографического исследования комплекса интима-медиа ОСА свидетельствует о существенном влиянии СД 2 типа на процессы патологической перестройки сосудистой стенки у больных ГБ. Так, у больных ГБ и сопутствующим СД 2 типа в сравнении с больными ГБ без СД средняя ТИМ ОСА была статистически достоверно большей и составила соответственно $(0,96 \pm 0,032)$ та $(0,86 \pm 0,044)$ мм ($p < 0,05$) для левой ОСА и $(0,91 \pm 0,030)$ и $(0,81 \pm 0,045)$ мм ($p < 0,05$) для правой ОСА. Частота поражения ОСА также была достоверно выше у больных ГБ с СД 2 типа (64,2 %) в сравнении с больными ГБ без СД (47,8 %) ($p < 0,05$). При этом частота развития гипертрофии сосудистой стенки ОСА у больных ГБ и сопутствующим СД 2 типу составила 38,8 % и существенно не отличалась от такой у больных ГБ без СД (34,8%) ($p > 0,05$), а частота атеросклеротического поражения ОСА составила 25,4 % и была значительно выше в сравнении с больными ГБ без СД (13,0 %) ($p < 0,05$).

УРОВНИ АДИПОНЕКТИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Коваль С.Н., Снегурская И.А., Цема Л.Н., Хасанова Х.Д*,
Милославский Д.К, Мысниченко О.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, Харьков
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент*

Цель работы. Изучение особенностей изменений уровней адипонектина в сыворотке крови у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ).

Материалы и методы. Обследовано 118 больных (69 мужчины

и 49 женщин) ЭГ 1-2 степени в возрасте от 36 до 64 лет. У 58 больных из числа обследованных была диагностирована НТГ. У 60 больных ЭГ нарушений углеводного обмена не выявлено. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц. Определение показателей липидного спектра крови, уровней в крови глюкозы натощак и после нагрузки глюкозой, уровней инсулина и адипонектина крови проводили иммуноферментным методом.

Результаты исследования. У больных ЭГ в сочетании с НТГ, как у мужчин ($8,35 \pm 0,61$) мкг/мл, так и у женщин ($9,75 \pm 0,70$) мкг/мл, отмечено достоверное снижение уровня адипонектина в сыворотке крови в сравнении с практически здоровыми мужчинами ($11,13 \pm 1,28$) мкг/мл ($p < 0,05$) и женщинами ($20,32 \pm 3,69$) мкг/мл ($p < 0,05$). При этом у данной категории больных исчезли различия в уровнях адипонектина в сыворотке крови между мужчинами и женщинами, которые выявлялись у практически здоровых лиц. У женщин больных ЭГ без нарушений углеводного обмена обнаружено достоверное снижение уровней адипонектина в сыворотке крови ($13,85 \pm 1,11$) мкг/мл, ($p < 0,05$), в сравнении с практически здоровыми женщинами. У мужчин с ЭГ без нарушений углеводного обмена уровни адипонектина достоверно не отличались от таковых у практически здоровых мужчин. Следует отметить, что у больных ЭГ без нарушений углеводного обмена, в отличие от больных ЭГ с НТГ, сохраняются гендерные отличия в уровнях адипонектина крови, которые были характерны для практически здоровых лиц. Сравнение больных ЭГ с НТГ с больными ЭГ без нарушений углеводного обмена по уровням адипонектина в сыворотке крови показало, что уровень данного гормона у женщин с НТГ был достоверно выше, чем у женщин с нормальным углеводным обменом. Уровни адипонектина в сыворотке крови у мужчин с ЭГ и НТГ достоверно не отличались от таковых у мужчин с ЭГ без нарушений углеводного обмена.

Выводы. У больных ЭГ без нарушений углеводного обмена, по сравнению с практически здоровыми лицами, достоверное снижение уровней адипонектина крови обнаруживается только у женщин. У больных ЭГ с НТГ выявляется достоверное снижение уровня адипонектина крови, по сравнению с практически здоровыми лицами, как у мужчин, так и у женщин. При этом, у женщин с ЭГ и НТГ уровень адипонектина крови был достоверно ниже и по сравнению с женщинами больными ЭГ без нарушений углеводного обмена. Полученные данные указывают на то, что гипoadипонектинемия может иметь существенное значение для развития ЭГ. Наличие у больных ЭГ НТГ ассоциируется с более выраженным снижением уровня адипонектина в сыворотке кро-

ви, что в свою очередь может приводить к более раннему и быстрому развитию сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ОЖИРЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Косникова И.В., Баженов Л.Г., Низамходжаев З.М.,
Лигай Р.Е., Белова О.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им.
акад. В. Вахидова, Ташкент

Цель работы. Исследование некоторых показателей воспалительного процесса и окислительного метаболизма у больных, поступающих на хирургическое лечение по поводу патологического ожирения до и после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Лабораторные исследования были выполнены у 17 пациентов с патологическим ожирением по абдоминальному типу с индексом массы тела $> 40 \text{ кг/м}^2$ до и после операции билиопанкреатического шунтирования. Все пациенты были женщины, средний возраст которых составлял 43 года. Сопутствующими заболеваниями являлись гипертоническая болезнь (52,9%), сахарный диабет 2 типа (11,8%), ишемическая болезнь сердца (11,8%), у 62,0% больных отмечались метаболические изменения миокарда или гипертрофия левого желудочка.

Результаты . У больных отмечалось повышение среднего уровня глюкозы в крови до 139,3% ($P < 0,001$), мочевой кислоты - до 157,9% ($P < 0,001$), дислипидемия. Содержание малонового диальдегида (МДА), конечного продукта перекисного окисления липидов, повышалось в 1,6 раза, общая антиокислительная активность (АОА) снижалась в 1,8 раза, что свидетельствует о развитии окислительного стресса. Концентрация С-реактивного белка (СРБ), положительного реактанта острой фазы печени, в 2,6 раза превышала контрольное значение. В содержании других белков ОФП – альбумина и фибриногена статистически достоверных изменений не отмечалось.

Отдаленные результаты у этих пациентов в сроки 6-20 месяцев показали нормализацию содержания глюкозы, мочевой кислоты, холестерина липопротеидов высокой и очень низкой плотности, тенденцию

к снижению концентрации холестерина общего, триглицериды снижались на 17%, оставаясь на еще довольно высоком уровне. Коэффициент атерогенности, повышенный в 3,3 раза, после операции уменьшался в среднем на 30%. Концентрация малонового диальдегида уменьшалась на 32,4%, АОА возрастала на 38,0%. Значительно повышенный до операции уровень СРБ в ближайшие месяцы снижался, но уже через 9 месяцев среднее значение его выросло пятикратно по отношению к норме, у трех больных – до 8-кратного уровня.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи процесса воспаления и окислительного стресса у больных с патологическим ожирением и метаболическим синдромом. Эффективность хирургического лечения проявлялась в нормализации большинства показателей липидного и углеводного метаболизма. В то же время, отмеченный у наших пациентов повышенный уровень СРБ, предиктора сердечно - сосудистых осложнений, свидетельствующий о хроническом субклиническом воспалении и сохраняющийся и в отдаленные сроки после операции, требует дополнительной коррекции медикаментозными средствами и предполагает настороженность в развитии осложнений.

АНАЛИЗ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кривошей И.В., Чурносков М.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Цель работы. Изучение полиморфизма гена рецептора фактора некроза опухоли второго типа (+1663A/G TNFR2) у больных с гипертонической болезнью, а также выявление взаимосвязей между генотипами и показателями липидного профиля.

Материалы и методы. Группу исследования составили 40 больных гипертонической болезнью. Материалом для исследования послужила венозная кровь в объеме 6 мл, взятая из локтевой вены пробанда. Исследование полиморфизмов проводилось с помощью метода полимеразной цепной реакции с использованием соответствующих праймеров и зондов на амплификаторе IQ5. Генотипирование осуществлялось методом дискриминации аллелей.

Результаты. При анализе ассоциаций между генетическим поли-

морфизмом +1663A/G TNFR2 и показателями липидного спектра выявлено, что у пациентов с генотипом AG медиана холестерина равна 5,2 ммоль/л (интерквартильный размах 4,4-5,6 ммоль/л), у пациентов с генотипом AA данный показатель составляет 5,2 ммоль/л (интерквартильный интервал 5,0-6,1 ммоль/л), а у больных с генотипом GG имеет значение 5,1 ммоль/л (нижний квартиль 4,9 ммоль/л, верхний квартиль 6,2 ммоль/л). Среди пациентов с генотипом AG медиана триглицеридов составляет 1,78 ммоль/л (интерквартильный размах 1,21-2,46 ммоль/л), у больных с генотипом AA равна 1,78 ммоль/л (интерквартильный размах 1,6-1,8 ммоль/л), а у пациентов с генотипом GG имеет значение 1,65 ммоль/л (интерквартильный интервал 1,23-1,8 ммоль/л). Медиана ЛПОНП у пациентов с генотипом AG равна 0,8 ммоль/л (интерквартильный размах 0,4-0,9 ммоль/л), с генотипом AA имеет значение 0,82 ммоль/л (интерквартильный размах 0,7-1,1 ммоль/л), а у пациентов с генотипом GG составляет 0,75 ммоль/л (интерквартильный интервал 0,6-0,8 ммоль/л). Среди пациентов с генотипом AG медиана ЛПВП составляет 3,1 ммоль/л (интерквартильный размах 2,5-3,8 ммоль/л), у больных с генотипом AA имеет значение 3,1 ммоль/л (интерквартильный интервал 2,7-3,6 ммоль/л), а у пациентов с генотипом GG равна 3,1 ммоль/л (интерквартильный размах 3,1-3,3 ммоль/л). Среди индивидуумов с генотипом AG медиана ЛПВП составляет 1,3 ммоль/л (интерквартильный интервал 1,1-1,5 ммоль/л), у пациентов с генотипом AA имеет значение 2,1 ммоль/л (нижний квартиль 1,38 ммоль/л, верхний квартиль 2,45 ммоль/л), а у больных с генотипом GG равна 1,23 ммоль/л (интерквартильный размах 1,08-1,94 ммоль/л).

Выводы. Таким образом, можно отметить тенденцию увеличения уровней холестерина, триглицеридов, ЛПОНП и ЛПВП у больных с генотипом +1663AA TNFR2 по сравнению с пациентами, имеющими генотип +1663GG TNFR2.

ЭФФЕКТ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Латипов В.Г., Ташинова Л.Х.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд

Цель работы: Для достижения оптимального уровня артериального давления у больных с гипертонической болезнью, особенно с избыточной массой тела наряду с гипотензивными препаратами, немаловажное значение имеет соблюдение диеты, ограничение животных жиров, мучных изделий, пищевой соли, алкоголя и острых блюд и ограни-

чение общей калорийности пищи. Предусматриваемое снижение избыточной массы тела закономерно сопровождается уменьшением системного АД.

Материалы и методы: Исходя из общих принципов, что доля всех жиров в пище должна составлять не более 1/3 от общего количества потребляемого жира, также ограничение суточного потребления холестерина - менее 300 мг/день, нами были составлены диетические рекомендации 25 больным, находящимся в стационаре, в виде «памятки».

Употребление соли ограничили до 5 и менее г/день. Рекомендуемые нами продукты питания в основном содержат мало жиров и много клетчатки. Продукты, содержащие большое количество насыщенных и гидрогенизированных жиров и сахара исключили из рациона. Также были исключены крепкий кофе, чай, шоколад, копчености, как способствующую снижению артериального давления в рекомендации включили калиево-магниевую диету. Исходили из того, что калий содержится в таких продуктах, как печёный картофель, говядина, овсяная крупа, персики, абрикосы, бананы, чернослив, фасоль, урюк, тыква, груша и апельсин.

В состав магниевой диеты входят фасоль, горох, орехи, соя, изюм, инжир, шиповник, пшеница, рожь, кукуруза, курага, гречневая крупа, хлеб из муки грубого помола. Калиево-магниевая диета способствует увеличению диуреза, оказывает положительное влияние на состояние коронарного и церебрального кровообращения, а также улучшает метаболические процессы в миокарде. Дополнительно больным советовали ограничить потребление алкоголя.

В результате рекомендуемой диеты удалось достичь оптимального уровня АД только с помощью диеты примерно у 13 больных. У лиц с более высоким уровнем АД (7больных), диетотерапия параллельно с приемом антигипертензивных препаратов позволила существенно снизить дозы лекарственных препаратов. Также удалось достичь заметного снижения избыточной массы тела, что закономерно сопровождается уменьшением системного АД.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АДАПТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА

Лебедева Е.Н., Красиков С. И.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»,
Оренбург, Россия

Цель работы. Оценка влияния адаптации к прерывистой нормобарической гипоксии на состояние липидного обмена и уровень гормонов у лиц с избыточной массой тела.

Материалы и методы: В исследование были включены 24 пациенты клиники адаптационной терапии Оренбургской государственной медицинской академии в возрасте 35 – 55 лет, которые прошли курс адаптации к прерывистой гипобарической гипоксии с использованием установки «горный воздух» по методике МЗ РФ. Содержание общего холестерина (О- ХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триацилглицерин (ТАГ) в сыворотке крови определяли с помощью автоматического биохимического анализатора COBAS Integra-400 plus (Швейцария – Германия) со встроенной системой контроля качества по двум уровням контроля: Precinorm U с нормальным содержанием аналитов и Precinorm P с высоким содержанием аналитов (Roche). Внешний контроль осуществлялся при помощи Федеральной системы внешней оценки качества лабораторных исследований. Содержание холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по формуле Friedwald. Также рассчитывали коэффициент атерогенности по методу Климова А.Н. (1998). Содержание в сыворотке крови инсулина, лептина и ФНО- α определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью наборов DRG Diagnostics (США), адипонектина – «Bio Vendor»(Cheshia) на оборудовании фирмы Multiscan MS (Финляндия). Инсулинорезистентность оценивали по уровню базальной инсулинемии, индексу Саго и индексу НОМА IR

Результаты: У обследованных лиц отмечены такие нарушения липидного обмена, как гипертриацилглицеринемия (ГТГ) и гипо- α -холестеринемия (Г α ХС). Показатель индекса атерогенности пропорционально увеличивался с изменениями ИМТ. При этом количество адипонектина было резко снижено у всех лиц и обратно пропорционально содержанию лептина и инсулина. Снижение индексов Саго и QUICKI, а также повышение НОМА IR, свидетельствуют о состоянии инсулинорезистентности у лиц с избыточной массой тела. Особо следу-

ет отметить возрастание отношения лептин/адипонектин с увеличением ИМТ. Наблюдали также повышение уровня ФНО- α , при этом отмечена зависимость уровня ФНО- α от уровня лептина.

После курса нормобарической гипоксии у лиц с избыточной массой тела наблюдается не только нормализация липидного профиля крови, но и снижение степени инсулинемии и инсулинорезистентности, хотя эти изменения не всегда сопровождаются резкими изменениями массы тела. Уровень ФНО- α , также как и индекс лептин/адипонектин по окончании курса адаптации достоверно снижался, что свидетельствовало о снижении воспалительной реакции.

Выводы. Снижение при нормобарической гипоксии уровня лептина и ФНО- α , увеличение уровня адипонектина приводят к нормализации метаболического действия инсулина, и как следствие - преодолению взаимосвязанной и взаимообусловленной лептино- и инсулинорезистентности. ФНО- α ранний маркер системной воспалительной реакции при развитии ожирения, и может рассматриваться как фактор риска развития метаболического синдрома.

ОЦЕНКА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И ПЛЕОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭСКОЛАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Маджидова Ё.Н., Акрамджанова Л.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель работы: Изучить характеристику липидного спектра с анализом общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП у больных с хронической ишемией мозга (дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии) и показатели психического самочувствия по шкале уровня астенизации и качества жизни больных по шкале Ренкин.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных с хронической ишемией мозга (дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии). Все больные находились на лечении в неврологическом отделении ЦКБ ГАЖК. Проведено клиничко-неврологическое обследование, исследование липидного спектра крови с анализом общего холестерина (ОХ), триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП, исследование УЗДГ БЦС, для выявления уровня астенизации использована шкала астенизации, качества жизни - шкала Ренкин. Все больные были разделены на 2 основные группы. В первую группу (основная) вошли 20 больных, которые на фоне традиционной терапии получали препарат Эсколан. Во вторую (группа сравнения) вошли 10 пациентов, которые получали только тра-

диционную терапию. Пациентам основной группы был назначен препарат Эсколан по 20 мг 1 раз в сутки в течении 90 дней. В базовую терапию входили антиагреганты, антигипертензивные, вазопротективные, нейропротективные, сахароснижающие, антацидные препараты, витамины группы В, антиоксиданты. Анализ результатов исследования проводился дважды: до лечения и через 90 дней приема препарата Эсколан.

Результаты: Анализ липидного спектра крови у больных с ДЭ I-II на фоне гиполипидемической терапии, т.е. трехмесячного приема Эсколана выявил положительную динамику со стороны всех изученных параметров. Так, показатель ОХ был высоким у всех больных до лечения и составил 5,86 ммоль/л. После лечения показатель ОХ снизился в среднем до 4,68 ммоль/л. При этом регресс показателей в динамике был равен 19,44% (достоверность результатов $R=4,8$). Показатель ТГ до лечения составил 2,09 ммоль/л. После трехмесячного курса лечения Эсколаном ТГ снизились до 1,34 ммоль/л, при этом динамика показателя составила 31,49% (достоверность результатов $R=4,8$). ЛПНП до лечения составил 3,29 ммоль/л, после лечения 2,51 ммоль/л, с динамикой параметра 22,8%. Фракция липопротеидов высокой плотности до лечения составила 1,44 ммоль/л, а после лечения 1,67 ммоль/л, так что динамика показателей равнялась 18,35%. Таким образом, гиполипидемический эффект эсколана проявился в достоверном снижении показателей липидного спектра: ОХ на 19,44%, ТГ на 31,49%, ЛПНП на 22,8% и повышение ЛПВП на 18,35%. Это означает, что назначение гиполипидемического препарата эсколан в дозе 20 мг в сут на фоне диетотерапии улучшило показатели липидного спектра крови на 23%. Плеотропные эффекты Эсколана проявились в виде улучшения показателей шкалы астенизации на 27,98% и показателей качества жизни по шкале Ренкин на 27,5%.

Выводы: 1. Липидный спектр у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии после трехмесячного приема Эсколана характеризуется снижением ОХ, ТГ, ЛПНП на фоне повышения ЛПВП.
2. Плеотропные эффекты гиполипидемической терапии Эсколаном проявляются улучшением качества жизни и улучшением общего психического самочувствия на фоне снижения астенизации.
3. Оценка положительного влияния Эсколана на показатели липидного спектра, качества жизни и уровня астенизации при дисциркуляторной энцефалопатии I-II стадии позволила более тщательно подойти к разработке и планированию тактики гиполипидемической терапии у данного контингента больных.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А., Эргашева Н.О., Акилов Д.Х.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Определение комплексного воздействия препарата ксеникал на коррекцию метаболического синдрома у больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА).

Материал и методы. Обследованы 110 больных с ТИА, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении, отделении соматоневрологии, II терапии ГКБ №1 г. Ташкента [62 (56,4%) мужчины и 48 (43,6%) женщин]. Согласно данным исследования, у 52 (47,3%) больных было ожирение II, III степени (по индексу массы тела - Кетля), гиперхолестеринемия, повышение артериального давления (АД) от 140/90 до 240/160 мм рт. ст. Больные были разделены на две группы: 1-ю (контрольная) составили 51(46,4%) больных, получавших только базисную терапию, 2-ю (основная) – 59(53,6%) больных, которые наряду с базисной терапией получали препарат ксеникал в дозе по 120 мг 3 раза в день после еды. У всех больных было проведено полное клиничко-неврологическое обследование, анализ крови на общий холестерин, глюкозу натощак, УЗИ БЦС, ЭКГ, консультация терапевта, антропометрические данные, мониторинг АД. Все обследования (контрольные) были повторены через 3-6 месяцев.

Результаты. Базисное лечение было направлено на снижение общего риска цереброваскулярной патологии, в связи с чем ведущее место в комплексном лечении заняли мероприятия, направленные на уменьшение массы тела. Больные получали ксеникал в течение 3 месяцев по 1 капсуле 3 раза в день во время приема пищи или не позже 30 минут после еды. Им рекомендовалась гипокалорийная диета с увеличением в рационе фруктов и овощей, ограничением жиров. У 39 (66,1%) больных отмечалось достоверное снижение АД на 10-20 мм рт. ст. У 30(50,8%) больных наблюдалось достоверное снижение общего холестерина и липопротеиды низкой плотности плазмы, а 28 (47,5%) не было повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в течение года по сравнению с больными, получавшими только базисную терапию.

Выводы. Таким образом, базисная терапия больных, страдавших цереброваскулярными заболеваниями, с включением препарата ксеникала способствует уменьшению массы тела, которое сопровождается снижением АД; уменьшает уровень общего холестерина плазмы; может

применяться с целью профилактики развития риска повторного ОНМК в течение года, атеросклероза у больных с метаболическим синдромом.

БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ЎТКИНЧИ ЎТКИР БУЗИЛИШИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОРРЕКЦИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Мирджураев Э.М., Бахадирова.М.А. Парсаев М.С.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент

Сўнгги ўн йиллик адабиётларда метаболик синдром муаммоси кенг муҳокама этилмоқда. Метаболик синдромда ўлим кўрсаткичи 20 баробардан кўпроққа ошиши унинг қанчалик аҳамиятли эканлигини исботлайди.

Метаболик синдромнинг дунё бўйича тарқалиши турли ҳудудларда турлича бўлиб, ўртача 10% дан 24% гача, баъзи иқтисодий ривожланган ҳудудларда 35-40% ни ташкил қилади.

Метаболик синдромда висцерал ёғ тўқимасининг кўпайиши адипонектин миқдорининг камайишига олиб келади. Адипонектиннинг камайиши гипергликемияга, компенсатор гиперинсулинемияга ва инсулинрезистентликга, бу эса ўз навбатида қон томирлар гипертрофияси, симпатoadренал тизим активацияси, гиперлипидемия, гипертензияга, II тип қандли диабетга олиб келади.

Бу метаболик ўзгаришлар каскадини ҳисобга олган ҳолда биз қуйидаги тадқиқотни олиб бордик. Транзитор ишемик атака ўтказган беморларда лептин миқдори аниқланди (лептин – ёғ тўқималари геноми томонидан кодланувчи семизлик билан боғлиқ бўлган оқсилдир). Кейин беморларга гипокалорияли диета ва орлистат дори воситаси (120 мг. дан 3 маҳал) буюрилди. 3 ойдан сўнг ва 6 ойдан сўнг такрорий лептиннинг миқдори аниқланди. Барча метаболик синдромли беморларда лептин миқдори юқори кўрсаткичларда бўлди. Тана вазнининг 10% га камайиши лептин миқдорининг 50-55% пасайишига олиб келди.

Қон зардобида лептин миқдорини аниқлаш метаболик синдромли беморларнинг текширувлар алгоритмига киритилиши тавсия этилади, чунки бу беморлардаги лептинемия гиперинсулинемиядек инсулинрезистентлик билан боғлиқ ва ушбу ҳолатнинг қўшимча маркери бўлиб хизмат қилади.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА С ЛИЗИНОПРИЛОМ НА СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мирхайтова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУЗ, Ташкент

Цель работы. Изучение систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) под влиянием физиотенза и лизиноприла у больных АГ с МС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 42 больных артериальной гипертензией (АГ) I-II степени в сочетании с метаболическим синдромом (МС). После обследования, методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: пациентам 1 группы (15 больных) был назначен физиотенз в суточной дозе 0,4 мг, пациенты 2-й группы (17 больных) получали сочетание физиотенза с лизиноприлом в суточной дозе 5-10 мг. Больные находились под наблюдением в течение шести месяцев. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, отношению окружности талии к окружности бедер, длительности артериальной гипертензии и метаболического синдрома, систолическому (САД) и диастолическому (ДАД) АД.

Результаты . Установлено уменьшение САД от $153,20 \pm 2,61$ до $139,40 \pm 2,56$ ($p < 0,001$) и ДАД от $96,60 \pm 1,75$ до $85,80 \pm 1,68$ ($p < 0,001$) в 1-ой группе соответственно. Во 2-ой группе уровень САД понизился от $159,40 \pm 3,15$ до $131,40 \pm 2,28$ ($p < 0,001$), а ДАД от $96,60 \pm 1,31$ до $81,20 \pm 1,37$ ($p < 0,001$). Выявлено, что применение физиотенза в сочетании с лизиноприлом достоверно уменьшает ММЛЖ и ИММЛЖ как в общей группе, так и в группе пациентов, у которых исходно наблюдалась ГЛЖ. В группе же больных, принимавших физиотенз, влияния препарата на ГЛЖ в наблюдаемые нами сроки лечения не выявлено, не исключается, что действие физиотенза на ГЛЖ у этой категории пациентов будет более отсроченным по времени. Обнаружено достоверное уменьшение ОПСС на 19,8% ($p < 0,05$) в группе, принимавших физиотенз и на 23,9% ($p < 0,05$) в группе с сочетанием лизиноприла. Выявлено уменьшение размеров левого желудочка (ЛЖ), в 1-ой группе больных, которое выражалось в уменьшении конечно-систолического (КСР) и конечно-диастолического размеров (КДР), но носило недостоверный характер. В группе больных, принимавших физиотенз с лизиноприлом в течении 6-ти месяцев, наблюдалось достоверное уменьшение КДО на

15,6% ($p < 0,05$) и КСО на 18,3% ($p < 0,05$), увеличение фракции выброса (ФВ) на 7,5% ($p < 0,05$) соответственно, что сопровождалось уменьшением ММЛЖ на 11,8% ($p < 0,05$), относительной толщины (ОТС) ЛЖ на 15,2% ($p < 0,05$), тогда как в группе с применением физиотенза отмечалась лишь тенденция к улучшению данных показателей. Изучение диастолической функции выявило достоверное увеличение отношения максимальных скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) на 29,1% ($p < 0,05$) и 56% % ($p < 0,05$), времени раннего диастолического наполнения (DT) на 14,3% ($p < 0,05$) и 23,4 % ($p < 0,05$) и времени изоволюмического расслабления (ВИР) ЛЖ на 6,7 % ($p < 0,05$) и 15,2% ($p < 0,05$), что свидетельствует о существенном улучшении диастолической функции ЛЖ с более выраженным эффектом в группе больных с сочетанным применением физиотенза с лизиноприлом.

Выводы. Таким образом, применение физиотенза в сочетании с лизиноприлом в течение шести месяцев, способствовало улучшению клинического состояния пациентов, оказало более благоприятное воздействие на показатели систолической и диастолической функции ЛЖ.

СВЯЗЬ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ С УРОВНЕМ ЛИПИДОВ И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРОТЕКАЮЩЕМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Набиева Н.А., Алимов С.С., Атаниязов А.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: изучить состояние уровня липидов и мочевой кислоты при различных степенях ожирения у лиц с гиперурикемией.

Материал и методы. Обследовано 30 больных с МС в возрасте 50-60 лет. Для диагностики МС использовали критерии предложенные Международной Федерацией диабета (IDF,2005). В соответствии с этими критериями МС определялся при наличии абдоминального ожирения (АО) в сочетании с любыми двумя из следующих компонентов МС – артериальная гипертензия (АГ), гиперлипидемия, гипергликемия. АО определялось по величине окружности талии (у мужчин > 94 см., а у женщин > 80 см). АГ фиксировалась при наличии у пациента уровня артериального давления $> 130/85$ мм.рт.ст. За гипертриглицеридемию принимались значения уровня триглицеридов $> 1,7$ ммоль/л. Состояние толерантности к глюкозе изучалась по данным орального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, а также через 1 и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Нарушение толерантности к

глюкозе (НТГ) диагностировалось при уровнях глюкозы крови натощак $> 6,1$ ммоль/л, через 1 час $> 8,8$ ммоль/л и через 2 час $> 7,8$ ммоль/л и $< 11,1$ ммоль/л. Наряду с этим изучали уровни общего холестерина и холестерина очень низкой (ЛПОНП), низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), а также холестериновый коэффициент атерогенности и содержание мочевой кислоты (МК).

Результаты. У 10 пациентов отмечена 1-я степень, у 20 пациентов - 2-я степень ожирения. В сыворотке крови больных с 1ой и 2ой степенью ожирения содержание ТГ имело статистически значимые различия - соответственно $1,98 \pm 0,04$ и $2,19 \pm 0,07$ ммоль/л, а уровень общего ХС составил $5,84 \pm 0,12$ и $6,11 \pm 0,11$ ммоль/л. Существенные изменения были выявлены и в содержании липидных фракций. Так, уровень ХС в ЛПОН и ЛПНП в рассматриваемых группах статистически значимо отличался ($0,71 \pm 0,03$ и $4,47 \pm 0,26$ ммоль/л, соответственно). При этом, коэффициент атерогенности также статистически значимо различался ($5,1 \pm 0,3$ и $5,9 \pm 0,3$, соответственно). Наряду с различиями липидного спектра было отмечено умеренное также различие в уровнях гликемии. Содержание уровня МК при 2ой стпени ожирения было выше, чем при 1ой степени ($0,89 \pm 0,03$ и $1,03 \pm 0,04$ ммоль/л, соответственно). Согласно данным корреляционного анализа между показателями МК и холестеринового обмена в исследуемых группах имеется определённая связь. У больных с ожирением 1ой степени корреляционная связь между показателями МК и $X_{С\text{общ}}$, $X_{СЛПВП}$, $X_{СЛПНП}$, ТГ и КА была слабой и недостоверной, в то время как у больных со 2-й степенью ожирения она была достоверной: $r = +0,68$ ($P < 0,01$); $r = -0,31$ ($P < 0,05$); $r = +0,71$ ($P < 0,01$); $r = +0,70$ ($P < 0,01$) и $r = +0,82$ ($P < 0,001$), соответственно.

Вывод. У больных с метаболическим синдромом степень нарушения липопротеидного спектра сыворотки крови и уровень мочевой кислоты связаны со степенью ожирения.

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА СТЕПЕНЬ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.

Нажмутдинова Д.К., Баймухамедова Х.К., Урунбаева Д.А.,
Садыкова Н.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Целью настоящего исследования является изучение выраженности андрогенодефицита у больных сахарным диабетом типа 2 в зависи-

мости от выраженности инсулинорезистентности.

Материалы и методы. Были исследованы 14 пациентов с СД 2 типа, со средним возрастом $53,5 \pm 4,8$ лет, с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Контрольную группу составили 10 мужчин соответствующего возраста без СД. В исследование включались пациенты с компенсированной стадией СД. Для оценки эректильной функции использовали анкетирование по шкале МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции). Проводились измерение концентрации глюкозы, гликированного гемоглобина (HbA1c), иммунореактивного инсулина (ИРИ), общего и свободного тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), ФСГ, ЛГ, эстрадиола (E_2). Также измерялись рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ) для расчета индекса массы тела (ИМТ) и отношения ОТ/ОБ. Для косвенной оценки инсулинорезистентности использовалась математическая модель кинетики глюкозы и инсулина – индекс НОМА. При значениях выше 2,77 индекс НОМА рассматривался как патологический.

Результаты. При оценке данных ИМТ, отношения ОТ/ОБ было выявлено следующее: В группу 1 вошли 5 (35,7%) больных с ИМТ $27,5-29,9$ кг/м², отношением ОТ/ОБ – $0,98 \pm 0,06$. Выраженность эректильной дисфункции (ЭД) составила $14 \pm 2,6$ баллов. При анализе гормонов выявлено нормальное содержание общего тестостерона в среднем до $13,6 \pm 2,3$ нмоль/л, а свободная фракция была снижена до $8,3 \pm 1,4$ нмоль/л, при этом ФСГ, ЛГ, E_2 не превышали нормальных значений. ГСПС также оставался в пределах нормы – $22,7 \pm 1,3$ нмоль/л. При этом, ИРИ повысился до $23,3 \pm 3,1$ мЕД/мл, индекс НОМА в среднем составил $5,8 \pm 0,8$. Во 2-ую группу вошли 9 (64,3%) больных, с ИМТ $30,4-33,5$ и отношением ОТ/ОБ – $1,0 \pm 0,08$. При анализе гормонов выявлено значительное снижение общего тестостерона в среднем до $6,4 \pm 1,3$ нмоль/л, свободного до $9,7 \pm 1,8$ нмоль/л, хотя эректильная дисфункция была умеренно выраженной - $11 \pm 1,2$ баллов. Отмечается повышение ЛГ до $8,2 \pm 1,2$ мЕД/мл, также не было изменений в концентрации ФСГ, E_2 . ГСПГ был снижен в среднем до $17,7 \pm 2,2$ нмоль/л. ИРИ также превышал нормальные значения и составил $25,3 \pm 3,7$ мЕД/мл, индекс НОМА в среднем составил $6,1 \pm 0,8$.

Заключение. Следовательно, результаты исследования показали, что выраженность андрогенодефицита зависит от выраженности избыточного веса и инсулинорезистентности.

ПРЕИМУЩЕСТВА 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., Бакиева М.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Изучение влияния лозартана на углеводный и липидный обмен у больных артериальной гипертонией при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Нами обследованы 22 больных, из них 14 женщин, 8 мужчин, длительность артериальной гипертонии составила 5.8 ± 2.4 г. У всех больных отмечалось абдоминальное ожирение (индекс массы тела - $35 \pm 3,1$), у 15 больных (68%) выявлено нарушение толерантности к углеводам (НТУ), у 7 (31%) - гликемия натощак ($6,8 \pm 2.3$ ммоль/л). Средний возраст больных - $48 \pm 3,5$ лет. У 20 (90%) больных выявлено повышение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ.

Результаты. Терапия лозартаном в дозе 10 мг 1 раз в сутки в течении двух месяцев привела к снижению уровня как систолического, так и диастолического АД. По данным офисного измерения АД, целевого уровня АД (<140/90 мм.рт.ст.) достигли 75% больных.

Необходимо отметить положительное действие препарата на показатели НТУ и уровень гликемии у 90% больных. Отмечено также значимое улучшение показателей липидного обмена, некоторое снижение уровня общего холестерина и ЛПНП в 80% случаев. Побочных проявлений не отмечалось.

Выводы. Таким образом, антагонисты рецепторов ангиотензина II обладают не только гипотензивным и нефропротективным 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.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Изучение особенностей течения ОКС у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследования проводились у 50 больных ОКС, которые были разделены на 2 группы: 30 больных с МС, 20 больных без МС. В основной группе у 12 больных (40%) – диагностирован ОКС с подъемом сегмента S-T, у 18 больных (60%) – ОКС без подъема S-T. Аналогичные показатели в контрольной группе были - 12 (60%) и 8 (40%). Средний возраст пациентов I группы составил $43,4 \pm 3,7$, II группы – $64,8 \pm 4,3$ лет.

Диагноз метаболического синдрома ставился на основании нарушение толерантности к углеводам (изучение гипергликемии через 1 час после нагрузки), абдоминального ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии.

В контрольной группе АГ была диагностирована у 8(40%) пациентов, ожирение у 4(20%), умеренная дислипидемия у 3(15%) больных.

Все больные получали базисную терапию, включающую антикоагулянты прямого действия, антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Больные тромболитическую терапию не получали из-за позднего поступления от начала болевого синдрома.

Результаты. Установлено, что ОКС на фоне МС возникает в более ранней возрастной группе, сопровождается повышением ЛПНП, ТГ.

Клиническая картина течения ОКС в I группе отличалась замедленной эволюцией изменений ЭКГ, более частыми проявлениями сердечной недостаточности (25%), аритмиями(28%). В контрольной группе эти показатели составили – соответственно 17% и 22%. Летальность в I группе отмечена у 4 (13,3%) больных, во II группе – у 1 (5%) пациента.

Выводы. Таким образом, метаболический синдром утяжеляет течение ОКС, замедляет восстановление нарушенного коронарного кровотока. Это требует раннего выявления пациентов с метаболическим синдромом и коррекции основных его факторов для предупреждения сердечно-сосудистой катастрофы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Насиров Ш.Н., Бочкова Л.П., Бакиева М.А.,
Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Целью нашего исследования была сравнительная оценка эффективности хлорталидона и индапамида у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 больных с артериальной гипертензией I и II степени, у которых выявлено увеличение индекса массы тела- 30 больных (75%), нарушение толерантности к углеводам у 20 больных (50%), увеличение уровня общего холестерина- 25 больных (60%), ЛПНП- 30 больных (75%), снижение ЛПВП – 24 (60%). Больные были разделены на 2 группы: I группа – 18 больных (45%), получавших хлорталидон в дозе 25-50 мг в сутки. II группа - 22 больных (55%), получавших индап 2,5мг в сутки. Длительность обследования составила 3 месяца.

Результаты. Установлено, что в группе больных, получавших хлорталидон, у 30% отмечалось повышение сахара в крови (в среднем до $5.8 \pm 0,7$ мм/л), увеличение общего холестерина, ЛПНП - у 35 % больных. В группе больных, получавших индапамид, изменений со стороны углеводного и липидного обмена не отмечалось. Уровень АД в группе больных, получавших хлорталидон, достиг желаемого уровня к концу 1 месяца, а во II группе через 2 недели.

Выводы. Таким образом, индапамид является нейтральным препаратом, не влияющим на липидный, углеводный обмен, а по гипотензивному эффекту не уступающим хлорталидону, поэтому его можно рекомендовать для лечения больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Рахимов Ш.М., Атаходжаева Г.А., Халимов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Известно, что метаболический синдром (МС) является предиктором развития ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета,

которые являются основными причинами смертности. В основе поражения сердечно-сосудистой системы при МС лежат сложные механизмы, одним из которых является вегетативная дисфункция.

Исходя из этого, в настоящей работе поставлена цель изучить характер variability сердечного ритма у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от выраженности и представленности компонентов МС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 27 больных, в возрасте от 40 до 65 лет, с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 10 лет, с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функциональным классом (ФК) по NYHA и МС. В качестве контрольной группы (К) были обследовано 12 больных с ХСН II-III ФК без МС. Все больные были разделены в зависимости наличия компонентов метаболического синдрома (МС) на 2 группы: 1 группа - 14 больных с ХСН II-III ФК, у которых было абдоминальное ожирение; 2 группа – 13 больных с ХСН II-III ФК, у которых отмечалось наличие более 3-х компонентов МС. При диагностике МС использовали критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (>94 см для мужчин); уровень ТГ ($>1,7$ ммоль/л); уровень ХСЛВП ($<1,03$ для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак ($>5,6$ ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2го типа. Исследование состояния ВНС проводили с помощью холтеровского мониторирования суточного ЭКГ с использованием установки системы “*Cardio Sens*” (ХАИ-Медика, г. Харьков). Анализировали временные и спектральные показатели ВСР.

Результаты исследования: У больных 1-ой группы зарегистрировано снижение показателей временного анализа mRR, SDNN, SDANN, SDNNi ($p<0,05$) в течение суток по сравнению с показателями К. Снижение параметров pNN50 и RMSSD при анализе ВСР у больных данной группы были значимыми ($p<0,05$). Показатели спектрального анализа LF, LFn и отношения значений LF/HF, а также снижение мощностей спектрального анализа HF, HFn по сравнению с показателями К были незначимыми. Анализируя показатели ВСР у больных 2-ой группы, мы установили достоверные изменения временных показателей ВСР в течение суток. Наблюдалось увеличение показателей mRR, SDNN, SDANN, SDNNi ($p<0,05$) в течение суток и увеличение показателей pNN50 и RMSSD ($p<0,05$) по сравнению с показателями К. Показатели спектрального анализа ВСР соответствовали результатам временного

анализа. Наблюдалось снижение мощностей LF, LFn ($p < 0,05$), соотношения значения LF/HF; увеличение значения HF, HFn ($p < 0,05$) в течение суток по сравнению с показателями К.

Таким образом, результатами исследования установлено, что у больных с ХСН имеется нарушение функции ВНС, проявляющееся усилением симпатического влияния на ритм сердца. Установлена прямая зависимость выраженности этих изменений от характера проявления МС. Сочетание ХСН с поликомпонентным МС увеличивает риск смертности этих больных, на что указывает значительное снижение ВСР, в частности SDNN.

РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рахимов Ш.М. Эргашов Ж. Я. Эргашева Н. К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент

В настоящее время известно, что гипергомоцистеинемия, которая рассматривается в качестве одного из компонентов метаболического синдрома, имеет важное значение в патогенезе ИБС. Однако механизм ее влияния изучен недостаточно.

Цель: Изучение состояния эндотелиальной дисфункции путем определения метаболитов NO у больных со стабильной и нестабильной стенокардией в зависимости от содержания гомоцистеина в крови.

Материал и методы. В обследование были включены 79 больных ИБС, в том числе 25 (31,6%) пациентов II ФК и 27 (24,2%) – III ФК с СС и 27(24,2%) с НС I В- III В класса (по классификации E. Braunwold). Контролем для всех групп служили данные от 20-ти условно здоровых лиц. Средний возраст обследуемых составил $55,5 \pm 6,8$ лет. Длительность заболевания у больных СС – $5,6 \pm 0,8$ лет, НС – $1,5 \pm 0,5$ лет. ГЦ, ЭТ, определяли методом твердофазного иммунофореза на приборе АТ-858 (LTD КНР), а концентрацию NO^- - по сумме основных стабильных метаболитов NO_2^- и NO_3^- , ONO_2^- , активность eNOS, iNOS – спектрофотометрически (СФ-46, Россия). Полученные данные обрабатывались статистически. Достоверными считали результаты при $P \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У больных с НС концентрация в сыворотке крови ГЦ превышала данные, полученные в контроле, на 13,4% ($P \leq 0,05$), а у больных с СС II и III ФК – на 21,3 ($P \leq 0,05$) и 30,7% ($P \leq 0,02$) (контроль ГЦ – $18,4 \pm 0,25$ мк М/и). Одновременно установлено,

что у больных СС с ФК II и ФК III в сыворотке крови концентрация NO, ONO₂⁻, активность iNOS и содержание ЭТ-1 превышали аналогичные данные, регистрировавшиеся у больных с НС в 1,6-2,4; 1,9-2,6; 2,3-3,5 и 1,5-1,8 (P≤0,001) раза; а по сравнению с контролем – в 2,6-3,5 (норма 15,6±0,8 мкмоль/л); 3,3-4,8; 2,7-3,9 (норма 16,8±0,93 мкмоль/мин) и 2,9-4,2 (P≤0,001), раза соответственно. Активность eNOS, наоборот, была снижена у больных с НС в 1,3 (p<0,05), а по сравнению с контролем в 2,1 (p<0,001), (норма 9,4±0,52 мкмоль/л/мин) раза. Следует отметить, что у больных СС у 3-х (11,1%) с ФК II и у 5 (18,5%) с НС уровень ГЦ был в пределах верхних границ контроля, несмотря на то, что в сыворотке крови у этих больных была выявлена гиперэкспрессия NO, ONO₂⁻, ЭТ-1, активность iNOS на фоне сниженной энзиматической реакции eNOS. У больных СС ФК II и ФК III показатель ГЦ имел прямую, статистически значимую корреляцию с параметрами NO (r = 0,66 – 0,69), ONO (r = 0,73 – 0,86), iNOS (r = 0,59 – 0,70), ЭТ-1 (r = 0,66 – 0,77) и обратную зависимость с eNOS (r = 0,51 – 0,64). Вместе с тем, у больных НС показатель ГЦ практически не имел связи с параметрами NO и eNOS (r = 0,10 – 0,14, p> 0,1) и напрямую, статистически значимо, с iNOS (r = 0,64), ЭТ-1 (r = 0,66).

Заключение. У больных ИБС с СС и НС уровень ГЦ в сыворотке крови определяется ФК стенокардии и экспрессией NO, ONO₂⁻, iNOS, ЭТ-1 и сниженной активностью eNOS. Экспрессия ГЦ NO, ONO₂⁻, iNOS, ЭТ-1 и угнетение активности eNOS более выражены у больных СС ФК III, по сравнению с больными с ФК II, и в обоих случаях, - выше, чем у больных ИБС с НС. Выявленная корреляционная связь между показателями ГЦ и NO- системы, которая возрастает с прогрессированием заболевания, свидетельствует о важной роли нарушенного обмена ГЦ в патогенезе ДЭ и развитии ИБС.

Pro12Ala ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPAR_γ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Срожидинова Н.З.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент

Цель работы: Изучить вклад Pro12Ala полиморфизма гена PPAR_γ в развитии сердечно-сосудистого ремоделирования и инсулинорезистентности среди больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) узбекской национальности.

Материалы и методы: В исследование были включены 118

больных с АГ и МС и 58 здоровых лиц мужского пола узбекской национальности. Средний возраст больных составил $46,7 \pm 10,6$ лет. МС диагностировали согласно рекомендациям IDF, 2005. Всем больным проводились стандартный пероральный тест толерантности к глюкозе, ЭхоКГ, тест с реактивной гиперемией, определение толщины комплекса интима-медиа (КИМ), микроальбуминурии (МАУ), липидов крови. Уровень инсулина в сыворотке крови определялся методом ИФА при помощи наборов «Access ultrasensitive insulin» фирмы Beckman Coulter™. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Путем ПЦР-амплификации изучали распределение Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ . ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCR Core (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Для идентификации аллелей применялась рестриктаза BstFNI.

Результаты. Частота распределения аллелей и генотипов Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ среди больных с АГ и МС была следующей: носительство Pro12 аллеля встречалось при 89,4% случаев, а носительство Ala12 аллеля - при 10,6%, $\chi^2=290,0$, $df=1$, $p=0,000$. Pro/Pro генотип встречался 79,7% случаев, Pro/Ala генотип – при 19,5%, Ala/Ala генотип – при 0,8%, $\chi^2=180,17$, $df=2$, $p=0,000$.

У здоровых лиц соотношение частоты Pro12 и Ala12 – аллелей было 82%:18% ($\chi^2=79,38$; $df=1$; $p=0,000$). Pro/Pro-генотип встречался 64% случаев, Pro/Ala гетерозиготы - 36%. Следует отметить, что Ala/Ala-генотип среди здоровых лиц не встречался ($\chi^2=46,32$; $df=2$; $p=0,000$).

Для дальнейшего анализа больные были разделены на группы по носительству аллелей. При анализе ассоциации Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ с показателями системной гемодинамики (САД, ДАД, АДср.), центральной гемодинамики (ММЛЖ, иММЛЖ, Е/А), маркерами сосудистого ремоделирования (ΔD , КИМ, МАУ) различий между носителями того или иного аллеля Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ не выявлены. Уровень гликемии натощак и после нагрузки, базального инсулина индекса НОМА в обеих группах также не зависела от Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ .

Выводы: У больных АГ с МС и здоровых лиц узбекской национальности отмечается достоверное накопление Pro12 аллеля Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ . Pro12Ala полиморфизм гена PPAR γ не ассоциируется с сердечно-сосудистым ремоделированием и инсулинорезистентностью у больных АГ узбекской национальности.

**МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД И УРОВЕНЬ
ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β1 У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Старченко Т.Г., Першина Е.С., Конькова В.С.,
Шкапо В.Л., Пенькова М.Ю.

ГУ „Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины”,
Харьков, Украина.

Цель исследования – изучить уровни малонового диальдегида (МДА) и трансформирующего фактора роста-β1 (ТФР-β1) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: обследовано 48 больных ГБ с СД 2 типа и 34 пациента ГБ без СД. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей. Уровень МДА определяли фотометрическим методом. Уровни ТФР-β1 в крови проводили иммуноферментным методом.

Результаты исследования: При изучении уровня МДА выявлена активация перекисного окисления липидов у больных ГБ как с СД 2 типа, так и без него. При этом уровень МДА составил у больных ГБ с СД 2 типа ($19,68 \pm 0,73$) нмоль мг белка, при ГБ без СД - ($12,38 \pm 0,87$) нмоль мг белка, что достоверно отличалось от показателей практически здоровых лиц - ($1,48 \pm 0,08$) нмоль на 1 мг белка, ($p < 0,001$); $p < 0,001$). Кроме того, уровень МДА также достоверно был выше у больных ГБ с СД 2 типа в сравнении с больными ГБ, неотягощенными СД ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что наряду с гемодинамической нагрузкой, гипергликемия существенно усиливает процессы перекисного окисления липидов. Анализ уровня ТФР-β1 у больных ГБ с СД 2 типа и без него установил увеличение уровня данного фактора роста в сравнении с контрольной группой ($7,12 \pm 1,2$) нг/мл как в случае сочетания ГБ с СД 2 типа – ($18,2 \pm 1,56$) нг/мл, ($p < 0,05$); так и при ГБ с нормальным углеводным обменом - ($12,5 \pm 1,72$) нг/мл ($p < 0,05$). Уровень данного фактора роста также был выше в случае сочетания ГБ с СД 2 типа в сравнении с пациентами ГБ без СД. Такая динамика изучаемого фактора роста у обследованных на фоне усиления процессов перекисного окисления липидов, возможно, свидетельствует о его роли в процессах усиления атерогенных свойств плазмы

Выводы: Больные ГБ в сочетании с СД 2 типа характеризуются высокой активностью перекисного окисления липидов и достоверно более высоким уровнем ТФР-β1 в сравнении с больными ГБ без СД.

Возможно, данный фактор роста стимулирует экспрессию лектиноподобного рецептора окисленных липопротеидов низкой плотности в клетках эндотелия, гладкомышечных клетках и макрофагах, что способствует активации атерогенеза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Ташинова Л.Х., Латипова В.Г., Абдушукурова К.А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд

Цель работы: Проведение сравнительной оценки эффективности лечения ГБ с гиперхолестеринемией. Определить эффективность назначения гипотензивных препаратов в комбинации со статинами.

Материалы и методы: Для достижение цели изучили истории болезни 50 больных с гипертонической болезнью I терапевтического отделения Клиники СамМИ в возрасте от 40-65 лет, из них 32(64%) женщин, 18(36%) мужчин с давностью болезни 5-14 лет.

Результат работы: Из числа больных у 24(48%) определен уровень холестерина крови, где отмечается гиперхолестеринемия, 19(38%) ожирение, 7(14%) незначительное повышение сахара в крови, которые являлись факторами риска для развития гипертонической болезни. С целью определения эффективности лечения взяли больных ГБ с гиперхолестеринемией и их разделили на две группы, т.е. первая группа больных получили, наряду с гипотензивными препаратами, статины, а вторая группа больных получили только гипотензивные препараты. Результат исследования показал, что у второй группы больных, в отличие от первой, отмечалось стойкое повышение уровня АД и стабилизация уровня АД на поздние сроки лечения.

Вывод: Таким образом, применение гипотензивных препаратов в комбинации со статинами у больных гипертонической болезнью с гиперхолестеринемией привело к снижению уровня АД в ранние сроки лечения, что доказывает эффективность.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕКТОРОВ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Ташкенбаева Э.Н., Мухаммадиева З.У.,

Хасанжанова Ф.О., Муранов Б.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, СамГосМИ, Самарканд

Цель работы: оценка уровня мочевой кислоты (МК) в функциональной взаимосвязи с оксид азотом (NO) в крови, при терапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с назначением препаратов Аллопуринол и Гепат-Мерц.

Материалы и методы. В исследование включены 73 больных (41 мужчин и 32 женщины) возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст $55,6 \pm 4,8$ года) с диагнозом ИБС со стабильной стенокардией (СС) II-III функционального класса. Больные были распределены на три группы: 1-ю составили 23 пациента, которые получали традиционную терапию; 2-ю и 3-ю группы, составили по 25 пациентов, которым назначали в курс стандартного лечения, соответственно - Аллопуринол и/или Гепат-Мерц. Биохимические исследования проводили до и после лечения. Изучали содержание в сыворотке крови и суточной моче МК, глюкозы, креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ). В мембранах эритроцитов определяли уровень стабильных метаболитов NO_x , эндотелиальную синтетазу NO (eNOS), НАДФН-нитратредуктазу (НР), пероксинитрита (ONOO^-). Контрольную группу для биохимических исследований составили 20 условно здоровых лиц (добровольцев) сопоставимого возраста и пола ($52 \pm 6,9$ года 10 мужчин и 10 женщин).

Результаты. До проводимого лечения у больных СС по сравнению с контролем отмечено выраженное увеличение в крови МК – на 31,5 % ($P < 0,001$) и креатинина – на 41,7 % ($P < 0,001$), на фоне сохранения СКФ и экскреции с мочой МК. Анализ полученных результатов наблюдений показал, что в мембранах эритроцитов уровень стабильных метаболитов NO_x оказался значительно ниже контрольных данных – на 32,5 % ($P < 0,001$), что можно полагать было связано с угнетением активности eNOS – на 50,3 % ($P < 0,001$), экспрессией активности НР – на 137,9 % ($P < 0,001$) и чрезмерно высоким содержанием пероксинитрита (ONOO^-) – 160,1% ($P < 0,001$). Введение Аллопуринола и Гепат-Мерц в схему стандартной терапии больным СС характеризовалось повышением, по сравнению с группой традиционного лечения (1гр), экскреции с мочой МК, что, несомненно, было связано с увеличением СКФ. Вследствие этого, можно полагать, было связано со снижением выведения из орга-

низма избыточного количества МК и креатинина, которое одновременно проявлялось уменьшением их в крови. Восстановление нарушенного баланса в организме МК и креатинина сопровождалось существенным возрастанием в мембранах эритроцитов уровня NO_x , активностью eNOS, снижением экспрессии активности НР и уровня ONOO^- , восстановилось до контрольных значений содержание в крови глюкозы. Выявленные улучшения метаболических систем, характеризующие функциональную активность почек (СКФ), экскрецией МК и креатинина крови, показателей состояния активности NO-системы были существенно выше в 3 гр. больных СС, которым в курс стандартной терапии назначали препарат Гепа-Мерц, чем у больных СС, которым назначали Аллопуринол.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что Аллопуринол и в большей степени Гепа-Мерц достоверно снижает уровень в крови МК, который является одной из основных причин выраженного нарушения эндотелиальной дисфункции, развития СС. Кроме того, Аллопуринол и Гепа-Мерц увеличивают СКФ и выведения из организма МК, способствует уменьшению в крови глюкозы, что имеет принципиальное значение при лечении больных с МС.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ИБС

Ташкенбаева Э.Н., Мухаммадиева З.У., Маджидова Г.Т.,
Хасанов Ш.Т., Марданов Т.Р.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, СамГосМИ, Самарканд

Целью исследования явилось выявить особенности липидного профиля крови, изменения в показателях, характеризующие функции печени у больных с коронарным синдромом и бессимптомной формой ГУ, а также связи между уровнем МК и клиническими проявлениями ИБС.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 191 больных ИБС, в том числе 118 больных с нестабильной стенокардией (НС) (1 группа), 73 больных со стабильной стенокардией (СС) (2 группа) и 20 практически здоровых лиц (контроль). Исследования проводили в динамике до и после приступа стенокардии. Оценивали основные показатели липидного спектра: общий холестерин – ХС, триглицериды – ТГ, ХСЛПВП, ХСЛПНП; распределение ХС между атерогенными и антиатерогенными липопротеидами изучали с помощью ли-

пидного коэффициента атерогенности (КА).

Результаты. У больных с НС (1 группа) в период до приступа показатели, характеризующие состояние липидного обмена – ХС_{общ}, ХСЛПВП, ХСЛПНП, ТГ и КА оказались в пределах контрольных значений. Вместе с тем, у больных СС (2 группы) в до приступный период уровень ХС_{общ}, ХСЛПНП, ТГ и КА существенно превышают контрольные данные – на 12,0% ($P>0,05$), 17,0% ($P<0,01$), 16,0% ($P<0,05$) и 34,1% ($P<0,001$) соответственно. Высокий показатель КА у больных НС в период до приступа можно полагать, связан с возрастанием концентрации ХС_{общ} и низким содержанием в крови больных НС ХСЛПВП – на 34,1% ($P<0,001$). Наряду с установлением нарушения холестерина обмена, нами выявлены сдвиги в показателях характеризующие функции печени. В до приступный период у больных НС (1гр) АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза (ЩФ), общий и прямой билирубин, тимоловая проба превышали, а общий белок и протромбиновый индекс (ПТИ) были ниже таковых значений в контроле – на 42,8%; 25,0%; 22,2%; 18,0%; 17,3%; 17,9%; 10,8% ($P<0,05$) и 4,4% ($P<0,01$) соответственно исследуемых величин. В период приступа у этих больных повысились еще больше показатели АСТ, АЛТ, ЩФ, общий и прямой билирубин, тимоловая проба, которые превышали данные до приступа – на 30,0%; 40,0%; 25,5%; 16,3%; 24,0% и 23,8%, а общий белок и ПТИ снизились на 7,1% и 5,4% соответственно (табл.2). При анализе показателей характеризующих функцию печени у больных СС (2гр) установлено, что прослеживается сходная динамика как в группе больных до и после лечения с НС. Однако эти показатели у больных СС были существенно более нарушены, чем у больных с НС. Следовательно, проведенные исследования показали, что у больных с НС и СС в исходном периоде (до приступов стенокардии) наблюдаются расстройства функций печени. Большинство исследователей это относят к коморбидным состояниям, обусловленных гипоксией тканей печени, среди которых важными причинами являются:

Таким образом, у больных бессимптомной ГУ важным фактором прогрессирования ИБС может быть высокий уровень в крови ХС_{общ} и его фракций, ТГ, нарушение функций печени. При этом ГУ и нарушенный холестерин обмен у больных с НС и СС взаимосвязаны. Наличие корреляционной зависимости между высоким уровнем МК и возрастанием спектра холестерина обмена, особенно в период приступа НС и СС, свидетельствуют о едином механизме их участия в сердечно-сосудистых расстройствах и формировании ИБС.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КЕЛИБ ЧИКИШИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТУТГАН УРНИ

Тулабаева Г.М., Адизова Д.Р., Адизова С.Р.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент

Бухоро Давлар тиббиёт институти, Бухор

Изланишнинг мақсади: Кекса ёшли аёлларда сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) юзага келишида коронараген ва нокоронараген (АГ) касалликлар ўрнини баҳолаш.

Материал ва услублар: Беморларнинг ёши Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти Европа ҳудудий кўмитасининг 1963 йилги меъёрий кўрсаткичлари бўйича белгиланди. Беморларнинг клиник баҳоланиши умумқабул қилинган усулда олиб борилиб, бу сўров, кўрув, физикал текширувлардан иборат бўлди. СЮЕда беморлар функционал ҳолати Нью-Йорк кардиологлар ассосиацияси классификацияси асосида белгиланди (NYHA, 1964). Артериал гипертония (АГ) даражаси Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ва Халқаро Гипертония жамиятининг 1999 йилдаги таснифи асосида белгиланди.

Текширувдан олинган натижалар: Текширувга 120 та СЮЕ мавжуд 60 ва ундан катта ёшдаги кекса аёллар жалб этилди, улардан СЮЕ II функционал синф(ФС)и билан 51 та (42,5%), III ФСда 69 та (57,5%) бемор кўрувдан ўтказилди. СЮЕ ривожланишига олиб келувчи омилларнинг тарқалиши тахлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди: барча беморларнинг 108 таси (90,0%)да АГ, 74таси (61,7%)да юрак ишемик касаллиги (ЮИК) учради, АГ ва ЮИК 62 (51,7%) ҳолатда бирга келиши аниқланди. АГнинг СЮЕ ривожланишида этиологик омил сифатидаги улуши ЮИКга нисбатан 45,9%га юқорилиги яққол намоён бўлди. СЮЕ структурасида АГ даражаларининг улушини кўриб чиқадиган бўлсак, кўрувдан ўтган беморларнинг 5 тасида АГ I даражаси, 46тасида АГ II, 57тасида АГ III даражаси учради, бу барча гипертония билан оғриган беморлар орасида мос равишда 4,6%, 42,5%, 52,7% ни ташкил этди. СЮЕ ривожланишида этиологик омил сифатида III даражали АГ I даражага нисбатан 11,4 марта, II даражали АГга нисбатан 1,2 марта кўп тарқалганлиги аниқланди. Юқоридаги каби ЮИК ни СЮЕ структурасидаги ўрни кўриб чиқилганда ўтказилган ўтказилган ўткир миокард инфаркти (ЎЎМИ) барча беморларнинг 14таси (11,6%)да, турғун зўриқиш стенокардияси (ТЗС) 69таси (57,5%), ЮИК. СЮЕ 5 таси(4,1%)да учраши аниқланди. Демак, ЮИК ТЗС ЎЎМИ дан 4,9 марта, ЮИК. СЮЕдан 13,8 марта кўп учраётганлиги маълум бўлди.

ЎЎМИ мавжуд беморларнинг барчасида бир вақтнинг ўзида ЮИК. ТЗСси турли функционал синфларда йўлдошлиги маълум бўлди. ЮИК. ТЗС ФСларининг СЮЕ ривожланишида этиологик омил сифатидаги ўрни тахлил қилинди, бунда зўриқиш стенокардия II ФС 25(33,8%), III ФС 44(59.4%) ни ташкил этиб, кекса ёшли аёлларда ЮИК.ТЗС III ФСнинг СЮЕ ривожланишидаги ўрни II ФСга нисбатан 76,0%га юқорилиги намоён бўлди. Аёлларда ўтказилган ўткир миокард инфаркти турларининг СЮЕ этиологик омил сифатида тарқалиши баҳоланганда 10(71,4%) катта ўчоқли, 4(29,0%) кичик ўчоқли ЮИК.ЎЎМИ, 12(85.7%) бирламчи инфаркт, 2(14,2%) қайта инфаркт ўтказилганлиги аниқланди.

Хулоса: Кекса ёшли аёлларда СЮЕ этиологик омил сифатида биринчи ўринда АГ ва ундан кейинги ўринда ЮИК: ТЗС си туради, ёш ошиши билан АГ ва ЮИК: ТЗСнинг учраши ошиб, ушбу касалликларнинг қўшилиб келиш эхтимоли кучаяди.

НЕФРОТИЧЕСКИЕ КРИЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ИХ ПРЕДИКТОРЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Умурзаков О.Т., Мамасалиев Н.С., Саитжанов Л.С., Уринбаев У.Ж.
АФ РНЦЭМП и АндГосМИ, Андижан

Цель работы. Разработать новые программы по эффективной профилактике данной urgentной клинической ситуации.

Материалы и методы. Осуществлялось поперечное одномоментное эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке мужчин и женщин в возрасте от 18 до 70 лет и старше по материалам АФ РНЦЭМП. Обследовано 725 пациентов с НК. Предикторы НК оценивались и выявлялись исходя из общепринятых международных рекомендаций (WHO, 1999).

Результаты. Предикторы НК (персистирующая активность основного патологического процесса, протеинурия, системная АГ, дислипотеидемия, анемия, инфекции, обструкция мочевыводящих путей, сердечная недостаточность, ожирение, беременность, ятрогенные факторы, нефротоксические антибиотики) в различных стадиях ХЗП выявляется следующей частотой: в I-ой стадии – 28,5%, II-ой – 14,6%, III-ой – 5%, IV-ой – 2,4% и в V-ой – 1,4% ($P < 0,01$). В целом, ПНК при ХЗП регистрируется в 52,2% случаев (15,8% - у мужчин и 36,4% - у женщин, $P < 0,01$). Выявлено, что в различных возрастных группах обследованной

популяции ПНК варьирует в уровнях более чем в 3,3 раза: высокий показатели заболеваемости регистрируются в возрасте 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше ($P < 0,001$).

В целом, среди общей популяции – больных ХЗП, выявляемость ПНК увеличивается с возрастом в 5 раз ($P < 0,01$). В разных группах распространенность ПНК наблюдается на следующих уровнях: в возрасте до 20 лет – 19,0%, 20-29 лет – 29,5% ($P < 0,05$), 30-39 лет – 32,6% (с увеличением по сравнению с первой возрастной группой – в 1,7 раза, $P < 0,05$), 40-49 лет – 64,2% (с увеличением в 3,4 раза, $P < 0,01$), 50-59 лет – 92,7% (с увеличением в 3,4 раза, $P < 0,001$), 60-69 лет – 74,9% (с увеличением в 3,4 раза, $P < 0,001$), 70 лет и старше – 75,0% (с увеличением в 3,9 раза, $P < 0,01$).

Выводы Полученные данные, безусловно, обращают наше внимание на необходимость совершенствования современных методов профилактики ПНК, а также адекватного лечения с учетом, в первую очередь, результатов клинико-популяционных исследований.

**РОЛЬ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АЛКОГОЛЯ,
ТАБАКОКУРЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СТЕАТОЗЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ** Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Целью исследования явилось изучение роли желчекаменной болезни, алкоголя, табакокурения и особенностей пищевого поведения пациентов со стеатозом поджелудочной железы (СПЖ).

Материал и методы исследования. Обследовано 49 больных, из них: 24 женщины (49,0%) и 25 мужчин (51%) хроническим панкреатитом. Возраст больных колебался от 25 до 73 лет. Всем пациентам проводились общеклинические и биохимические исследования. Частота употребления алкоголя и табакокурения, а также интенсивность болевого синдрома устанавливалась при помощи опросников.

Результаты исследования. Проанализировано влияние злоупотребления алкоголем в прошлом на выраженность в настоящее время абдоминальной боли у пациентов. Выраженные боли (2 и 3 балла) отмечены у 3 больных, злоупотреблявших алкоголем в прошлом (11,6%), и у 4 пациентов, не злоупотреблявших алкоголем (17,5%) ($p > 0,05$). Также не получено достоверных различий в выраженности нарушений экзокринной функции ПЖ: снижение активности кишечной эластазы в

кале (<200 мкг/г) выявлено у 4 больных, имевших избыточное употребление алкоголя (15,4%) и у 3 пациентов, не злоупотреблявших алкоголем (13,0%) ($p>0,05$). Желчекаменная болезнь (холецистолитиаз) была диагностирована у 23 больных со СПЖ. У 16 больных проведена операция холецистэктомии. Для лучшей оценки факторов, влияющих на нутриционный статус больных СПЖ и больных группы сравнения, мы просили ответить пациентов на вопрос: «Испытываете ли Вы чувство страха перед едой вследствие возможного возникновения чувства боли?». Только 4 больных (8,2%) со СПЖ отвечали на данный вопрос положительно. Из этих больных только один пациент имел избыточную массу тела (ИМТ-25,8кг/м). В то же время, в группе больных ХПВ испытывали чувство страха перед едой 32 пациента (36,7%). В группе больных со СПЖ на протяжении жизни табакокурение отмечено 20 пациентами (17 мужчин и 3 женщин). Ко времени начала наблюдения в клинике, продолжали курить 11 человек. Каких-либо различий в нутритивном статусе пациентов, куривших только в прошлом, активных курильщиков и некурящих выявить не удалось. Так, ИМТ в первой группе составил $27,7 \pm 0,6$ кг/м²; во второй - $28,6 \pm 0,5$ кг/м², и среди некурящих - $28,1 \pm 0,6$ кг/м² ($p>0,05$). Также не удалось выявить какого-либо влияния интенсивности и продолжительности курения в прошлом на нутритивный статус в настоящее время. Все больные, курящие в настоящее время и в прошлом, были разделены по индексу пачко/лет на 2 группы: показатель индекса пачко/лет менее 20 (12 больных) и более 20 (4 пациента); у 4-х пациентов индекс пачко/лет подсчитать было невозможно из-за неточности приводимых больными данных. ИМТ в первой группе составил $28,2 \pm 0,3$ кг/м², во второй - $27,3 \pm 1,5$ кг/м² ($p>0,05$).

Заключение. Стеатоз поджелудочной железы может рассматриваться как диффузный процесс развития жировой ткани во всех отделах поджелудочной железы, сочетающийся с вялотекущим воспалением органа под воздействием панкреатогенных факторов (алкоголь, желчекаменная болезнь). Каких-либо различий в нутритивном статусе пациентов куривших только в прошлом, активных курильщиков и некурящих выявить не удалось.

СТЕАТОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Целью работы. Изучить клинические особенности стеатоза поджелудочной железы (СПЖ) и его связь с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследования. Среди обследованных больных было 24 женщины (49,0%) и 25 мужчин (51%) хроническим панкреатитом. Возраст больных колебался от 25 до 73 лет. Всем пациентам проводились общеклинические и биохимические исследования. Для верификации диагноза исследуемым больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и ЭГДФС для исключения других заболеваний пищеварительной системы.

Результаты исследования. Для оценки особенностей клинической картины пациентов со СПЖ проводилось их сопоставление с группой больных хроническим воспалительным панкреатитом (ХПВ). При объективном осмотре избыточная масса тела выявлялась у 44 (89,8%) больных СПЖ (индекс массы тела составлял у них более 25 кг/м²). Усредненный показатель ИМТ составил 28,4±0,4кг/м² и был достоверно выше, чем аналогичный показатель у больных ХПВ - 23,8±0,5кг/ м² (p<0,05). В результате проведения подробного клинического обследования больных с ХПВ и СПЖ нами проведена сравнительная оценка частоты сопутствующих заболеваний. Большой интерес вызывала достоверная связь СПЖ с высокой частотой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, стеатоза печени, гипертонической болезни (p<0,05), а также повышенная частота сахарного диабета и ишемической болезни сердца. В соответствии с рекомендациями АТР III диагноз метаболический синдром устанавливается при наличии трёх и более из приведенных критериев. Среди наших пациентов со СПЖ метаболический синдром выявлен у 16 из 24 больных женского пола, и у 15 из 25 мужского. Таким образом, частота метаболического синдрома у пациентов мужского и женского пола со СПЖ достоверно не различалась (p>0,05). Метаболический синдром диагностировался достоверно более часто (p<0,05) у больных со СПЖ, чем у больных с ХПВ (29 из 49 больных и 19 из 147 больных, соответственно).

Выводы. Таким образом, преобладание у пациентов со СПЖ таких признаков, как избыточная масса тела, нарушение углеводного и жирового обмена, гипертоническая болезнь следует признать общими проявлениями метаболического синдрома. С наличием метаболическо-

го синдрома, вероятно, связано и развитие под влиянием панкреатогенных факторов (алкоголь, ЖКБ и т. д.) жировой дистрофии ПЖ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ СЕРДЦА КРОЛИКОВ ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОРРЕКЦИИ

Хидоятова М.Р., Иноятова Ф.Х., Исраилов Р.И.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент

Цель работы. Микроскопическое изучение общепатологических процессов, развивающихся в различных структурных элементах стенки сердца кроликов при метаболическом синдроме (МС) и после коррекции их кардиоспасом.

Материалы и методы. Эксперименты были проведены на 12 кроликах - самцах, массой от 1600 до 2100г. Модель МС была воспроизведена согласно рекомендациям Каримова Х.Я и соавт.(2006). Данный способ, защищён патентом Республики Узбекистан. На фоне дальнейшего моделирования МС кроликам основной группы (6 кроликов), вводили кардиоспас, растворённый в дистиллированной воде перорально в дозе 50 мг/кг массы тела, ежедневно, в течение 30 дней, остальные служили контролем.

Результаты. У кроликов контрольной группы морфологически отмечалось развитие в эндокарде сердца выраженного отека, мукоидного и фибриноидного набухания, проявившиеся метахромазией в виде миксаматоза волокнистых структур. Дисциркуляторные, отечные и дистрофические изменения, характерные для МС развились и в миокарде, причем имели диффузный характер. Микроскопически во всех отделах миокарда отмечалось полнокровие сосудов, отёк и разрыхление интерстициальной соединительной ткани. Характерным морфологическим изменением для МС явилось развитие в кардиомиоцитах паренхиматозной жировой дистрофии, которая проявилась в виде появления в саркоплазме кардиомиоцитов разнообразных липидогенных вакуолярных структур. Данная жировая дистрофия местами в миокарде осложнилась липидогенным миолизом кардиомиоцитов. В отдельных участках миокарда, особенно в стенках предсердия, выявлялись очаги метаболического некроза кардиомиоцитов и пролиферация вокруг очага некроза лимфо-гистиоцитарных клеток в виде пролиферативного инфильтрата.

Фармакотерапия кардиоспасом стабилизировала дисциркуляторные, отечные и дистрофические явления в эндокарде и миокарде сердца. Микроскопически во всех отделах миокарда отмечалось умеренное полнокровие сосудов, незначительный отёк интерстициальной соединительной ткани. Характерная для МС паренхиматозная жировая дистрофия кардиомиоцитов при фармакотерапии кардиоспасом несколько уменьшилась и исчезли липидные вакуоли. Лишь в некоторых участках сохранялась небольшая мелкокапельная жировая дистрофия, определяемая в стенке предсердий. В интерстиции миокарда сохранялись некоторые очаги скопления лимфо-гистиоцитарных клеток и не определялись очаги метаболического миолиза и некроза кардиомиоцитов.

Выводы. 1. МС характеризуется поражением эндокарда и миокарда, носящего диффузный характер, в основном это проявляется миолизом, полиморфно-ядерной инфильтрацией, дистрофией и сосудистыми изменениями, отложением липидов.

2. Фармакотерапия МС у кроликов кардиоспасом существенно снижает дистрофические, дисциркуляторные изменения, уменьшает отложения жировых включений, лимфоцитарно-макрофагальной инфильтрации и миолиза. Полученные результаты указывают на целесообразность включения кардиоспаса в комплекс лечения ИБС у больных с МС.

ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хидоятова М.Р., Дадабаева Н.А., Нуриллаева Н.М.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент

Цель исследования. Оценка толерантности к физической нагрузке и качества жизни у больных ХСН и МС.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 40 больных ХСН II функционального класса (ФК), которые были разделены на 2 группы: 1-ая (n= 24) с МС - основная и 2-ая (n=16) без МС, группа сравнения. Все больные находились на стационарном лечении в отделении 1-кардиологии Ташкентской Медицинской Академии. Больным проводились клинические, лабораторные (стандартные) и инструментальные методы исследования, тест 6 минутной ходьбы (ТШХ), а также измерение антропометрических показателей. Для более точной оценки тяжести клинических проявлений болезни использовали шкалу

оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированной Мареевым В.Ю.(2000). Оценку КЖ проводили с помощью Миннесотского опросника исследования КЖ у больных ХСН. Симптомы оценивали по 4-бальной шкале, где 0 баллов – отсутствие признака, 4 – максимальное проявление. Функциональные возможности больных изучали по опроснику DASI (The Duke Activity Status Index).

Результаты. Изучение толерантности к физической нагрузке показало, что у обследованных больных показатель ТШХ в группе ХСН с МС составил $347,2 \pm 26,8$ метров, в группе ХСН без МС – $379,0 \pm 18,54$ метров, разница между группами составила 8,4%. Показатель ШОКС в основной группе был равен $5,5 \pm 0,9$ баллам, в группе сравнения – $4,6 \pm 0,6$ баллов. Анализ КЖ по Миннесотскому опроснику показал, что суммарный индекс у больных ХСН и МС составил $36,5 \pm 3,04$ против $31,2 \pm 1,48$ баллов у больных без МС, что было выше на 14,6%. Следует отметить, что среди показателей КЖ у больных с МС наибольшая разница наблюдалась в ограничении физической активности (выполнение домашних и служебных обязанностей, посещение врача, бытовые нагрузки, реализации на работе, занятия спортом). Более выраженные различия в группах были отмечены при анализе индекса активности, рассчитанного по опроснику DASI. У больных ХСН и МС показатели функциональной активности составили $9,3 \pm 1,3$ баллов, что было меньше на 36,8% чем у больных без МС.

Вывод. МС оказывает существенное влияние на качество жизни, толерантность к физической нагрузке и тяжесть течения заболевания, что связано с более выраженными клиническими признаками ХСН у данной категории лиц. Это сопровождается ограничениями в значимых сферах жизни, включая трудовую и повседневную активность.

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Холбоев С.Б., Бердыев Ш.Ч., Абдурахманова Н.Х., Туляганова М.А.,
Ким И., Раджабова Д.З.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент
Городская клиническая больница №6, Ташкент

Цель работы. Изучить возможности метформина в коррекции дисбиоза кишечника среди лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе.

Материал и методы. Обследовано 102 человека в возрасте от 30

до 60 лет, в том числе - 20 больных с СД 2 типа средней степени тяжести, 42 человек с НТГ и 40 человек без СД и НТГ. Исследование гликемии проводилось на основании данных орального теста толерантности к глюкозе (ОТТГ) по уровню глюкозы в капиллярной крови. При этом учитывались показатели гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема обследуемым 75 гр. глюкозы. Бактериологические исследования фекалий проводили по количественному методу с помощью специального набора элективных питательных сред с учётом методических рекомендаций Эпштейн-Литвак, Грачевой Н.М. и соавторов (1987) в модификации Гариб Ф.Ю. (1997). Аэробные микроорганизмы культивировали в среде Эндо, Сабуро, молочно-солевом агаре и 5%-ом кровяном агаре. Микроаэрофилы культивировали в среде МРС-4 в атмосфере CO₂ свечи в эксикаторе; анаэробные микроорганизмы культивировали в среде Блаурокка. Выделенные микроорганизмы идентифицировали на основании культуральных, морфологических, тинкториальных и биохимических свойств по общепринятым методам с помощью «Краткого определителя бактерий Берги» (1980). Количество бактерий выражали в Lg КОЕ/гр.

Для оценки роли коррекции инсулинорезистентности в нормализации кишечной микрофлоры больным с НТГ и дисбактериозом кишечника (дополнительно к стандартной терапии) назначался метформин (препарат Сиофор компании “Berlin Chemie”).

Результаты. Согласно полученным данным, применение метформина позволило улучшить эффективность терапии дисбактериоза кишечника. В результате лечения частота дисбактериоза кишечника достоверно ($p < 0,05$) снизилась в обеих группах. Среди лиц, получавших только пробиотик, частота дисбиоза снизилась с 74,51% до 37,48%, а среди тех, кто получал пробиотик в сочетании с метформином частота дисбиоза снизилась с 73,65% до 21,83%. При этом, в группе лиц с НТГ, получающих пробиотик в сочетании с метформином, степень снижения частоты дисбиоза оказалась выше, чем в группе без метформина.

С целью оценки возможностей коррекции нарушенного микробиоценоза кишечника при различных категориях гипергликемии был проведен анализ эффективности лечения пробиотиком и метформином при нарушении гликемии натощак и при постнагрузочной гипергликемии. Согласно полученным данным, в результате лечения дисбиоза произошло достоверное снижение частоты дисбактериоза кишечника в обеих группах. Однако, в группе лиц получавших комбинированную терапию (пробиотик и метформин) имело место более выраженной снижение частоты дисбиоза (в 4 раза) по сравнению с группой полу-

чавшей только пробиотик (в 3 раза).

Вывод. Коррекция инсулинорезистентности метформином при сочетании нарушенной толерантности к глюкозе и дисбактериоза кишечника способствует улучшению кишечного микробиоценоза.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Холбоев С.Б., Хатамова Д.Т., Кадырова Г.Г., Зиямухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент.

Цель работы. Изучить состояние микробиоценоза кишечника при нарушенной толерантности к глюкозе и возможности коррекции гипергликемии в восстановлении нарушенной кишечной микрофлоры.

Материалы и методы. Обследовано 48 человек, у которых выявлено нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и 46 человек без НТГ в возрасте от 30 до 59 лет. Из обследования исключены лица с заболеваниями желудка и кишечника, лица с сахарным диабетом. Медицинское обследование включало следующие методы: опросные, биохимические, инструментальные и микробиологические. Наряду с общепринятыми методами обследования больных с патологией ЖКТ (УЗИ, рентген, гастрофиброскопия, анализ кала и т.д.), также изучены уровни гликемии, липидов, массы тела и артериального давления. В работе также использован опросник, специально разработанный для настоящего исследования. Инструментальные методы: УЗИ почек, печени, поджелудочной железы, гастрофиброскопия, ректороманоскопия и рентгенография. Толерантность к глюкозе определялась в ходе выполнения стандартного теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема исследуемым 75гр. глюкозы. Оценка показателей ТТГ проводилась с учетом рекомендаций экспертов ВОЗ. Учитывалась гипергликемия натощак, а также при повышении глюкозы через 2 часа после нагрузки глюкозой. Дополнительно к рекомендациям ВОЗ изучалась также гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой.

Результаты. В результате исследования получены новые данные о микробиоценозе кишечника в условиях инсулинорезистентности. Показано, что у лиц без заболеваний желудочно-кишечного тракта, но при НТГ имеет место нарушение микрофлоры кишечника. У 87,4% лиц с НТГ выявлен дисбиоз кишечника. При НТГ наблюдается преимущественно 2 и 3 степени дисбиоза кишечника. Дисбиотические процессы в

большой степени выражены при нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой. Установлено, что среди лиц с НТГ, которым в целях снижения гипергликемии назначается сиофор, происходит улучшение нарушенной микрофлоры кишечника. При этом показано, что больший эффект отмечается среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой, чем при нарушении симпатoadренальной фазы гликемической кривой.

Выводы. При нарушенной толерантности к глюкозе имеет место нарушение микрофлоры кишечника даже при отсутствии манифестирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Наличие гипергликемии ассоциируется с формированием дисбиоза кишечника. Коррекция гипергликемии способствует нормализации микрофлоры кишечника.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИПРОГЕПТАДИНА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОРТИЗОЛА

Черныш П.П., Каюмов У.К., Саипова М.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучить влияние ципрогептадина на основные показатели метаболизма у больных сахарным диабетом 2 типа (СД).

Методы исследования. Под наблюдением находились 35 больных с СД 2 типа. На фоне проводимой терапии им назначался ципрогептадин в суточной дозе 8-12 мг. Изучалась динамика уровней артериального давления (АД), липидов, гликемии, инсулина, гликозилированного гемоглобина, АКТГ, кортизола и массы тела. Исследование продолжалось в течении 9 месяцев.

Результаты. Показано, что применение ципрогептадина позволяет улучшить, как показателей углеводного обмена, так и некоторые другие показатели метаболизма. Достоверное улучшение этих показателей по сравнению с исходными данными, проявляются к шестому месяцу. Уровень постпрандиальной глюкозы и гликозилированного гемоглобина снижаются при неизменной дозе базисных пероральных сахароснижающих препаратов. Вместе с тем, показатели липидного обмена начинают улучшаться только после шестого месяца приёма ципрогептадина. Применение ципрогептадина позволяет получить положительные сдвиги и в содержании некоторых гормонов. Наиболее существенным было снижение уровня кортизола. Менее значимым было сниже-

ние показателей АКТГ, которые были практически неизменными в течение 6 месяцев и только на 9-й месяц наблюдалось снижение его уровня. Впервые выявлено снижение (на фоне приёма ципрогептадина) уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ) в крови, что свидетельствует об уменьшении выраженности ИР и, как следствие этого, уменьшении потребности организма в эндогенном инсулине. Подтверждением этому может служить и снижение показателей индекса НОМА практически в 2 раза по сравнению с исходными показателями. На фоне применения ципрогептадина имеет место снижение уровней гликемии, артериального давления, индекса массы тела и окружности талии.

Установлено, что положительные эффекты ципрогептадина в отношении изучаемых показателей в большей степени выражено при исходно повышенных уровнях кортизола.

Выводы. Таким образом, показано, что препарат ципрогептадин может с успехом использоваться при лечении сахарного диабета 2 типа. Вместе с тем, применение ципрогептадина наиболее эффективно при исходно повышенных уровнях кортизола.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МОКСОНИДИН (ФИЗИОТЕНЗ) У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шагазатова Б. Х., Мухиддинова Г. Д.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель работы: изучение эффективности препарата моксонидин в сочетании с немедикаментозными методами лечения у лиц с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе МСЧ «УзЭлектросеть» 2007-2008гг. В исследование были включены 33 человека, 33-59 лет с диагнозом МС. МС устанавливался при наличии всех четырех критериев и/или центрального ожирения и 2 дополнительных критериев IDF(2005). Повышение артериального давления устанавливалось при цифрах $\geq 130/80$ мм.рт.ст. Наличие ожирения устанавливалось при величине индекса Кетле 30 кг/м^2 и более. Диагноз сахарный диабет (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) устанавливались по классификации ВОЗ (1998). Для выявления нарушений углеводного обмена определялся уровень глюкозы в крови натощак и через 2 часа после перорального приема 75г глюкозы. Уровень общего холестерина (ХС) $\geq 5,21$ ммоль/л; триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л или 150мг/дл. Согласно рекомендациям IDF(2005), абдоминальное ожире-

ние при $OT \geq 94$ см у мужчин и 80 см у женщин. Абдоминальный индекс (АИ) у мужчин ≥ 0.95 и у женщин ≥ 0.8 . Всем пациентам проводили немедикаментозную коррекцию, включающую диету и физические нагрузки, а также Моксонидин (Физиотенз, «Abbot», USA) в дозе 0,4 мг в сутки.

Результаты: На фоне трехмесячной терапии моксонидином на фоне изменения образа жизни отмечалось достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД от $155,3 \pm 1,75 / 97,7 \pm 1,45$ до $129,8 \pm 1,45 / 80,8 \pm 0,98$ ($< 0,001$).

Влияние терапии на метаболический профиль у лиц с МС выразилось в достоверном снижении индекса массы тела больных от $33,7 \pm 0,51$ до $29,6 \pm 0,5$ ($< 0,001$), что ассоциировалось с уменьшением объема талии от $108,1 \pm 1,69$ до $100,4 \pm 1,63$ и абдоминального индекса от $0,95 \pm 0,01$ до $0,92 \pm 0,01$ ($> 0,05$).

Отмечено достоверное снижение уровня ХС от $6,8 \pm 0,37$ до $5,5 \pm 0,21$ ($< 0,01$), ЛПНП от $3,8 \pm 0,29$ до $2,8 \pm 0,17$ ($< 0,01$) и индекса атерогенности от $5,7 \pm 0,39$ до $4,5 \pm 0,21$ ($< 0,05$), по окончании периода лечения.

Выводы: Таким образом, применение моксонидина в течение 12 недель на фоне изменения образа жизни способствовало достоверному снижению АД у лиц с МС. Уменьшение метаболических факторов риска выразилось в улучшении липидного профиля и снижении индекса атерогенности, и, что немаловажно, удалось добиться достоверного снижения индекса массы тела и объема талии.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕТОДОМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Шарустамова З.А., Хасанова Х.Д.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Оценка клинической эффективности иглорефлексотерапии (ИРТ) на инсулинорезистентность, гликемию, уровень липидов в крови, динамику массы тела, артериального давления (АД) у больных с метаболическим синдромом на фоне СД 2 типа

Материалы и методы. Наблюдали 40 больных ИНСД легкой и средней степени тяжести в возрасте от 35 до 60 лет, с массой тела $88,2 \pm 11,4$ кг. Длительность заболевания от 2 до 15 лет. Все больные имели избыточную массу тела, у 90% выявлена АГ. Пациентам дополнительно к основной терапии было включен метод иглорефлексотерапии. Курс

лечения составил 10-14 процедур. У всех больных наряду с ежедневной оценкой самочувствия, общеклиническим обследованием определяли уровень глюкозы, общего холестерина, β - липопротеидов, триглицеридов в сыворотке крови. Уровень гликемии определяли в капиллярной крови глюкозооксидазным методом натощак и через 2 часа после еды, до и после процедуры. Оценивалось подиатристом состояние диабетической стопы.

Результаты. У всех больных в процессе лечения независимо от варианта применяемой методики наблюдалось положительная динамика клинических симптомов сахарного диабета: уменьшились сердцебиение, сухость во рту, сонливость, головокружение, боли и судороги в нижних конечностях, повышенную утомляемость улучшилась тактильная, температурная чувствительность. Повысилась работоспособность, также уменьшилась масса тела больного. Уровень гликемии, общего холестерина, β - липопротеидов, триглицеридов в сыворотке крови имели тенденцию к снижению.

Выводы. Таким образом, китайская акупунктура позволяет разорвать порочный патогенетический круг, возникающий при метаболическом синдроме.. Стабильная компенсация ИНСД препятствует прогрессированию артериальной гипертензии. инсулинорезистентности, ожирения, дислипидемии, которые являются маркерами неблагоприятного прогноза болезни.

ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕР ТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Школьник В.В, Андреева А.А., Смолкин И.М.

Украина, Харьковский национальный медицинский университет,
Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики основных показателей углеводного и липидного обмена и уровней провоспалительных маркеров с ГБ и СД2Т на фоне комбинированной антигипертензивной терапии.

Материал и методы. В исследование включено 110 пациентов с ГБ II стадии и в сочетании с СД2Т, которым определяли показатели углеводного и липидного обменов, урони ФНО и СРБ, антропометрические данные, которым назначали олмесартан (10-20 мг) в сочетании с

индапамидом (1.5 мг) и амлодипином (5-10 мг) до начала лечения, через 6 месяцев и через 12.

Результаты. Применение олмесартана способствует снижению АД и достоверному уменьшению маркеров провоспалительной активации: С-реактивный протеин (СРП) и фактор некроза опухоли- α (ФНО α). Добавление амлодипина в большинстве случаев (до $> 81\%$) позволило устойчиво контролировать АД на целевых цифрах у пациентов с дополнительными метаболическими нарушениями. Кроме того, применяемая терапия способствовала коррекции углеводного обмена стабилизации липидного спектра крови (уменьшению уровня триглицеридов и липопротеидов низкой плотности, повышению уровня липопротеидов высокой плотности), что вызывало снижение инсулинорезистентности (индекс НОМА, $p < 0,05$), и эндотелиальной дисфункции (уменьшение толщины комплекса интима-медиа, $p < 0,05$). Она осуществляла достаточный эффект на процессы регрессии ГЛЖ (уменьшение ГЛЖ, $p < 0,05$).

Выводы. Выбранная комбинированная антигипертензивная терапия является оптимальной у данной категории пациентов, достигающая целевых цифр АД, способствуя коррекции углеводного обмена, стабилизации липидного спектра крови, провоспалительных маркеров, улучшению кардиогемодинамики.

ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ

Ярмухамедова С.Х., Абдуллаев Н.А., Шодикулова Г.З.,
Махмудова Х.Д.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд.

Артериальная гипертония (АГ) является в настоящее время одной из самых актуальных проблем кардиологии. Большое значение в патогенезе и клинике АГ уделяется параметрам липидного профиля крови.

Целью работы: явилось изучение изменения показателей липидного профиля крови (ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПВП), а также коэффициента атерогенности (АК) через 1 и 3 месяца монотерапии моксонидином.

Материалы и методы: Обследован 41 больной АГ I-II ст. с метаболическими расстройствами (ИМТ > 30 ; НТГ) в возрасте 43-65+1,2 лет.

Результаты: На исходном этапе обследования индивидуальный

анализ значений выявил наличие гиперхолестеринемии (ОХС >200 мг/дл) у 26 (42,6%) со средним значением по подгруппе $227,4 \pm 4,4$ мг/дл. Гипертриглицеридемия (ТГ>200 мг/дл) отмечена у 24 (34,4%), среднее значение ТГ в этой подгруппе составило $228,7 \pm 15,5$ мг/дл. Гипер – беттахолестеринемия (ХСЛПНП > 130 мг/дл) и гипо- альфа- холестеринемия (ХСЛПВП< 35 мг/дл) имело место у 22 (36,1%) и у 30 (49,2%) соответственно. При этом средние значения ХСЛПНП и ХСЛПВП в подгруппах с исходной Гипер –β-холестеринемией и гипо – α- холестеринемией составили $154,0 \pm 3,3$ мг/дл и $29,4 \pm 0,73$ мг/дл соответственно.

На исходном этапе, в этой подгруппе уровень ТГ уменьшился до $239,4 \pm 18,7$ мг/дл на исходе, однако, статистически значимых различий все же не было отмечено ($p > 0,05$). При индивидуальном анализе частоты гиперхолестеринемий и дислипидемий обнаружено следующее: число больных с гиперхолестеринемией уменьшилось до 17 (27,9%) по сравнению с 22 (36,1%) на месячном этапе, однако, уровень ОХС в подгруппе с исходной гиперхолестеринемией оставался на уровне $215,5 \pm 4,1$ мг/дл против $216,0 \pm 4,2$ мг/дл на месячном этапе ($p > 0,05$) и $227,4 \pm 4,4$ мг/дл на исходе ($p > 0,05$). Число больных с гипертриглицеридемией снизилось более значительно и составило 11 (18%) против 16 (26,2%) на месячном этапе, что особенно важно, в подгруппе с исходной гипертриглицеридемией снижение уровня ТГ достигло статистически значимых значений: $225,4 \pm 17,2$ мг/дл против $280,7 \pm 15,5$ мг/дл на исходе ($p > 0,05$). Число больных с гипертриглицеридемией снизилось более значительно и составило 11 (18%) против 16 (26,2%) на месячном этапе, что особенно важно, в подгруппе с исходной гипертриглицеридемией снижение уровня ТГ достигло статистически значимых значений: $225,4 \pm 17,2$ мг/дл против $280,7 \pm 15,5$ мг/дл на исходе. Аналогичная тенденция прослеживалась и с частотой дислипидемий. Через 3 месяца терапии моксонидином число больных с гипо- α – холестеринемией уменьшилось до 21 (34,4%) против 26 (42,6%) на месячном этапе и 30 (49,2%) на исходе, при этом средний уровень ХСЛПВП в крови в подгруппе с исходной гипо- α – холестеринемией достиг $33,0 \pm 1,6$ мг/дл ($p > 0,05$). Число больных с гипер- β- холестеринемией также снизилось до 19 (31,1%) против 22 (36,1%) на месячном этапе и исходе, а среднее значение ХСЛПНП в подгруппе с исходным уровнем ХСЛПНП > 130 мг/дл составило $142,9 \pm 6,8$ мг/дл против $146,9 \pm 5,2$ мг/дл. на месячном этапе и $154,0 \pm 3,3$ мг/дл на исходе ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о метаболической нейтральности с элементами благо-

приятного влияния на выраженность гиперхолестеринемии и дислипидемий, принимающего достоверный характер в отношении гипертриглицеридемии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Атаханова Л.Э., Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Исмаилова М.Ш.,
Сагатова Х.М., Хусанов А.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Изучить функциональное состояние эндотелия у женщин в различные периоды климактерия.

Материалы и методы. Обследовано 86 женщин в возрасте от 40 до 60 лет (средний $52,6 \pm 5,3$ года). Из числа обследованных в пременопаузе были – 47 (54,7%) женщин. В периоде менопаузы, т.е. стойкая аменорея менее 12 месяцев, были 8 (9,3%) обследованных средний возраст $53 \pm 2,1$ года. В постменопаузе были – 23 (26,7%) женщин, средний возраст $58,8 \pm 3,5$ лет. Средний возраст наступления менопаузы соответствовал $56,3 \pm 2,4$ годам. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике Selermajer и соавт., 1992г – проба с реактивной гиперемией (монжеточная проба). Реакцию на усиление кровотока рассчитывали как разницу диаметра на фоне реактивной гиперемии и исходного. По изменению диаметра плечевой артерии, выраженному в процентах по отношению к исходной величине, определяли степень эндотелиальной дисфункции: нормальная функция эндотелия $>10\%$, патологическая - $<10\%$, в том числе вазоконстрикция (<0).

Результаты. Исходный диаметр плечевой артерии в покое составил в среднем $3,56 \pm 0,075$ мм. У 65 (75,6%) эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД) составила $17,9 \pm 2,4\%$, показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул составлял $15,2 \pm 3,6\%$. После ишемии он увеличился на $4,05 \pm 0,081$ мм. У 21 (24,4%) из обследованных женщин, показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул был снижен и составлял $15,7 \pm 5,8\%$, а ЭЗВД составляла $4,78 \pm 1,36\%$, при этом 12 (57,1%) женщин из этой группы были в периоде пременопаузы, 6 (28,6%) в постме-

нопаузе и 3 (14,3%) в менопаузе. Более того, у 4,8% больных при проведении пробы с реактивной гиперемией определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция, которая свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия. Необходимо отметить, что у женщин в подгруппе пременопаузы были выявлены такие факторы риска, как курение, гиподинамия, избыточная масса тела, а также наличие ССЗ у родителей. В подгруппе постменопаузы нарушение функции эндотелия достоверно коррелировало со степенью артериальной гипертензии и выраженностью симптомов климактерического синдрома.

Выводы. Таким образом, эндотелиальная дисфункция выявляется у женщин во все периоды климактерия, т.е. является следствием эстрогендефицитного состояния. Степень ухудшения ЭЗВД находятся в прямой зависимости от наличия и количества сопутствующих факторов риска ССЗ у женщин в климактерии.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Каримов Х.Я. , Хайдарова Ф.А., Максудова Ф.Т., Шарустамова З.А.

РНПМЦ Эндокринологии, Ташкент

Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт. Ташкент

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Метаболические нарушения при СПКЯ могут быть запрограммированы внутриутробно во время дифференциации тканей. Распределение жировой ткани у человека имеет гендерные различия, андроидное распределение адипозной ткани у пациенток с СПКЯ может быть одним из проявлений мускулинизации. Тем не менее, данных о роли внутриутробного избытка андрогенов в развитии эндокринных и метаболических изменений, характерных для СПКЯ мало и точно не установлен механизм, посредством которого пренатальная гиперандрогенемия влияет на патогенез СПКЯ.

Целью работы. выявить эндокринные и метаболические особенности самок крыс, подвергшихся пренатально андрогенизации.

Материалы и методы. Животные во время экспериментов получали стандартную пищу для грызунов и водопроводную профильтрованную воду без ограничений и содержались в комнате с определённым световым режимом – 12 часов света/12 часов темноты при температуре 20-22°C и относительной влажности 40-55%. Первый день беременности определялся как день, в который в вагинальном мазке определялось

наличие спермы. Цикл течки определялся методом вагинальной цитологии. 30 самок крыс произвольно разделили на 2 группы по 15 в каждой группе, первая из которых была контрольной, вторая получала тестостерон. Дозу тестостерона подбирали согласно общепринятой методике которая копировала эндогенный выброс тестостерона у самцов крыс. У всех самок крыс, подвергшихся пренатально андрогенизации, были определены гормональный и метаболический профиль.

Результаты показали, что уровень ЛГ был значительно выше в экспериментальных группах. В условиях клиники повышенную секрецию ЛГ можно наблюдать у 70% женщин со СПКЯ. У некоторых из таких больных увеличивается степень расширения амплитуды и частоты импульса ЛГ, что приводит к увеличению соотношения ЛГ и ФСГ в 2-3 раза. У женщин с недостаточностью 21-гидроксилазы (избыточной секрецией андрогенов во время беременности) высокие концентрации ЛГ у самок крыс, подвергшихся пренатально андрогенизации, также выявляются нарушения в липидном профиле и секреции инсулина ($p \leq 0,05$).

Выводы Существующие патофизиологические эффекты пренатальной гиперандрогенемии можно объяснить изменениями в нейронной соединимости, клеточной пролиферации в этот критический период. Основоплагающие молекулярные и клеточные механизмы пока неясны и для того, чтобы изучить возникающие предположения и создать рекомендации для клинической практики, необходимы дальнейшие исследования.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО КОМПОНЕНТЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Каюмова Д.Т. Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель работы. Выявление компонентов метаболического синдрома, а также изучение его влияния на течение климактерического периода у женщин.

Материалы и методы. Нами обследована 581 женщина в возрасте 45-55 лет (средний возраст $49 \pm 0,12$ лет). Поведено анкетирование женщин – при помощи модифицированного менопаузального индекса определено течение перименопаузы, а также выявлялись компоненты метаболического синдрома: определялось артериальное давление, антропометрическим исследованием вычислялся индекс массы тела и отношение окружности талии к окружности бедер, в сыворотке крови определяли уровень общего холестерина, триглицеридов и фракций липо-

протеидов, вычислялся коэффициент атерогенности, кроме того, определяли уровень глюкозы натощак.

Результаты. 273 (47%) женщин находились в постменопаузе, длительность которой составила в среднем $3,9 \pm 0,2$ года, из них в хирургической менопаузе были 43 (15,8%) женщин. Остальные женщины находились в пре- и перименопаузе. Гипертоническая болезнь, как основной компонент метаболического синдрома, отмечалась у 133 (22,9%), ИБС страдали 16 (2,8%), у 6 (1%) женщин в анамнезе отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения. Сахарный диабет наблюдался у 17 (2,9%) пациенток. Индекс массы тела у женщин составил $28,4 \pm 0,23$, отношение окружности талии к окружности бедер – $0,85 \pm 0,01$, тогда как окружность талии больше 80 см (критерий для азиаток) наблюдалась у 477 (82,1%) исследуемых, а более 85 см (стандартный критерий ВОЗ) – у 412 (71%). Дислипидемия, проявляющаяся гиперхолестеринемией за счет повышения фракций триглицеридов и липопротеидов низкой плотности, наблюдалась у практически каждой третьей пациентки – 196 (33,7%). Общий холестерин у всех исследуемых женщин составил – 5,49 ммоль/л, триглицериды – 1,88 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,91 г/л, ХС-ЛПНП – 3,71 ммоль/л, ХС-ЛПОНП – 0,86 ммоль/л, что свидетельствовало о дислипидемии, коэффициент атерогенности составил 5,43 при норме у женщин до 3,4, глюкоза крови натощак – 5,43 ммоль/л. Отдельные компоненты метаболического синдрома были отмечены у 71% женщин, и самым частым из них было висцеральное ожирение, тогда как полная картина метаболического синдрома была выявлена у 249 (44,1%). Признаки климактерического синдрома отмечались у 536 (92,3%) исследуемых женщин. Причем, легкая степень климактерического синдрома наблюдалась у 331 (57%), средней тяжести – у 198 (34,1%), тяжелой – у 7 (1,2%) женщин. Следует отметить, что при сопоставлении женщин с метаболическим синдромом и без такового, степень проявления патологического течения климакса у женщин с метаболическим синдромом преобладала: все пациентки с тяжелой степенью климактерического синдрома, и лишь 17 (2,9%) женщин с метаболическим синдромом не имели никаких проявлений патологического течения климакса.

Выводы. Метаболический синдром и отдельные его компоненты отягощают течение климактерического периода. Наиболее частыми компонентами метаболического синдрома у женщин в пери- и постменопаузе является окружность талии более 85 см (71%), висцеральное ожирение (58,8), дислипидемия (33,7%) и артериальная гипертензия (22,9%), что требует разработки программы оздоровления женщин в

пери- и постменопаузе с индивидуальным подходом, ориентированным на лечение как отдельных компонентов, так и в целом метаболического синдрома, что будет значительно облегчать течение климактерия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Мирзахмедова Н.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Изучить клинические проявления метаболического синдрома у женщин в менопаузе.

Материал и методы. Обследовано 55 женщин в возрасте 39-58 ($52,6 \pm 5,6$ лет) лет в периоде постменопаузы продолжительностью от 2 до 5 ($3,97 \pm 0,34$ лет) лет. Критериями включения в исследование являлись: наличие СД 2 типа, уровень глюкозы крови натощак выше 7 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) более 7 %, индекс массы тела (ИМТ) более 27 кг/м^2 . гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, и снижения уровня ЛПВП. Повышение содержания ТГ наблюдалось у всех пациенток. Уровень HbA1c определялся с помощью жидкостной хроматографии под давлением (нормальный уровень 4,5-6,2 %). У всех пациенток оценивали уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП).

Результаты. Все пациенты жаловались на повышение АД, прибавку массы тела в постменопаузе, которая составила от 5 до 14 кг (в среднем $9,7 \pm 4,2$ кг). Избыточная масса тела (ИМТ $> 27 \text{ кг/м}^2$) выявлена у 49,1%, ожирение (ИМТ $> 30 \text{ кг/м}^2$) - у 50,9% пациенток. Прибавка массы тела напрямую достоверно коррелировала с продолжительностью периода после менопаузы ($r=0,3$, $p<0,05$). . Нарушение толерантности к глюкозе по данным 2-х часового ОГТТ с 75 г глюкозы выявлено у 47,3%, повышенные базальные уровни инсулина - у 89,1%, уровень гликированного гемоглобина в среднем по группе составил $8,24 \pm 0,36$ %. различные варианты нарушения липидного спектра крови - у 94,6% женщин. Сочетание абдоминального ожирения с гиперинсулинемией и дислипидемией установлено у 89,1% больных.

Выводы: Результаты исследования показали, что у женщин в периоде постменопаузы, дефицит половых гормонов формирует менопаузальный метаболический синдром. При обследовании женщин с этим синдромом чаще всего выявляются нарушение толерантности к углево-

дам или сахарный диабет (СД) 2 типа, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания и абдоминальное ожирение. При выборе лекарственных средств для проведения долгосрочной терапии ММС крайне важно анализировать не только наличие и степень метаболических нарушений, но и наличие различной сопутствующей патологии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Мирзахмедова Н.А., Тулабоева Г.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент.

Цель работы. Изучить влияние ЗГТ фемостоном в комбинации с бета-блокатором (ББ) бисопролом на метаболические показатели у женщин с артериальной гипертонией (АГ) в пери- и постменопаузе.

Материал и методы. 40 женщин в возрасте 45-60 лет в пери- и постменопаузе с АГ без противопоказаний к приему ЗГТ или ББ были рандомизированы на 2 группы по 20 человек: 1-я группа – терапия фемостомом 1/10 и бисопролом 10-20 мг/сутки, 2-я группа - только бисопролом. Определение уровня липидов крови, инсулина и глюкозы натощак, фибриногена, активности фактора VII проводились исходно и каждые 3 месяца на протяжении 12 месяцев лечения.

Результаты. ЗГТ в комбинации с ББ через 12 месяцев вызывала достоверное снижение уровня общего холестерина (оХС) на 8% за счет ХС ЛНП на 14% и индекса атерогенности на 16%. Терапия бисопролом сопровождалась снижением ОХС на 4%, хс ЛНП на 8%. Уровень ХС ЛВП не изменился в обеих группах. Уровень глюкозы натощак не изменился на фоне комбинированного лечения, однако был достоверно ниже, чем при монотерапии ББ на всех визитах. В 1 -ой группе наблюдалось более выраженное, чем при монотерапии бисопролом, снижение уровня фибриногена (-0,45 и -0,15 г/ л соответственно) и активности фактора VII (-26% и -9%, соответственно).

Выводы. Таким образом, использование ЗГТ и ББ снижает уровень атерогенной фракции липидов, нивелирует негативное влияние ББ на углеводный обмен и уменьшает коагуляционные свойства крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗГТ ПРИ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Мирзахмедова Н.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Оценить влияние различных режимов ЗГТ на массу тела, характер распределения жировой ткани, основные показатели углеводного обмена и липидного спектра крови у 45 женщин с менопаузальным метаболическим синдромом (ММС) в течение 12 месяцев терапии.

Материал и методы. Обследовано 45 женщин в возрасте 39-58 ($52,6 \pm 5,6$ лет) лет в периоде постменопаузы продолжительностью от 2 до 5 ($3,97 \pm 0,34$ лет) лет. Критериями включения в исследование являлись: уровень глюкозы крови натощак выше 7 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) более 7 %, индекс массы тела (ИМТ) более 27 кг/м^2 . Уровень HbA1c определялся с помощью жидкостной хроматографии под давлением (нормальный уровень 4,5-6,2 %). У всех пациенток оценивали уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП). Все пациенты жаловались на повышение АД, прибавку массы тела в постменопаузе, которая составила от 5 до 14 кг (в среднем $9,7 \pm 4,2$ кг). Избыточная масса тела (ИМТ > 27 кг/м^2) выявлена у 49,1%, ожирение (ИМТ > 30 кг/м^2) - у 50,9% пациенток. У всех больных установлен абдоминальный тип ожирения (ОТ/ОБ > 0,8), висцеральное ожирение (ОТ > 80 см) определено у 81,8% женщин.

С учетом применяемых препаратов ЗГТ выделено 4 группы больных: I-ая: (n=13, естественная менопауза) использовали Климадинон (фитоэстрогены), II-ая: (n=12, после гистерэктомии) – дивигель 0,05 (трансдермальное парентеральное введение), III-я: (n=10, естественная менопауза) - комбинированный, непрерывный режим эстрадиол+Дюфастон (фемостон- 1/5), IV-ая: (n=10, естественная менопауза) – циклический режим препарат Фемостон – 1/10

Результаты. Через год, независимо от режима ЗГТ, масса тела снизилась на $4,5 \pm 0,3$ кг, у 96,1% женщин, ОТ сократился на $6,1 \pm 0,8$ см у 98% больных, ($p < 0,05$). На фоне дивигеля (на 50,2% и 43,8%), фемостона 1/5 (на 48,9% и 37,4%) и фемостона 1/10 (на 55,4% и 32,6%) и изменились недостоверно на фоне Климадинона. Все режимы ЗГТ вызвали уменьшение содержания атерогенных фракций липидов. ЗГТ трансдермальными эстрогенами привела к снижению уровней ТГ на 29,5-34,7%, а пероральные режимы снижали содержание ХС-ЛПВП на 29,3-56,7%.

Выводы. Таким образом, ЗГТ является патогенетическим высокоэффективным методом коррекции менопаузального метаболического синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Муслимова Н.М.

Ташкентский Институт Усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Изучение минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии.

Материалы и методы. Проведено обследование 72 женщин репродуктивного возраста основных групп в возрасте от 20 до 45 лет: 1 группа – 37 женщин после надвлагалищной ампутации матки без придатков; 2 группа – 35 женщин после экстирпации матки без придатков. Пациентки обеих основных групп были сопоставимы по возрасту, паритету, анамнезу. Контрольная 3 группа – 28 здоровых женщин репродуктивного возраста, 4 группа сравнения – 25 женщин периода климактерия. Для изучения МПКТ у пациенток репродуктивного возраста после гистерэктомии (ГЭ) проведены измерения скорости прохождения ультразвука в нижней челюсти, ключице, локтевой и большеберцовой костях. Ультразвуковую остеометрию проводили на аппарате «Эхоостеометр – ЭОМ 02 Ц» (Поровознюк В.В., 2000). Для изучения состояния костного обмена проводилось определение уровней маркёров костного формирования – костной щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

Результаты. При изучении МПКТ методом ультразвуковой остеометрии обнаружено достоверное снижение скорости прохождения ультразвука в определяемых участках у пациенток 1 и 2 групп по сравнению с контрольной группой: нижняя челюсть – $3254 \pm 32^*$ м/с в 1 группе и $3096 \pm 94^*$ м/с во 2 группе; ключица – $3232 \pm 20^{***}$ м/с в 1 группе и $3162 \pm 58^{**}$ м/с во 2 группе; локтевой кости – $3297 \pm 28^{**}$ м/с в 1 группе и $3283 \pm 17^{***}$ м/с во 2 группе; большеберцовой кости – $3244 \pm 18^{***}$ м/с в 1 группе и $3203 \pm 18^{***}$ м/с во 2 группе. Тогда как в контрольной группе эти показатели составили: нижняя челюсть – 3326 ± 40 м/с; ключица 3366 ± 30 м/с; локтевая кость – 3394 ± 10 м/с; большеберцовая кость – 3480 ± 90 м/с (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, ***- $p < 0,001$). Эти параметры были несколько приближены к показателям УЗО костной ткани у женщин климактерического периода: нижняя челюсть – 3255 ± 63 м/с; ключица

3027±71 м/с; локтевая кость – 3327±58 м/с; большеберцовая кость – 3156±38 м/с. Изучение показателей биохимических маркёров формирования и резорбции костной ткани показало ускоренный костный метаболизм у пациенток 1 и 2 групп по сравнению с группой контроля: Кщф – 1,85±0,9 мкМ в 1 группе и 2,00±0,09 мкМ во 2 группе. В 3 группе Кщф – 0,69 ±0,03мкМ. Показатели маркёров костного обмена у женщин 1 и 2 групп были приближены к результатам у женщин периода климактерия: Кщф – 1,9 ±1,5мкМ.

Вывод: данное исследование указывает на то, что после удаления матки в репродуктивном возрасте, даже при оставленных яичниках, в результате возникшего эстроген-дефицитного состояния, наблюдается снижение МПКТ у данного контингента больных, а также имеет место ускоренный костный метаболизм, почти схожий с результатами у женщин периода климактерия.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА В ФОРМИРОВАНИИ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Нишанова Ф.П.

Республиканский Специализированный Научно-практический
Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии МЗ РУз, Ташкент

Проблема беременности и родов при гестационном сахарном диабете (ГСД) весьма актуальна и далеко еще не разрешена.

Цель работы. Изучение у беременных женщин частоты ГСД и антенатальных потерь при данной патологии.

Материалы и методы. В результате анализа ретроспективных данных 3841 индивидуальных карт беременных и историй родов в клинике РСНПМЦ АиГ за период с 2007 по 2010 год нами были выявлены 221 беременных с ГСД. Частота ГСД составила 5,7%.

Возраст беременных варьировал в пределах 19-38 лет.

При проведении ретроспективного анализа было осуществлено разделение женщин с ГСД, на 2 группы. I группу составили 143 (62,44%) беременных с ГСД без преэклампсии, II группу — 78 (37,56%) беременные с развившейся на фоне ГСД преэклампсией.

В I группе первобеременными были 11(7,7%), повторнобеременными первородящими - 23 беременная(16,1%). Повторнородящими были 107(76,2%) женщин.

Из 78 беременных II группы первобеременными были 2 (2,5%) пациентки, повторнобеременными первородящими 6 (7,7%) пациенток.

Результаты. Репродуктивный анамнез беременных I группы был отягощен: мертворождением у 6 (4,2%) беременных, самопроизвольными выкидышами - ранними у 36 (25,2%), поздними у 19 (14,3%), неразвивающаяся беременность была у 12 (8,4%) беременных. У беременных II группы мертворождение наблюдалось у 11 (14,1%) беременных, самопроизвольными выкидышами - ранними у 26 (33,3%), поздними у 12 (15,3%), неразвивающаяся беременность была у 32 (41,0%) беременных.

Несмотря на примерно одинаковую отягощенность «семейного анамнеза» пациенток обеих групп, у женщин II группы частота мертворождений в 3,3 раза выше, неразвивающейся беременности в 4,9 раза выше относительно обследованных I группы.

Выводы. ГСД приводит к серьёзным гестационным осложнениям как преэклампсия и антенатальные потери. Женщины обычно проходят обследование на гестационный диабет в 24-28 недель беременности. Но к тому сроку остается очень мало времени, чтобы справиться с проблемой, и гестационный диабет обычно уже оказывает негативное влияние на течение беременности. Возможно, что прогнозирование и более раннее выявление гестационного диабета будет иметь положительный эффект на течение и исход беременности.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нишанова Ф.П., Халитова З.И., Абдуллажанова К.Н., Шамсиева З.И.
Республиканский Специализированный Научно-практический
Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии МЗ РУз, Ташкент

Цель работы. Определение генетических факторов и изучение их роли в развитии преэклампсии у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Материалы и методы. Обследованы 78 беременных женщин с ГСД в сроках 27-37 нед. Беременные с ГСД были разделены на 2 группы: I группу составили 47 (60,3%) беременные с ГСД без преэклампсии, II группу — 31 (39,7%) беременные с развившейся на фоне ГСД преэклампсией. У всех пациенток исследовали кровь методом ПЦР в реальном времени по детекции полиморфизма генов ангиотензин-превращающего фермента (ACE), фактора V Leiden (FVL), метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (C677>T) (лаб. медицинской генетики

НИИ Гематологии и переливания крови МЗ РУз). Контрольную группу составили 50 здоровых беременных 26,7%.

Результаты. Выявлено, что 26% здоровых беременных имели генотип DD, 34% - II и 40% - ID. У беременных с ГСД без преэклампсии соотношение генотипов DD, ID и II оказалось следующим: 57,4%, 31,9%, 10,7%. У 17 (36,2%) беременных с ГСД, не осложненной преэклампсией, обнаружены мутантные гены: у 10 (21,3%) — MTHFR-T677T, гетерозиготный тип мутации фактора V Leiden, обнаружена лишь у 3 (6,3%), и у одной женщины — сочетание этих двух мутантных вариантов. Гетерозиготный вариант MTHFR-C677T определили у 22 (46,8%) беременных I группы, что клинически реализовалось в плацентарную недостаточность, задержку внутриутробного развития плода (ЗВУР) I-II ст. У 6 (12,8%) беременных I группы выявлен нормальный вариант гена MTHFR-C677C.

Практически все беременные II группы имели сочетание двух мутантных вариантов генов ACE D/D и MTHFR-T677T. У пациенток, имеющих мутации в гене MTHFR, помимо преэклампсии, клинически наблюдали ЗВУР плода, у двух из них была частичная отслойка нормально расположенной плаценты на сроках 27 и 37 нед. беременности.

Выводы. Выявление полиморфизма генов у женщин группы риска на ГСД имеет важное значение для ранней диагностики тяжелой акушерской патологии, позволяет предотвратить ее адекватной предгравидарной подготовкой и патогенетической терапией, начиная с ранних сроков беременности. Важно учитывать сочетанное взаимодействие генотипов D/D гена ACE с MTHFR-T677T, либо D/D гена ACE с AG/AA гена FVL. При наличии единственного генотипа D/D гена ACE риск развития преэклампсии/эклампсии незначителен.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Нурмухамедов А.И., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент

Цель работы – изучить влияние заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на основные проявления менопаузального метаболического синдрома (ММС).

Материал и методы. В исследование включены 58 пациентов с различными проявлениями ММС. 1 группа - 30 женщин с естественной

менопаузой длительностью более 1 года, получали ЗГТ(6 и 12 месячными курсами препаратом «Анжелик»). 2 группа – женщины(28) с ММС, не получавшие ЗГТ. Определяли содержание липидов, глюкозы, показатели свертываемости крови, артериальное давление; рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии(ОТ), окружность бедер (ОБ), ОТ/ОБ.

Результаты. Основным проявлением ММС было увеличение массы тела с формированием абдоминально-висцеральным ожирения у 2/3 женщин, что объясняется нарушением баланса энергии, регуляции жировых клеток, повышенной глюкокортикоидной стимуляцией и др. факторами. Выявленные инсулинорезистентная дислипидемия, повышение артериального давления относятся к доказанным факторам развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни. Изучены режимы ЗГТ с низкодозированными эстрогенными и прогестагенным компонентом. В этом отношении благоприятно проявил себя испытанный препарат «Анжелик», в котором дозы эстрогенов и прогестагенов минимальны, эффективность хорошо выражена. У пациентов 1 группы масса тела практически не увеличилась, а у 2 группы, не принимавших ЗГТ, этот показатель увеличился в среднем на 1,8 кг через 6 месяцев и на 2,4 кг через 12 месяцев, и соответственно, значения ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ. При этом значительно изменился липидный спектр с увеличением атерогенных фракций липопротеидов, а также возросли коагуляционные показатели крови. Так как в 1 группе заметных изменений не наблюдалось, что позволяет рассматривать ЗГТ изученным нами методом лечения и как патогенетическую профилактику нарушений внутренней среды организма.

Выводы. Таким образом, ММС проявился сочетанием нескольких факторов риска атеросклероза, которые имеют патогенетическую взаимосвязь, что вызывает развитие серьезных ССЗ. Своевременное выявление и коррекция ММС испытанным препаратом улучшает общее состояние, повышает качество жизни больных и играет важную роль в первичной профилактике ССЗ.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В РАЗВИТИИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Султанов С.Н., Нишанова Ф.П.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии МЗ РУз, Ташкент

Цель работы. Изучение частоты распространенности генетической тромбофилии у женщин с метаболическим синдромом (МС) и антенатальной гибелью плода.

Материалы и методы. Проведено у 78 беременных женщин с МС и антенатальной гибелью плода молекулярно-генетическое тестирование ДНК методом ПЦР (лаборатория медицинской генетики НИИ Гематологии и переливания крови МЗ РУз) 4 генов: мутация фактора V Leiden (FVL), протромбина FII (G20210 A), полиморфизма метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (C 677>T), гена ангиотензинпревращающего фермента – ACE. Контрольную группу составили 50 беременных с антенатальной гибелью плода без МС.

Результаты. Проведенное нами исследование выявило наличие генетических форм тромбофилии в 91% случаев (при 22,0% в контрольной группе). Одним из наиболее важных результатов исследования нам представляется обнаружение в 87,2% случаев мультигенных форм тромбофилии (2 и более дефекта) у обследованных пациенток при 20% в контрольной группе. При этом характерной особенностью мультигенных форм тромбофилии явилось преобладание в общей структуре генетических форм тромбофилии полиморфизма «675 4G/5G» гена PA1-1 (91,2%). В большинстве случаев у женщин с МС имела место именно гомозиготная форма полиморфизма гена PA1-1 (у 51 — 64,7% пациенток), что не только ассоциируется с высокой активностью PA1-1, но и говорит о снижении эндогенного фибринолиза у данной категории женщин. Еще одна особенность выявленной тромбофилии: часто встречался полиморфизм «D/D» в гене ангиотензинпревращающего фермента (47,1%). В половине наблюдений выявлялась мутация гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), которая может приводить к гипергомоцистеинемии, оказывающей эндотелиотоксическое действие у женщин с МС.

Выводы. Высокая частота генетической тромбофилии у женщин с МС позволила нам рассматривать ее как важнейший этиопатогенетический фактор развития антенатальной гибели плода. Эндотелиопатия, микротромбозы и состояние гипофибринолиза, обусловленные генети-

ческими тромбофилиями способствуют нарушению процессов имплантации, инвазии трофобласта и плацентации, в дальнейшем может привести к развитию внутриутробной гибели плода.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Хаджаева Н.В. , Хайдарова Ф.А., Ахмедова М.С., Шарустамова З.А.
Р Н П М Ц Эндокринологии, Ташкент
Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, г.Ташкент
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Предменструальный синдром(ПМС)-сложный симптомокомплекс, характеризующийся различными психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, проявляющимися в лютеиновой фазе менструального цикла (МЦ). До настоящего времени этиология и патогенез ПМС до конца не изучен. Некоторыми исследованиями установлено, что ПМС может сопровождаться нарушением липидного и углеводного обмена. Так, Kimberly K.et.al. установили, что женщины с сахарным диабетом и ПМС чаще имеют декомпенсацию основного заболевания и кетоацидоз в предменструальный период. Имеются единичные сообщения о гиперинсулинемии в лютеиновой фазе МЦ пациенток с ПМС.

Целью работы. Определение метаболического статуса женщин с ПМС в зависимости от фазы менструального цикла

Материалы и методы Для оценки состояния углеводного обмена проводили определение уровня глюкозы в капиллярной крови и инсулина в плазме венозной крови натощак.

Результаты. Показано, что уровень инсулина имеет достоверную тенденцию к повышению в группе с ПМС в зависимости от фазы менструального цикла. Различия с контрольной группой данного показателя не достоверны. Так, в фолликулиновую фазу при ПМС уровень инсулина составил $8,9 \pm 0,97$ МКЕД/мл, а в лютеиновую фазу - $15,8 \pm 1,83$ МКЕД/мл, $p < 0,01$. в сравнении с контрольными значениями $8,1 \pm 0,63$ МКЕД/мл и $11,6 \pm 1,67$ МКЕД/мл соответственно.

Концентрация глюкозы в крови не претерпевала значительных колебаний в сравниваемых группах, но, анализируя показатель НОМА-индекса, выявлено повышение его в группе женщин с ПМС в лютеиновую фазу цикла, что указывает на готовность у этих женщин развития метаболического синдрома.

Уровень общего холестерина во всех исследуемых группах нахо-

дился в пределах нормативных значений. Но имелась разница данного показателя в зависимости от фазы менструального цикла, как в контрольной так и в основной группе обследованных. Так, при наличии ПМС в фолликулиновой фазе уровень общего холестерина составил $4,5 \pm 0,13$ ммоль/л, а контрольной группе - $4,3 \pm 0,19$ ммоль/л, в лютеиновой фазе цикла имеется незначительная тенденция к повышению, причем достоверно по сравнению как с контрольной группой, так и с группой ПМС в фолликулиновой фазе, $p < 0,05$.

Вывод. Таким образом, выявлены характерные изменения в биохимическом и гормональном профиле крови с тенденцией риска развития метаболических осложнений в случае прогрессирования ПМС.

МЕНОПАУЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Хайдарова Ф.А., Нигматова С., Шариксиева М., Шарустамова З.А.
Республиканский Научно Практический Медицинский Центр Эндокринологии, Ташкент
Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Менопауза как естественная, так и вследствие хирургического вмешательства (хирургическая менопауза), характеризуется снижением продукции гормонов яичниками. При естественной менопаузе овариальная функция уменьшается постепенно в течение нескольких лет до полного прекращения менструации, тогда как при хирургической менопаузе уровень циркулирующих эстрогенов, прогестерона и андрогенов уменьшается резко. Ряд исследований показал низкую частоту сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза у женщин с сохраненной функцией яичников. Также выявлена связь увеличения частоты метаболического синдрома (МС) с возрастом и в пост-менопаузу. Женщины в период постменопаузы имеют высокий риск остеопороза и урогенитальных заболеваний.

Исследования по распространенности и проявлению климактерических симптомов, метаболического синдрома и остеопороза среди женщин с хирургической менопаузой ограничены.

Цель работы. Изучение клинических, гормональных и биохимических параметров при естественной и хирургической менопаузе.

Результаты исследования показали, что после естественной менопаузы женщины склонны испытывать приливы, потливость, снижение памяти, изменения в сексуальном желании и метаболические изме-

нения. Однако, данное исследование показало, что эти состояния, включая МС, еще более распространены среди женщин с хирургической менопаузой. Частота менопаузальных симптомов были достоверно выше среди женщин с продолжительностью хирургической менопаузы 3 года или меньше. Различия не были достоверными среди тех, кто имел продолжительность менопаузы больше, чем 3 года.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ

Хайдарова Ф.А., Музафарова С.А. Калланходжаева Ш.Б.,
Тажиева И.М., Шарустамова З.А.
РСНПМЦЭндокринологии, Ташкент
ТашПМИ, Ташкент,
ТашИУВ, Ташкент

Цель работы: оценка факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета у женщин с ВГН.

Материалы и методы: мы провели сравнительный анализ 21 женщины в возрасте 18- 63 года, страдающих ВГН вследствие недостаточности 21- гидроксилазы и контрольной группы женщин в возрасте до 61 года. 13 женщин было в возрасте до 30 лет(1 группа), 8– старше 30 лет (2 группа). Всем женщинам проводили антропометрию, изучение липидного спектра, инсулина с подсчетом НОМА индекса, уровня тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭАС), 17-оксипрогестерон. Критерии исследования: конституциональные признаки и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты: У пациенток 1 группы соотношение обхвата талии к бедрам и уровень инсулина соответствовали показателям контрольной группы. У пациенток 2 группы отмечено повышение ОТ/ОБ и уровня секреции инсулина по сравнению как со здоровыми женщинами, так и с обследованными 1 группы. Липидный профиль не имел достоверных различий во всех группах обследованных. Гестационный диабет был более распространен у пациенток (21% в сравнении с контрольной группой, $p < 0,026$) с ВГН. У нескольких пациенток старше 30 лет отмечались гипертензия, сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) или диабет. В нашем исследовании у пациенток, принимающих умеренные дозы кортикостероидов, имелись признаки пониженного уровня андрогенов, в частности–ДГЭАС–наиболее чувствительного стероида к подав-

ляющему действию глюкокортикоидов.

Выводы: Доказательств неблагоприятных факторов риска ССЗ у пациенток с ВГН обнаружено не было. Избыток массы тела и более высокий уровень инсулина наблюдались у пациенток старше 30 лет. Высокая частота случаев гестационного диабета указывает на риск развития диабета в дальнейшем. Важными моментами являются наблюдение пациента на протяжении всей жизни, модификация образа жизни, коррекция и снижение дозы глюкокортикоидов.

МЕТФОРМИН (Глюкофаж) В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Хайдарова Ф.А., Тажиева И.М.
РСНПМЦЭ, Ташкент

Хотя длительная терапия метформином эффективна для многих больных СПКЯ, на сегодня еще не установлено, в каких случаях Метформин должен использоваться в качестве монотерапии, а когда – в комбинации с антиандрогенами или с гормональной терапией. Также отсутствуют исследования, посвященные оценке эффективности Метформина в лечении СПКЯ в различных дозировках. Отсутствуют данные о влиянии Метформина на гирсутизм и морфологию яичников. Поэтому следующей задачей нашего исследования явилось изучения применения Метформина как монотерапии, а также дозозависимого влияния Метформина в комбинации с Дроспиреноном + Ципротерона ацетат у пациенток с СПКЯ.

Уровни глюкозы и инсулина в результате лечения Метформином в виде монотерапии статистически не различались от данных до лечения. Однако уровень НОМА был достоверно сниженным ($p < 0,05$). Метформин не оказал влияния на уровень шкалы Ферримана Голвея и концентрацию АМФ, в то время как уровень IL-6 достоверно снизился. Анализ репродуктивной функции показал, что у 5 женщин из 12 Метформин способствовал восстановлению овуляции, т.е. применение только Метформина в виде монотерапии не способствует нормализации всех измененных параметров у пациенток с СПКЯ.

Анализ результатов комплексной метаболической терапии с применением Метформина в дозе 1000 мг в сутки + Ярина с Андрокуром, свидетельствует о положительной эффективности метаболических и эндокринологических нарушений у пациенток с СПКЯ и ожирением. Однако, как видно из приведенных данных, положительная динамика

многих изученных параметров не достигла нормативных значений, что свидетельствует о возможности возобновления клинических и биохимических нарушений у данной категории пациенток после отмены лечения. Следовательно, необходимо изменение дозы препарата, влияющего на метаболические и эндокринные процессы.

Проведенное комплексное лечение с Метформином 1500 мг способствовало положительной динамике многих изученных параметров у женщин с СПКЯ и ожирением. Однако, многие результаты анализов далеки от контрольных значений. Хотя параметры процесса овуляции достигли соотношения овуляция/ановуляция хороших результатов. Нужно отметить, что в целом улучшение репродуктивной функции удалось достичь у 65,4% женщин.

Из 36 пациенток у 57% наблюдался переход от олигоменореи к овуляторным циклам, у 31% - от аменореи к олигоменореи и у 12% - от аменореи к нормальным овуляторным циклам. Но наиболее оптимальным вариантом терапии СПКЯ у женщин с повышенным индексом массы тела явилось сочетание Метформина в дозе 2000 мг в сутки в сочетании Ярина + Андрокур 10 мг, где нормализация овуляторной функции наблюдалась у 16 пациенток (84,2%) из 19 обследованных.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Алтыбаева Г.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: изучить репродуктивный потенциал девочек, рожденных женщинами с гипоталамическим синдромом.

Материал и методы: Обследованы девочки в возрасте от 10 до 18 лет (средний возраст $13,9 \pm 2,3$ года): анализ анамнестических данных, антропометрия, тип распределения жировой ткани по индексу ОТ/ОБ, УЗИ органов малого таза, оценка вторичных половых признаков, гормональные и биохимические исследования.

Результаты: Гипоталамический синдром периода полового созревания отмечен у 63% девочек. Физическое развитие дисгармоничное за счет избытка массы тела. Половое созревание несколько ускорено, последовательность формулы полового развития нарушена в 31%. Средний возраст менархе $12,2 \pm 0,9$ лет. Характерна высокая частота нарушений менструального цикла у дочерей пробандов: гипоменструальный синдром 24%, дисменорея 23%, вторичная аменорея 7%. Гормо-

нальный статус характеризовался гиперпролактинемией, гипертестостеронемией, гипопрогестеронемией. Биохимические исследования констатировали дислипидемию.

Выводы: Для девочек, рожденных матерями с гипоталамическим синдромом, характерна высокая частота возникновения гипоталамического синдрома периода полового созревания, нарушений физического и полового развития, менструального цикла, гормонально-метаболического статуса, что свидетельствует о низком уровне репродуктивного потенциала этих пациенток, формируя так называемый «порочный круг»: больная женщина – больная мать – больной ребенок.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК С ОЖИРЕНИЕМ

Ходжаева А.С., Джураева Д.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы: Определить факторы риска развития нарушений менструального цикла у девушек с ожирением.

Методы: Для выявления факторов, способствующих развитию нарушений формирования репродуктивной системы у девушек с ожирением, их влияния на возможность развития заболевания, использовалось определение величины относительного риска (RR).

Результаты: Наибольшее влияние на возникновение нарушений формирования репродуктивной системы у девушек с ожирением оказывают: наличие ожирения с детства (RR=3,43), перинатальные факторы (RR=3,25), особенности соматического здоровья и анамнеза (RR=2,98) (заболевания щитовидной железы, вегетососудистая дистония (ВСД), аллергические реакции, хронические заболевания органов пищеварительного тракта, болезни ЛОР-органов, перенесенные оперативные вмешательства).

Вывод: У девушек риск развития нарушений менструального цикла при ожирении связан с наличием ожирения с детства, воздействием перинатальных факторов и особенностей соматического здоровья.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Юлдашова Н.Э., Холбоев С.Б., Алимджанов З.Н., Рахимова Х.М.
Самаркандский Медицинский институт, Самарканд

Цель работы: Изучить оценку женщинами фертильного возраста состояния своего здоровья в отношении наличия у них факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 155 женщин фертильного возраста г.Самарканда, обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение–семейную поликлинику №3(ЛПУ). Изучалась осведомлённость женщин в отношении наличия у них следующих заболеваний: артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), ожирение, определяемое по индексу массы тела (ИМТ), абдоминальное ожирение (АО). Выявление этих заболеваний проводилось с использованием унифицированных методов, рекомендованных ВОЗ. Затем проводилось сопоставление информированности женщин о наличии у них этих заболеваний. Вместе с тем, изучена информированность женщин о прогностической значимости этих заболеваний.

Результаты. Согласно полученным данным, среди женщин, у которых была выявлена АГ, 14,18% считают, что у них АД нормальное. Оказалось, что только 62,82% женщин считает АГ серьёзным фактором риска инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ). Следует отметить, что только 2/3 женщин с повышенным АД(61,56%) считает, что АГ намного повышает сердечно-сосудистый риск. Как оказалось, только 1/3 женщин с АО считают, что у них есть ожирение. Только каждая четвёртая женщина с ИМТ=28 и выше (25,43%) признаёт наличие у нее повышенного веса. Необходимо отметить, что даже среди женщин страдающих АО, только 2/5 признают ожирение серьёзным фактором риска ССЗ (42,01%). Вместе с тем, каждая пятая женщина (18,96%) не считает абдоминальное ожирение фактором риска ССЗ. 15,19% женщин, у которых СД был выявлен ранее, не считают, что они страдают СД. Этот факт свидетельствует о недостаточной работе врачей ЛПУ по разъяснительной и лечебной работе среди больных СД. Как показало данное исследование, только 13,27% женщин в популяции считают, что гипергликемия может быть важным фактором риска ССЗ. Еще 45,18% признают СД фактором риска, однако, при этом считают СД «не очень важным» фактором ССЗ. Интересно, что ни одна из женщин страдающих СД и состоящих на учете, не считают СД важ-

ным фактором риска ССЗ.

Выводы. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о неблагоприятной ситуации в отношении объективной оценки женщинами состояния своего здоровья в отношении некоторых основных экстрагенитальных заболеваний и понимания ими прогностической значимости этих заболеваний как факторов риска формирования и смертельных исходов ССЗ.

Рекомендации. Совместно с персоналом поликлиники разработан план по разъяснительной работе среди женщин фертильного возраста в поликлинике и в махаллях, широкому использованию наглядных материалов и леклетов и т.п.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

Абдуллаева М.Н., Бобоева Н.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд.

Цель работы. Изучение метаболического статуса и маркеров воспаления у новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией.

Материалы и методы. Клиническое исследование было проведено в Самаркандском Областном Детском Многопрофильном Медицинском Центре в отделении неонатологии. Проведено клинко-лабораторное обследование 100 доношенных новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией: из них 38 новорожденных с гипоксико-ишемической энцефалопатией(ГИЭ), 48 новорожденных из анамнеза внутриутробно инфицированные, но бактериологически не подтвержденные и 14 новорожденных рожденных от матерей с различными эндокринопатиями, такими как сахарный диабет и гипотиреоз, определение прокальцитонина (ПКТ) тестером фирмы «BRAHMS», измерение общего билирубина проведено при помощи спектрофотометрии, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и иммунологический индекс реактивности (ИИР) при помощи модифицированной формулы Н.П.Шабалова и соавторов.

Результаты. В венозной крови новорожденных, перенесших ГИЭ и внутриутробно инфицированных, выявлено повышение уровня

ЛИИ, провоспалительных белков острой фазы СРБ. ПКТ на фоне снижения иммунологической реактивности, что свидетельствует о «воспалительной трансформации» микроциркуляции, сопровождающиеся усилением системного острофазового ответа.

Выводы. Настоящее исследование показывает, что сохранение этих изменений к концу неонатального периода являются лабораторными признаками скрытого воспалительного процесса.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Газиева Х.Ш., Рахимов Ш.М., Маманазарова Д.К..

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в детском возрасте относительно невелика по сравнению с таковой у взрослых, в целом составляет от 2 до 3 %. Однако с возрастом распространенность АГ увеличивается: уже в школьном возрасте заболевание выявляется у 4,5 % детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 35 подростков с АГ в возрасте от 16,8 до 17,6 лет. Подростки с АГ по договору были обследованы амбулаторно в «подростковом центре» г Ташкента. Диагноз АГ был верифицирован на основании ВОЗ/ МОГ (1999). Из 35 обследованных девочки составили 31% (N=11) , а мальчики 69% (N=24). Средняя продолжительность АГ у подростков в зависимости от пола имела разнонаправленный характер. У мальчиков средняя продолжительность АГ составила $24 \pm 1,8$ месяцев, у девочек $18 \pm 1,2$ месяцев. Контрольную группу (здоровые подростки) составили 20 человек. Больные обеих групп не различались между собой по возрасту, антропометрическим, анамнестическим данным. Были изучены маркёры эндотелиальной функции в частности NO, HD, HP, ONOO-. Обследование проводилось в ЦНИЛ ТМА. У подростков с АГ I показатель САД составил $141 \pm 2,2$ мм.рт.ст., а ДАД $90 \pm 1,2$ мм.рт.ст., т.е. САД на 19% ($p < 0,05$) и ДАД на 18% ($p < 0,05$) были выше по отношению к здоровой группе. У подростков с АГ II среднее значение САД составил $154 \pm 2,2$ мм.рт.ст., ДАД $97 \pm 1,2$ мм.рт.ст, т.е. САД на 30 % ($p < 0,01$), а ДАД на 24% ($p < 0,01$) больше по отношению к здоровой группе.

Результаты. Исследования маркёров эндотелиальной функции показали, что у подростков с АГ в сыворотке крови отмечаются нарушения в NO-системе. Это характеризуется существенным снижением

уровня основного стабильного метаболита NO₂ – NO, угнетением активности eNOS (НД), стимуляцией активности фермента iNOS (НР) и увеличением содержания ONOO-. У подростков с АГ I наблюдается снижение NO структуры на 27% (p<0,05), у подростков с АГ II и на 70% по отношению к здоровой группе (p<0,01).

Из полученных данных следует, что уменьшение уровня NO может быть обусловлено двумя факторами – снижением активности eNOS и/или ускоренным образованием ONOO-. Со снижением показателя NO нами было выявлено снижение НД (eNOS) у подростков с АГ I на 14% (p<0,05) и у подростков с АГ II на 19% (p<0,05) по отношению к здоровой группе.

У подростков с АГ I увеличение НР показателя составил 0,8±0,05, а показатель ONOO- 0,27±0,05 соответственно (на 14% и 35% больше по отношению к здоровой группы). У подростков с АГ II показатель НР составил 0,9±0,06, а ONOO- показатель 0,37±0,09 т.е., содержание НР в сыворотке крови на 29% (p<0,05) ,а ONOO- на 54% (p<0,01) выше по отношению к здоровой группы.

Выводы. Таким образом, у подростков с АГ в крови отмечается дисбаланс в NO-системе, более выраженная эндотелиальная дисфункция прослеживается у подростков с АГ II, что может служить одной из причин расстройств в микроциркуляционном русле и приводить к дисметаболическим сдвигам в кардиомиоцитах.

БОЛАЛАРДАГИ СЕМИЗЛИК

Джаббарова М.Б., Тухтаева Х.Х., Байханова Б.Б., Ашурова Н.Г.
Бухоро Давлат Тиббиёт институти, Бухоро

Долзарблиги. Болалардаги семизлик хозирда замонавий тиббиётнинг энг долзарб муамолардан бири булиб хисобланади. Охирги вақтларда дунёнинг барча давлатларида болалар орасидаги бу муаммо усиб ва купайиб бормокда. Россия эпидемиологлари берган маълумотларига кура (2007 й.) болалар орасида ортикча тана вазни билан хисобга олинганлар сони 11,8%,шу жумладан семизлик 2,3% ни ташкил этган. Асосий ракамнинг усиб боришига сабаб нафакат генетик ва гормонал сабаблар эмас, балки уларнинг хаёт тарзи, нораціонал овкатланиши ва гиподинамия хам ахамият касб этади.

Тадқиқот усуллари. Махсус анкета, анамнез йиғиш, антропометрия, ортикча тана вазни муаммоси билан келган болалар куриги ва уларни текшириш.

Натижа ва таҳлиллар. 2010-2011 йилда Бухоро шаҳар 11ва 4-сонли бирлашган поликлиникага карашли 6-17 ёш болалар орасидан 56 таси 1-2 даража абдоминал семизлиги борлар аникланиб улар текширишдан утказилди. Анамнезга асосан 37% болаларнинг ҳам отаси-хам онасида семизлик, 34%да ёки онаси ёки отасида семизлик кузатилган. Уртача тана массасини ошиши $6,4 \pm 2,4$ гни ташкил қилган. Бу болалар орасида мурракаблаштирилган мактаб программаси 56% , бунда ҳар куни бу болалар $4,3 \pm 1,2$ соатгача уз вақтларини компьютер ёки телевизор каршисида утказадилар. Бунда болалар овқатланиш рационини 44% хазм булиши кийин булган ёғлар (хайвон ёғлари, колбаса махсулотлари) ва пишлоклар ташкил қилган, 38% ни тез хазм булувчи углеводлар (нон ва нон махсулотлари) ва турли хилдаги ширинликлар, 5% болалар сув урнида уз чанкокларини кондириш учун турли шарбатларни ичишни афзал топганлар (соклар, газланган сув, ширин чойлар). 77% болалар ортикча микдорда каттик ёғлар ва тез хазм булувчи углеводларни қабул қилиш билан биргалигида етарли даражада булмаган клетчатка, сабзавот-мевалар, ҳамда балик махсулотларини қабул қилмаганликлари аникланди.(хафтада 1 марта ёки ундан кам). 80% ота-оналар болаларини умуман овқатдан бош тортишларидан курккан ҳолда уларнинг хошиш ва ихтиёрига караб овқатланиш рационидан керакли махсулотларни чеклаганлар, 20% ота-оналар эса секин-асталик билан ва тушунтириш йуллари орқали болаларни овқатланиш рационини тугри олиб борганлар. Текширилган болаларни 12 ёшдан катталари орасидан 14%да систолик қон босими (АД) баландлиги ($12,6 \pm 2,1$ ёш) 150 ± 18 мм см.у., диастолик АД уртача 96 ± 4 мм см. устунига тенглиги аникланди. Шундай қилиб 30та (53%) болада семизликни асоратсиз кечиши аникланган ва уларнинг 14 тасини (47%) кизлар ва 16 тасини (53%) угил болалар ташкил қилади. Буларда семизликни давомийлиги $3,5 \pm 1,1$ йилни ташкил этган.Асоратли семизлик билан булган болалар 26 тани ташкил этиб, улардан 16 таси (62%) угиллар ва 10 таси (38%) киз болалар ташкил қилган ва буларда касалликни давомийлиги уртача $6,6 \pm 2,8$ ёшни ташкил этади. Бу болаларда МС булмасида булар хавф гуруҳидагилар булиб ҳисобланадилар. 1 (10%) болада гиперлипидемия, АД ни баландлиги асорат сифатида топилган.

Хулоса. 61% болаларни ота-онасида семизлик топилган; Ҳар бешта боладан биртаси (18%) спорт билан шугулланмайди ва жисмоний тарбия дарсларига катнашмайди.65% болалар кучли аклий зуриқиш тартибида (махсус гимназиялар, кушимча чет тилларини урганиш, чуқур махсус тайёрланадиган мактаблар) дарсларга катнашадилар, 65% болалар уртача суткасида $4,6 \pm 1,6$ соат компьютер ёки телевизор кар-

шисида утказадилар. Купинча ота-оналар эътиборларини болаларини соғлом хаёт тарзини шаклланишига эмас, балки улардаги аклий кобилиятларини оширишига каратадила

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Дильмурадова К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель работы: Изучение частоты и характера метаболических нарушений у новорожденных.

Материалы и методы: Под наблюдением было 270 новорожденных: из них 156 здоровых и 114 – от матерей с заболеваниями почек. Использовали 5 тестов, позволяющих выявлять изменения в моче, отражающие метаболические нарушения в организме ребенка: тест на кальцифилаксию, на перекиси и 3 теста, характеризующих антикристаллообразующую способность мочи к оксалатам кальция, фосфатам кальция и трипельфосфатам.

Результаты. Установлено: у 89,7% детей выявлена положительная проба на липидурию (++++) и способность мочи к кальцифилаксии (++) , сочетающаяся с достаточно выраженной антикристаллообразующей способностью мочи: к оксалатам -0,54; фосфатам -0,6 и трипельфосфатам (++) . У 79,8% новорожденных от матерей с гестозами выявлено значительное повышение пробы на кальцифилаксию (++++) и перекиси липидов (++++) в моче, которые сопровождалась сниженной антикристаллообразующей способностью мочи к оксалатам - 0,31; фосфатам – 0,2 и трипельфосфатам – отрицательная реакция.

Обнаруженные особенности метаболизма у здоровых новорожденных в ранний неонатальный период, оцененные нами адаптивные, возможно, связаны с катаболической направленностью обменных процессов в этот особенный период жизни организма ребенка. Выявленные изменения у новорожденных от матерей с заболеваниями почек, по видимому, являются результатом влияния патологии матери на обменные процессы в целом на организм и на почки ребенка.

Выводы. 1. У здоровых новорожденных в ранний неонатальный период отмечаются метаболические нарушения, связанные с адаптивными изменениями в организме.

2. У новорожденных от матерей с заболеваниями почек выявленные метаболические нарушения носят патологический характер, в результате которых впоследствии возможно развитие гиперурикемии, интерстициального нефрита и артериальной гипертензии.

ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

Кадомцева Л.В., Шадманов У.И., Каледа С.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель исследования. Выработать современные подходы к лечению жировой дистрофии печени у подростков с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: исследование проводилось среди подростков в возрасте от 12 до 16 лет, из них мальчиков 8, девочек 15, которые получали стационарное лечение и находились под наблюдением в течение 2-х лет в 5-ой Городской клинической больнице.

Результаты исследования: Наибольший интерес с позиций нарушений функций билиарного тракта представляют результаты, полученные при обследовании больных с метаболическим синдромом. Поперечные исследования показали статистически значимую связь желчнокаменной болезни с высоким индексом массы тела, ожирением и сахарным диабетом 2 типа. Наиболее часто у пациентов выявлялись холестероз желчного пузыря (26,5–55,8%) и желчно-каменная болезнь (12,3–18,7%).

Изменение образа жизни лежит в основе успешного лечения жировой дистрофии печени. У больного необходимо сформировать устойчивую мотивацию, направленную на длительное выполнение рекомендаций по питанию, физическим нагрузкам, приему лекарственных препаратов.

Хорошо известно, что одной из основных причин, приводящих к снижению эффективности гепатопротективной терапии, являются существующие микробиологические нарушения кишечника, поэтому модификация кишечной микробиоты имеет терапевтические перспективы. В связи с этим логичным обоснованием является назначение высокотехнологичных пробиотиков, которые являются самым эффективным патогенетически оправданным методом профилактики и коррекции дисбиотических расстройств в микрофлоре желудочно-кишечного тракта ребенка.

При лечении метаболического синдрома удовлетворительным результатом может считаться снижение массы на 10-15% в первый год лечения, на 5-7% на второй год и отсутствие рецидивов прибавки массы тела в дальнейшем. Из всех наблюдаемых подростков рецидив прибавки массы тела регистрировался в 17,4%, это было связано с нарушением рекомендаций по питанию и физическим нагрузкам, а также ре-

жиму приема лекарственных препаратов.

Выводы: Таким образом, обязательна комплексная длительная поэтапная терапия, в которой преимущество следует отдавать препаратам с доказанной эффективностью и безопасностью. Оптимальным подходом к лечению жировой дистрофии печени является сочетанное использование гепатопротекторов и современных пробиотиков, улучшающих функцию печени и нивелирующих процессы ее жировой инфильтрации. Помимо этих достижений, нужно воздействовать и на другие факторы риска метаболического синдрома: гиперлипидемию, артериальную гипертензию, ожирение и др.

РОЛЬ МЕМБРАНОДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мухамедова Х.Т., Алимов А.В., Турсунова Н.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Цель работы. Изучение роли мембранодеструктивных процессов в патогенезе токсико-септических заболеваний у новорожденных.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей с токсико-септическими заболеваниями, поступивших в ОРИТ. Проведен анализ кинетики взаимодействия клеточных мембран (на модели эритроцитов) с адреналином, ацетилхолином, преднизолоном методом флуоресцентного зондирования с использованием в качестве зонда хлортетрациклина (ХТЦ).

Результаты. Полученные нами результаты показали, что у новорожденных в фазе разгара II и III степени инфекционного токсикоза (ИТ) имеет место удлинение времени пика встраивания зонда ХТЦ в структуру мембран эритроцитов по отношению к норме. При этом данный показатель при ИТ II степени был равен $4,56 \pm 0,67$ минут, что по отношению к контрольному уровню составило 73%, при III степени $5,47 \pm 0,73$ минут, что более чем в 2 раза больше контроля. Фаза клинической стабилизации ИТ II и III степени у новорожденных обуславливает отсутствие различий в величинах времени пика встраивания зонда, который в зависимости от степени тяжести ИТ был в пределах 3,30 – 3,50 минут, а также тенденцию сближения анализируемого показателя к норме. Изменение показателей интенсивности взаимодействия клеточных мембран с зондом, имеют четкие закономерности. Так, в частности, показатель интенсивности флуоресценции у детей в фазе разгара II

и III степени оказался более высоким по отношению к контролю ($p < 0,001$). В фазе клинического улучшения ИТ II и III степени тяжести показатели интенсивности флюоресценции снижаются, приближаясь к норме. Резюмируя вышеизложенное, можно отметить, что исследование по оценке кинетики взаимодействия мембран эритроцитов с мембранотропными зондами (хлортетрацилин) при токсико-септических состояниях у новорожденных установило: время встраивания зонда в структуру мембран увеличивается пропорционально степени тяжести ИТ.

Выводы. 1. У новорожденных с различной степенью ИТ при токсико-септических состояниях изменяются функциональные характеристики мембран эритроцитов, имеющие линейную зависимость. 2. Токсико-септические состояния у новорожденных сопровождаются изменением мембранорецепции, что проявляется снижением чувствительности к адреналину и ацетилхолину.

ЎСМИР ЁШЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров М.М.
РШТЎИМ Андижон ва Наманган филиаллари, АндДавТИ, Андижон

Тадқиқот мақсади. Ўсмир ёшида бўлган аҳоли ўртасида артериал гипотониянинг эпидемиологиясини Фарғона водийси шароитида ўрганиш ҳамда баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. Текширув учун Наманган вилоятининг қосонсой индустриал-педагогика коллежи ўқувчилари объект қилиб олинди. Танлов хажми (1500 та) ЖССТ мезонлари бўйича (2003) аниқланди ва махсус формуладан фойдаланиб ҳисоблаб чиқилди. Эпидемиологик текширув 15-22 ёшли ўқувчи-ўсмирлар популяциясида эрталаб, нахорда ўтказилди ва унда стандартизацияланган сўровномали, клиник, биохимик ва инструментал текширув усуллари қўлланилди. АрГ деб – артериал босимни $< 100/60$ мм симоб устунидан паст даражалари қабул қилинди.

Натижалар. Олинган натижаларни мушоҳидаси. Олинган натижалар тасдиқлайдики, 15-22 ёшли ўсмирларда АрГ 18,6 фоиз даража билан учрайди. Ёшга боғлиқ ҳолда 10,8 фоиздан (15-17 ёшлиларда) то 45,1 фоизгача (18-22 ёшлиларда) етиб ёки 4,3 баробарга ортади ($P < 0,01$). Бирламчи АрГ (БАрГ) текширилган ўсмирларда иккиламчи АрГ га (ИАрГ) караганда 3,9 баробарга кўп кузатилади ($P < 0,001$).

Маълум бўлдики, физиологик артериал гипотония (ФАрГ) ушбу ўсмирлар популяциясида 17,8 фоиз ва патологик гипотония (ПАрГ) 28,2 фоиздан, яъни 1,8 баробар тафовут билан қайд қилинади ($P < 0,05$). Ёшга боғлиқ бўлиб ФАрГ – 42,5 баробарга ($P < 0,001$) ва ПАрГ эса 2,7 баробарга етиб кўпаяди ($P < 0,001$).

Ўсмирларда ўткир ва сурункали АрГ ни тарқалганлик даражалари популяция даражасида – 18,2 % ва жами АрГ га нисбатан таққослаганда 40,4 фоиз ҳамда 26,8 ва 59,6 фоизданни ташкил этиб кузатиладилар ($P < 0,05$). Ёшга боғлиқ холда ўткир АрГ 4,6 баробарга ва сурункали АрГ ни 3,9 мартага етиб кўпайиши ҳам тахлилларимиздан маълум бўлди ($P < 0,001$).

Хулосалар. АрГ ўсмирлар аҳолисида кенг тарқалган ва у “ўзига” нафақат клиницистларни, балки бутун интернистлар ҳамда профилактик тиббиёт соҳасидаги мутахассислар эътиборларини кенгроқ жалб этилишини тақозо этади. Шунда унинг замонавий қирралари янада чуқурроқ очилади ва кардиологик континуум салмоғи, шубҳасиз, сезиларли даражада ўсмирлар популяциясида камаяди.

МОДИФИКАЦИЯ СХЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА И АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Ахмедова М.М.,
Мавлянова В.Д., Ирбутаева Л.Т

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд

Цель работы. Модификация схемы профилактики рахита и анемии, снижение заболеваемости и постнеонатальной смертности в Акдарьинском районе Самаркандской области.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости и смертности детей до 1 года в Акдарьинском районе Самаркандской области, получавших профилактику рахита и анемии. Дети еженедельно получали по 4000 МЕ витамина Д₃ (курсовая доза 160000-180000 МЕ) и 200 мг сульфата железа с фолиевой кислотой (курсовая доза 8000 мг). Для модификации способа профилактики, а также для полноты уверенности в том, что препарат доходит до ребенка и учитывая существующую систему патронажного наблюдения детей первого года жизни, нами модифицирована схема профилактики. Препараты, назначаемые с профилактической целью, давались детям 1-го года жизни 1 раз в неделю собственноручно патронажной медицинской сестрой

Результаты. Анализ структуры младенческой смертности в Акдарьинском районе Самаркандской области за 2001 год показал, что всего умерло 30 детей, из них профилактику рахита и анемии получали 8 детей. Больше всего детей (43,3%) умерло от различных аномалий развития, из них 26,6 процентов получали профилактику. Второе место в структуре смертности занимают заболевания органов дыхания (30%), из них 10% получали профилактику рахита и анемии. Также причинами смертности стали перинатальная патология и инфекционные заболевания по 13,3% и 10% соответственно, однако детей, получавших профилактику среди них нет.

Анемия является клиническим проявлением значительного дефицита железа в организме. Латентный дефицит железа встречается в 1,5-2 раза чаще, однако практически не диагностируется из-за неспецифичности симптомов. В результате профилактики заболеваемость сократилась вдвое: с 32,0 % в 1995 году до 15,6% в 2001 году. Приятным фактом явилось сопутствующее снижение числа случаев гипотрофии с 28,1% в 1995 году до 19,7% в 2001 году.

Среди детей, не получавших профилактику, госпитализация по респираторной инфекции составила 2,35%, тогда как только 0,48% детей, включенных в программу, нуждались в стационарном лечении, что указывает на благоприятное течение заболеваний органов дыхания.

Выводы. Таким образом, модификация схемы профилактики рахита и анемии привела к снижению заболеваемости вдвое: с 32,0 % в 1995 году до 15,6% в 2001 г., существенно снизилось количество детей, нуждавшихся в стационарном лечении. Полученные данные могут быть рекомендованы для применения в условиях первичного звена здравоохранения для профилактики рахита и анемии.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Рахимов Ш.М., Шералиева У.М., Азимова Н.З.

Педиатрический медицинский институт. Ташкент.

Цель работы. изучить состояние вегетативной нервной системы у подростков с МС в зависимости от представленности и выраженности её компонентов.

Материал и методы. Обследованы 42 подростка в возрасте 17 – 19 лет, в том числе 19 девочек и 23 мальчика. При выявлении компонентов МС пользовались критериями диагностики Международной фе-

дерации диабета (2009): абдоминальное ожирение – окружность талии 90см. для мальчиков, 84см. для девочек. Триглицериды > 1,7 ммоль/л. ХС ЛВП < 1,03 ммоль/л для мальчиков и < 1,29 ммоль/л для девочек. АД систолическое \geq 130мм.рт.ст. диастолическое \geq 85 мм.рт.ст. Глюкоза натощак \geq 5,6 ммоль/л. Состояние вегетативной нервной системы изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). Анализировались следующие показатели: мода (Мо)– наиболее часто встречающееся значение продолжительности интервала R-R; амплитуда моды (АМо)– число значений кардиоинтервалов, равное моде, выраженное в процентах к общему числу кардиоциклов; вариационный размах (^X); индекс вегетативного равновесия (ИВР); показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР); вегетативный показатель ритма (ВПР); индекс напряжения(ИН). В зависимости от представленности компонентов МС обследованные разделены на 2 группы: I гр.-15 подростка с абдоминальным ожирением; II гр.– 14 подростков с наличием трёх и более компонентов МС. В качестве контрольной группы (К) обследованы 13 подростков без наличия компонентов МС.

Результаты. Установлено наличие различия между К и I гр. При этом в I гр Мо была ниже на 11 %; АМо выше на 20 % ($P < 0,05$); ^X ниже на 18%; ИН выше на 22% ($P < 0,05$); увеличение ИВР на 12%, ПАПР на 9% и ВПР на 14%. Результаты сравнительного анализа показателей К и II гр. выявили более существенные сдвиги. Во II гр. Мо была ниже на 18% ($P < 0,05$), ^X на 23% ($P < 0,05$); увеличение АМо составило 29% ($P < 0,01$), а ИН 31% ($P < 0,01$), увеличение ВПР так же было статистически достоверным и составило 22%, ИВР 14% и ПАПР 13%.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные данные, необходимо указать на то, что подростки с наличием даже одного компонента МС – абдоминальное ожирение, характеризуются нарушением вегетативного регулирования, т.е. преобладания тонуса симпатoadrenalовой системы над парасимпатическим. Сочетание нескольких компонентов МС способствует более выраженной активации данной системы. Более того, подростки с наличием нескольких компонентов МС характеризуются ослаблением автономной регуляции сердечного ритма и преобладанием функции центрального контура.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ IDF (2007г).

Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.

РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз., кафедра эндокринологии
Таш ИУВ., г. Ташкент.

Цель работы. Оценка частоты метаболического синдрома и его компонентов среди детей и подростков с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО) по новым критериям диагностики IDF от 2007 года.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 164 детей и подростков. Контрольную группу (К) составили 80 здоровых детей и подростков соответствующего возраста и пола. Основную группу составили 84 пациента с ЭКО различной степени тяжести. Исследуемые в соответствии с международными критериями диагностики метаболического синдрома по консенсусу IDF были разделены по возрастным группам.

Результаты. Во всех возрастных группах с ЭКО компонент МС ОТ имел достоверную разницу ($p < 0,001$) при сравнении с контролем соответствующих возрастов. В 1 гр. с ЭКО ОТ ≥ 90 перцентиль составил 72,2%, а во 2 гр. 83,6%. В 1 гр. с ЭКО нарушения углеводного обмена (НУО) выявлены у 1 (5,5%) в виде повышения НьА1с при нормальном ТТГ, во 2 гр. нарушение гликемии натощак (НГН) обнаружено у 1 подростков (1,6%), (EASD 1999), а НьА1с выше нормы обнаружен у 2 (4,2%) при нормальном ТТГ. А у 6,5% подростков гликемия плазмы натощак была выше или равна 5,6 ммоль/л согласно международным критериям диагностики МС у детей и подростков (IDF, 2007). Повышение АД выше 130/85 мм рт ст в 1 гр. с ЭКО не было обнаружено, а во 2 гр. составило 8,1%(у 5 подростков).. Гипертриглицеридемия в 1 гр с ЭКО составила 61%, во 2 гр. с ЭКО 62%. Частота уровня ЛПВП ниже указанного показателя по новым критериям МС в 1 гр. с ЭКО составила 11%, во 2 гр. с ЭКО 34,4%.

Выводы. 1. В детском возрасте до 10 лет при ЭКО компоненты МС, согласно новым критериям, наблюдались не более двух: ОТ ≥ 90 перц. составил 72,2%, гипертриглицеридемия обнаружена в 61%, а уровень ЛПВП ниже нормы составил 11%, НУО и повышения АД не обнаружено.

2. Среди подростков от 10 до 16 лет при ЭКО компоненты МС наблюдались тремя и более, в частности, ОТ ≥ 90 перц. составил 83,6%, гипер-

триглицеридемия выявлена в 62%, а уровень ЛПВП ниже нормы составил 34,4%, артериальная гипертония диагностирована в 8,1%, а повышение уровня гликемии выше рекомендуемого показателя в 1,6%.

3. На основании новых критериев IDF МС при ЭКО у детей в возрасте 6-10 лет не обнаружен, а у подростков в возрасте от 10-16 лет диагностирован в 26,2% случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРЛИСТАТА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.

РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз., ТашИУВ., Ташкент.

Цель работы. оценить эффективность применения Орлистата-120 у подростков с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 28 человек, в возрасте от 12 до 16 лет, страдающих ожирением различной степени тяжести. Контрольная группа состояла из 20 здоровых подростков соответствующего возраста и пола. Испытуемые были разделены на две группы: 1гр. 11 человек, которым назначался Орлистат (О) в дозе по 1 кап 3 раза в сутки во время еды на фоне гипокалорийной диеты и увеличения физических нагрузок (только 1500 ккал в день). 2 гр сравнения - 17 лиц с ожирением с гипокалорийной диетой и повышенной физической деятельностью (изменением образа жизни - ИОЖ). Длительность лечения и наблюдения составила 6 месяцев. Проводили оценку антропометрических показателей, АД, МАУ, углеводного и липидного спектра, ИРИ с определением индекса НОМА.

Результаты. Через 6 месяцев на фоне применения О отмечено достоверное снижение массы тела на 13,9% ($p < 0,05$), ОТ на 11,9% ($p < 0,01$), ИМТ на 13,8% ($p < 0,05$), а в гр. ИОЖ достоверно снизился только ИМТ на 8,4% ($p < 0,05$). У пациентов, принимавших О уровень ТГ снизился на 19,2% ($p < 0,05$), а ЛПВП повысился в два раза ($p < 0,01$). В гр. ИОЖ все показатели липидного обмена снизились, но недостоверно. Во 2 группе САД достоверно снизилось на 13,2 мм.рт.ст. (11,3%) ($p < 0,05$), ДАД на 7,2 мм.рт.ст. (10,7%) ($p < 0,05$). МАУ в группе Орлистата обнаружена в 36,4% случаев, а в группе ИОЖ обнаружена - в 35,3%. МАУ на фоне Орлистата после 6 месяцев достоверно уменьшилась на 37,1% ($p < 0,05$) по отношению к уровню до лечения, а в группе ИОЖ снижение МАУ было недостоверно на 16% ($p > 0,05$).

Показатель ИР индекс НОМА в 1гр. исходно был повышен у 70% обследованных, на фоне приема Орлистата у всех больных отмечалось

достоверное снижение ИР ($p < 0,05$), из них у 43% больных выявлена нормализация ИР, а у 57% больных показатели значительно снизились. В группе ИОЖ индекс НОМА был повышен у 50% больных и в течение 6 месяцев у этих больных не отмечена нормализация индекса НОМА.

Переносимость Орлистата у подростков с ожирением оценивалось как хорошая более чем на 82%. Побочные эффекты в виде частого жирного стула, метеоризма зарегистрированы у 2 (18%), но после коррекции диеты не требовало отмены препарата.

Выводы. Применение Орлистата в дозе 240-360 мг/сут в течение 6 месяцев в группе подростков от 12-17 лет с экзогенно-конституциональным ожирением, показал высокую степень безопасности и достоверную эффективность в снижении кардиоваскулярного риска по сравнению с ИОЖ.

ЎСМИРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎСИНЛАРИ

Уринбоев У.Ж., Мамасалиев Н.С., Нурматова Т.С., Рахматов Б.У.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади – ювенил артериал гипотониянинг (ЮАрГ) донозологик ташхисоти ва профилактикаси дастурларини такомиллаштириш.

Материал ва текширув усуллари. Фарғона водийсини ўзида акс этдирувчи 1500та ўсмирлар популяцияси ажратиб олинди ва улар эпидемиологик тадқиқотга жалб этилдилар. Текширувда ЖССТ тавсия этган ва Россия Федерацияси Давлат Профилактика Илмий Маркази томонидан такомиллаштирилган стандарт сўровнома-анкеталар, эпидемиологик, биохимик ва инструментал текширув усуллари қўлланилди.

Натижалар. Амалий фаолиятда ЮАрГ нинг шаклланиши, клиник кечиши ва асорангланиши билан ассоциацияланувчи хатар омилларини акс этдириб проностик аҳамият касб этувчи ЮАрГ ни математик моделдан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бундай фаол, популяция даражасида ишлаши таъминланган фаолият 86,7% ЮАрГ билан хасталаниш даражасини ва 13,3% га етиб унга боғлиқ келиб чиқадиган континуумни бартарафлаш имкониятини беарди. Биз томондан, эпидемиологик тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб, яратилган “ЮАрГ ни барвақт аниқлаш алгоритми ва профилактикаси дастури” 93,0% га етиб самара келтиради. Ундан ЮАрГ нинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи

профилактикасига оид маҳаллий / минтақавий дастурларни тузишда ҳамда амалга оширишда кенг фойдаланиш мумкин.

Хулосалар. Ювенил артериал гипотония билан боғлиқ “терапевтик чидамли” муаммоларни тўлиқ ечишда эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланиш тавсия этилади. Бунинг учун стандартизацияланган скрининг усуллардан фойдаланиб ва тиббий ходимлар махсус тайёргарликдан ўтказилиб эпидемиологик текширувлар мунтазам амалга оширилиши даркор.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА DУ ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ.

Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М.,
Мавлянова В.Д., Ирбутаева Л.Т.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд

Цель работы. Изучение уровня метаболита витамина Dв крови и факторов риска развития рахита, а также оценке возможности коррекции недостаточности витамина D у практически “здоровых” детей первого года жизни.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 466 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. Все дети считались практически здоровыми, были обследованы для установления клинических особенностей рахита; определялось содержание в сыворотке крови 25(OH)D3, кальция и фосфора в крови. Кроме этого проводилось анкетирование родителей. Распределение по возрасту показало, что до 3 месяцев было 20,6%, 3-6 месяцев – 35,6%, 6-12 месяцев – 43,7%, мальчиков было – 55,3%, а девочек – 44,6%. Недоношенных детей было – 8,4%, врожденная гипотрофия выявлена у 6,6%, у 79 детей было повторно определено 25(OH)D3 в сыворотке крови. После углубленного клинического осмотра выявлен рахит легкой и среднетяжелой степени у 27,8% детей, которые были выделены в отдельную группу. Дети, не получавшие ранее витамин D профилактически, получили его в дозе по 4000 МЕ ежедневно под контролем содержания 25(OH)D3 в течение 2 месяцев. Все родители получали рекомендации по неспецифической профилактике рахита.

Результаты. Выявлены значимые факторы риска со стороны матери: железодефицитная анемия во время беременности, отсутствие приема витамина D в период беременности, дефект питания в период беременности. Факторами риска со стороны ребенка было: отсутствие

профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни, недоношенность, железодефицитная анемия, время рождения (осенне-зимний период), недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин в день), а также низкий уровень 25(OH)D₃ кальция и фосфора в сыворотке крови.

Определение 25(OH)D₃ выявило низкое его содержание $17,6 \pm 1,96$ нмоль/л в сыворотке крови у 81,2% детей. У 24,9% детей выявлено гипокальциемия, и у 17,8% - гипофосфатемия. Эти дети, как правило, отставали в развитии, поздно начинали сидеть, ходить, наблюдалась задержка психомоторного развития. Особенно нужно отметить, что дети были вялые, малоинициативные и при осмотре сидели, как правило, молча, не проявляли интерес к окружающему. После курса витамином D₃ дети стали активными, более подвижными, значительно улучшились психомоторные функции, прорезывание зубов, а также нормализовался уровень 25(OH)D₃ ($114,3 \pm 7,29$ нмоль/л) у 89,9% детей. Клинические признаки передозировки витамина D не были выявлены ни у одного ребенка.

Выводы. Таким образом, выявлен рахит легкой и среднетяжелой степени у 27,8%, дефицит основного метаболита витамина D в крови у 81,2% детей. Предложенная нами коррекция витамином D позволила нормализовать уровень 25(OH)D₃ внешне “здоровых” детей и может быть рекомендована для профилактики и лечения рахита.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.
СамМИ, Самарканд

Цель работы. Изучение влияния музыкотерапии на соматическое состояние и неврологический статус детей с перинатальными повреждениями ЦНС.

Материалы и методы. В базу проведения музыкотерапии включили детскую городскую больницу №1, дом грудника и детскую поликлинику № 4. Музыкотерапию можно проводить на дому, в таких случаях мы обучаем матерей больных детей. На базе ГДБ № 1 нами начато внедрение музыкотерапии для реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Следует отметить, что мы ставим перед собой задачу индивидуальной схемы ведения этих детей в зависимости от преоб-

ладания того, или иного синдрома. Под наблюдением находилось 32 ребенка с последствиями перинатального поражения нервной системы (ППНС) в возрасте от 4 месяцев до 1 года, получившие курсы музыкотерапии. Контрольную группу составили 12 детей с ППНС, получившие общепринятую терапию. Всем детям, помимо неврологического обследования, проводились электроэнцефалографические и эхоэнцефалографические исследования до- и после проведения музыкотерапии.

Результаты. После включения в комплекс лечения музыкотерапии неврологический статус, показатели ЭЭГ и Эхо-ЭГ имели положительную динамику. Анализ данных Эхо-ЭГ, выполненных после комплексной реабилитации показали, что снизилась ликворная гипертензия, уменьшилась ширина третьего желудочка, индекс бокового желудочка и вследствие этого уменьшалась степень смещения срединных структур. По данным ЭЭГ отмечался сдвиг в фоновых частотах амплитудных характеристик в сторону преобладания альфа – активности у 68% больных; уменьшилась выраженность медленноволновой активности у 35,7% больных. Изменение параметров Эхо-ЭГ и ЭЭГ в сторону нормализации, также доказывает положительная клиническая картина.

Мы рекомендуем три разновидности программ для музыкотерапии: так называемая «успокоительная» программа, «активизирующая» программа, и программа смешанного типа. Рекомендуем исполнять колыбельные и спокойные песни 2-3 раза в день в течение 5-10 минут после кормления, а песни в быстром темпе за 5-10 минут до начала кормления.

При проведении музыкотерапии в режиме записи, необходимо подбирать музыкальные произведения, отличающиеся высоким качеством исполнения и звучания. В нашей работе была подобрана музыка в национальном колорите. Прослушивать индивидуально подобранную музыкальную программу рекомендуется в течение 7-10 дней.

Как показывает опыт, правильно подобранная мелодия оказывает благоприятное воздействие на детей с перинатальной энцефалопатией и ускоряет их выздоровление, предупреждая инвалидизацию.

Выводы. Таким образом, комплексная реабилитация с применением музыкотерапии эффективна при комбинированных нарушениях и ее последствиях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА КАНЕФРОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Эшкобилов Д.Ж., Каримов Н., Рахмонов Ю., Рузикулов Н.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд.

Цель работы. Изучение клинической эффективности комплексного фитопрепарата Канефрон Н при лечении дисметаболического интерстициального нефрита(ИН) у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 детей в возрасте от 2 до 14 лет с метаболическим синдромом, осложненным дисметаболическим интерстициальным нефритом. Критериями для включения больных детей и контрольную группу были особенности семейного анамнеза (отягощенность урикопатиями), уровень урикемии $>0,3$ ммоль/л, урикозурии $>3,5$ ммоль/л, уратурии >1 мг мочи. Все дети получали однотипную базисную терапию, рекомендуемая малопуриновая диета не противоречит принципам диетотерапии МС. В основной группе (26 детей) наряду с базисной терапией, с первого дня лечения дети получали Канефрона® Н в возрастных дозах в течении 2 месяцев, II группа получала только базисную диету - медикаментозную терапию. Для оценки эффективности наряду с общеклиническими исследованиями (антропометрию, индекс массы тела, липидограмма, нагрузочные пробы), определяли диурез, клиренс креатинина формулой Schwartz, мочевую кислоту (МК) по Мюллер-Зейферту, уратов по Гопкинсу, оксалатов по Н.В Дмитриевой.

Результаты. Установлено, что сниженный диурез у детей с развившимся ИН на фоне метаболического синдрома, уже через 10 дней лечения достоверно увеличивается в основной группе на 28,3%, в контрольной 16%. А через двухмесячное лечение, соответственно на 42 и 26%. Наряду с этим, возрастная суточная экскреция МК на фоне увеличения диуреза не снижается. Этому соответствует снижение гиперурикемии от 0,335 ммоль/л до $0,227 \pm 0,01$ ммоль/л, клиренс МК от $13,45 \pm 1,09$ до $8,75 \pm 0,07$ мл/мин, показателя эндогенного образования МК от $12,75 \pm 0,09$ до 7,43%. На фоне канефрона нормализовались коэффициенты оксалатов, уратов и кальция к креатинину. Этому соответствовала ранняя нормализация мочевого осадка и функциональных показателей почек.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о целесообразности, высокой эффективности использования Канефрона® Н при лечении дисметаболического ИН у детей с МС, отсутствие побочных эффектов.

**ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ
ИМИ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.**

Абдухакимова Н.А., Сайфуллаев А.С., Бабакулов Ё.Х.,

Мирхамидова М.К., Муратова Д.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Городская клиническая больница №6, Ташкент

Цель работы. Изучить мнение пациентов страдающих подагрой в сочетании с метаболическим синдромом о состоянии своего здоровья и выполнении ими врачебных рекомендаций.

Материал и методы. Среди больных подагрой страдающих метаболическим синдромом (МС) проводился опрос, включающий следующие вопросы: 1. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья? При этом учитывались такие ответы как: «я здоров», «удовлетворительное», «болен» и «я серьёзно болен». 2. Всегда ли Вы выполняете рекомендации врача? Учитывались такие ответы как: «Всегда строго выполняю рекомендации врача», «Выполняю, но всегда полностью» и «Обычно не удаётся выполнять». МС выявлялся на основании критериев IDF (2006). При этом учитывалось наличие у пациентов таких его компонентов как: артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, гиперлипидемия, ожирение или избыточная масса тела. Подагра выявлялась на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (АРА).

Результаты. Согласно полученным данным, среди больных подагрой страдающих МС 32% пациентов оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 60% - как «болен» и 8% - как «серьёзно болен». Аналогичные показатели в группе больных подагрой без метаболического синдрома составляют соответственно – 15%, 70% и 15%.

Эффективность лечения различных заболеваний, в том числе и подагры, тесно связано не только с качеством диагностики и лечения, но и в значительной мере от выполнения больными врачебных рекомендаций. В связи с этим, было изучено выполнение пациентами врачебных рекомендаций, полученных ими при посещении врача. Для этого, пациенты с подагрой, страдающие МС были разделены на группы по результатам ответов на вопрос – « всегда ли Вы выполняете рекомендации врача». Как оказалось, только около четверти пациентов все-

гда строго придерживаются врачебных рекомендаций.

Вместе с тем, более чем 2/3 пациентов (79%) пытаются выполнять рекомендации врача, но не всегда выполняют их полностью. Обычно не выполняют врачебные рекомендации 3,33% больных. Следует отметить, что существенных различий выполнения врачебных рекомендаций среди больных подагрой в группах с МС и без МС не выявлено.

Полученные данные объясняют сложившуюся ситуацию не совсем адекватным отношением пациентов к состоянию своего здоровья и игнорированием врачебных рекомендаций. На это указывает тот факт, что в амбулаторных картах больных имеются записи лечащих врачей, свидетельствующие о том, что пациентам были сделаны соответствующие назначения.

Вывод. Полученные сведения указывают на то, что созрела необходимость в разработке новых подходов к просветительной работе среди пациентов с целью совершенствования принципов самоконтроля больными своего состояния.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Камалова Н.А
РСНПМЦ Терапии и Медицинской Реабилитации МЗ РУз, г.Ташкент

Цель работы. Изучить основные параметры системы гемостаза у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией на этапе реабилитации.

Материалы и методы. В исследование включены больные с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987г. и АГ по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999/2001 гг. В соответствии с поставленной задачей были сформированы 3 группы наблюдения: первую группу составили пациенты с РА без артериальной гипертензии (АГ) (n = 64); вторую — 39 больных РА, у которых АГ развилась на фоне РА; третью - 30 пациентов, у которых АГ существовала до дебюта РА. Для решения поставленной цели у больных оценивались следующие лабораторные данные: активность воспалительного процесса—СОЭ, СРБ, уровень тромбоцитов, титр ревматоидного фактора в сыворотке крови; протромбиновый индекс(ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время(АЧТВ), фибриноген. Рассчитывали величину - международное нормализованное отношение

(МНО). К моменту обследования при наличии АГ лечение пациентов включало антигипертензивные средства.

Результаты. Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза выявило однонаправленный характер изменений. Обнаружено достоверное увеличение тромбогенного потенциала первичного гемостаза во всех изучаемых группах. Различия со здоровыми лицами определялись как по спонтанной агрегации тромбоцитов, так и по индуцированной (АДФ). Показатель спонтанной агрегации тромбоцитов в группе больных АГ был достоверно выше, чем в группе практически здоровых ($23,33 \pm 9,7\%$, $p=0,042$). Отмечено повышение спонтанной агрегации тромбоцитов до $24,27 \pm 10,1\%$ ($p=0,038$) в группе с изолированным РА. В группе с сочетанием РА и АГ спонтанная агрегация тромбоцитов составила $25,85 \pm 11,19\%$ ($p=0,04$). Межгрупповые различия недостоверны. У больных РА, АГ и при сочетании этих заболеваний определяется повышенная агрегационная активность тромбоцитов. Состояние коагуляционного звена гемостаза выявляет значимое различие активности факторов преимущественно внутреннего каскада у больных РА с АГ в сравнении с группой практически здоровых. В группах с изолированной АГ и изолированным РА также определяются сдвиги, свидетельствующие о повышении свертывающей активности крови преимущественно по внутреннему механизму. Однако по средним значениям достоверная разница с группой практически здоровых определяется по АПТВ у больных АГ ($32,73 \pm 4,91$ с., $p=0,03$). Сочетание РА с АГ приводит к более выраженным изменениям в коагуляционном звене гемостаза,

Заключение. У больных артериальной гипертензией, ревматоидным артритом и у больных с сочетанной патологией изменения в системе гемостаза имеют тромбофилическую направленность, что представлено повышением агрегационных качеств тромбоцитов, активацией внутреннего пути свертывания, повышением уровня фибриногена, их нарушения взаимосвязаны с активностью воспаления, наличием внесуставных проявлений и рентгенологической стадией заболевания.

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА, МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ЭТАПЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Алиахунова М.Ю. Камалова Н.А.

РСНПМЦ Терапии и Медицинской Реабилитации МЗ РУз, г.Ташкент

Цель работы. Изучение показателей маркеров костного метаболизма, минерального обмена, а также минеральной плотности костной ткани у больных с ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА).

Методы исследования. Нами были обследованы 115 больных от 35 до 72 лет, с РА 65, из них 8 мужчин, 57 женщина, с ОА - 50, из которых 16 мужчин и 34 женщины. Определение паратиреоидного гормона (PTH), продукта деградации коллагена 1-го типа – С-телопептид коллагена I типа (В-CrossLaps), маркера формирования костной ткани – остеокальцина и маркера формирования костного матрикса – общего аминок-термального пропептида проколлагена I типа (PINP) проводили методом иммуно-хемилюминесцентного анализа «ELESIS – 2010», фирмы «ROCHE». В качестве маркера активности процессов костной резорбции проводили определение содержания оксипролина в крови и суточной моче.

Содержание кальция, фосфора, магния, щелочной фосфатазы и половых гормонов (эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин) определяли на анализаторе «HUMALUZER 2000 HUMAN», (Германия). Минеральную плотность костной ткани определяли методом ультразвуковой денситометрии «Sunlight Medicals Ltd.Omnisense 8000S». Изменения МПКТ оценивались по Т-индексу (сравнение с пиковыми значениями МПКТ у здоровых лиц в возрасте до 30 лет) и Z – индексу (относительно средних значений, нормативных для данного возраста и пола). Всем больным по показаниям (в зависимости от сопутствующих заболеваний) назначались фотолечение, минеральные ванны, t–37°C по 10 минут через день № 6-8, озокеритовые аппликации на пораженные суставы, t – 46-48С по 15-20 минут № 6-8 через день, бишофитовое растирание спины и пораженных суставов ежедневно № 8-10, ЛФК, массаж. Больные принимали противовоспалительную терапию, а также базисную терапию, включающую в себя бисфосфонаты и препарат кальция ДЗ.

Результаты. В результате обследования остеопороз диагностирован у 65,5% больных РА, 25.5% больных ОА, остеопения – у 34,5%

больных РА, 71% больных ОА, 3.5% больных показали нормальные значения. Установлена взаимосвязь уровня остеокальцина, РТН, Р1NP, В – CrossLaps в крови пациентов с показателями минерального обмена. При анализе абсолютных показателей остеокальцина и паратиреоидного гормона установлены достоверные различия соответствующих значений у ревматических больных.

Выводы. Значительное повышение минеральной плотности костной ткани после проведенной терапии, выявленное при проведении ультразвуковой денситометрии у больных с РА и ОА, а также установленная нормализация уровня костного обмена: маркеров резорбции и костеобразования, позволяют утверждать, что комплексное лечение медикаментами и физическими факторами может снизить нарастание прогрессирования разрушения кости. Значения уровня магния при ОА существенно не отличались от нормативных показателей. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена зависели от наличия ОП. Уровень кальция и фосфора имел тенденцию к снижению до лечения, а после лечения эти показатели нормализовались.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЁР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

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

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

С-реактивный белок (СРБ) – главный реактант острой фазы воспаления, широко используется в клинической практике. Известно, что синтез СРБ в печени инициируется увеличением концентрации интерлейкина-1 (ИЛ-1) или фактора некроза опухолей. Для реализации своего действия СРБ как вектора, который активирует клетки рыхлой соединительной ткани (РСТ), непосредственно реализующие биологическую функцию воспаления путем усиления направленного переноса и поглощения только клетками РСТ субстрата энергии – насыщенных и ненасыщенных жирных кислот, концентрация СРБ возрастает в десятки и сотни раз.

При наличии избыточной массы тела до 25% всех интерлейкинов-6 (ИЛ-6) продуцируются адипоцитами, тоже клетками рыхлой соединительной ткани. При этом, адипоциты сальника синтезируют в 3 раза большее количество ИЛ-6, чем клетки подкожной клетчатки. Важное значение имеет определение при ожирении соотношения уровня СРБ с артериальным давлением, липидами, липопротеинами, особенностями

анатомического распределения жира.

Показано, что уровень СРБ позитивно и независимо коррелирует с массой тела и степенью центрального ожирения и дает основание полагать, что секретируемый адипоцитами ИЛ-6 является важным фактором стимуляции синтеза гепатоцитами СРБ. Степень превышения массы тела позитивно коррелирует и с уровнем секреции адипоцитами ИЛ-6, и экспрессией синтеза СРБ в адипоцитах. Уменьшение массы тела позитивно и достоверно коррелирует со снижением уровня СРБ. С понижением СРБ позитивно соотносятся биохимические параметры при метаболическом синдроме, инсулиннезависимом СД II типа, нарушении толерантности к глюкозе.

Выявлено также позитивное взаимоотношение концентрации СРБ с уровнем в крови ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПВП, ТГ, апо В-100. Помимо этого, высокие цифры СРБ сопровождаются повышением содержания в крови фибриногена, мочевой кислоты и ХС-ЛПНП. По данным J.Kahn и соавт.(2006г), уровень СРБ в плазме и тесты нарушенного фибринолиза достоверно коррелируют с симптомами метаболического синдрома. Считается, что увеличение СРБ, неспецифического высокочувствительного теста, является ответом на синдром системного воспаления, который развивается при ожирении, метаболическом синдроме, артериальной гипертензии. При этом, синдром воспаления исполняет общебиологическую функцию поддержания гомеостаза.

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д.

Республиканский Центр по борьбе со СПИД.

Известно, что ВИЧ-инфекция является одной из основных проблем современной медицины. Заболевание характеризуется развитием ряда оппортунистических заболеваний и новообразований. Вирус иммунодефицита человека проявляется выраженным тропизмом к лимфоидной ткани, особенно к CD4-позитивным Т-клеткам, моноцитам и дендритным клеткам. В течении последних двух десятилетий наблюдалось безудержное распространение эпидемии ВИЧ-инфекции по всему миру. К концу 2009 года, по оценкам ЮНЭЙДС и Всемирной Организации Здравоохранения превышает 32 миллиона чел. И показатель распространенности оказался примерно в четыре выше по сравнению с 1990 годом.

Цель работы. Изучение основных эпидемиологических законо-

мерностей ВИЧ-инфекции в различных регионах республики.

Материалы и методы исследования: Отчетные данные республиканского и регионального центров по борьбе со СПИД. В работе были использованы эпидемиологические, серологические и статистические методы исследования.

Результаты исследования: Установлено, что впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в 1987 г. Среди иностранных граждан. В первые 13 лет, после выявления ВИЧ-инфекции в республике были выявлены 76 больных ВИЧ-инфекцией. В последующие годы, ежегодный прирост ВИЧ-инфекций составлял от 78 до 400 больных. Подъем заболеваемости начался с 2001 года и достиг максимума в 2009 году, однако в 2010 количество ВИЧ-инфицированных больных снизилось на 5,5%.

Следует отметить одинаковую выявляемость ВИЧ-инфекции по регионам республики. Сравнительно высокая выявляемость наблюдается в г.Ташкенте, Андижанской и Ташкентской областей. Так, из общего числа выявленных в 2010 году ВИЧ-инфицированных больных 22,2% приходится на долю г.Ташкента, 20,0% на долю Андижанской и 15,1% Ташкентской областей. Растет удельный вес женщин среди выявляемых больных ВИЧ-инфекцией. Если в 2005 году среди выявленных больных женщины составляли 21,7%, то в 2010 этот показатель возрос до 46,0%. В 2010 году по сравнению с 2006 годом парентеральный путь передачи инфекции снизился на 26,3%, а половой путь передачи ВИЧ-инфекций возрос на 19,5%.

Выводы. Таким образом, на основании вышеприведенных данных можно считать, что в республике темп распространения ВИЧ-инфекции снизился, ВИЧ инфекция по регионам распространена неодинаково, ведущими путями в распространении ВИЧ –инфекции являются парентеральный и половой пути передачи инфекции. Выявленные эти эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции требует дифференцированного подхода при проведении мероприятий по борьбе с этой инфекцией.

О ФАКТОРАХ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ.

Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д.

Республиканский центр по борьбе со СПИД МЗ РУз.

В последнее время подходы к вопросу противодействия распространению ВИЧ существенно изменились. Создана единая система организации противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Повыси-

лась эффективность и качества реализуемых мер по обеспечению необходимой профилактики и надёжной защиты населения от ВИЧ-инфекции, укреплена материально-техническая база центров по борьбе со СПИДом. Одной из актуальных проблем в профилактике ВИЧ-инфекции является предупреждение распространения инфекции внутри медицинских учреждений, как государственных, так и частных. Основными факторами передачи ВИЧ-инфекции является многократное использование одноразовых мед.инструментов, а также переливание не проверенной донорской крови и её компонентов. Директивные документы, принятые в Республике Узбекистан по противодействию эпидемического распространения ВИЧ-инфекции в целом соответствуют нормам международного права и международным обязательствам, принятым страной в этой области.

Цель исследования. Изучение факторов, определяющих интенсивность эпидемического процесса при ВИЧ инфекции и факторов, определяющих интенсивность эпидемического процесса при ВИЧ инфекции в Республике Узбекистан.

Материал и методы. Материалом для работы явились отчетные данные республиканского и регионарного центров по борьбе со СПИДом и результаты, полученные при разработке карт эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции. В работе были использованы эпидемиологические, серологические и статистические методы исследований.

Результаты. Установлено, что в последние годы ВИЧ инфекции в республике находится на концентрированной стадии, однако в отдельных регионах отмечается незначительный рост ВИЧ инфекции. Основную часть больных составляют лица в возрасте от 20 до 50 лет (72,8%). В тоже время в общей сумме выявленных больных, удельный вес детей в возрасте от 4 до 6 лет составлял 12,7%. По сравнению с 2005 годом половой путь передачи инфекции возрос на 19,5%, вертикальный-на 5,8%. За этот период парентеральный путь передачи инфекции снизился на 26,3%. Рост удельной значимости детей до 14 лет в общей сумме выявленных больных, настораживает и позволяет полагать, что большинство из них заражаются в лечебно-профилактических учреждениях. Основанием этого предположения являются: имеющиеся недостатки в обеспечении ЛПУ одноразовыми медицинскими инструментами и дезинфицирующими средствами и в работе ОЦС, в ранней выявляемости ВИЧ инфицированных и не налаженность обследования на ВИЧ лиц, многократно обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ, низкий охват обследованием на ВИЧ, подлежащих групп населения по

эпид.показаниям, а также низкая осведомленность населения по профилактике ВИЧ инфекции и отсутствие санитарного контроля, за деятельностью частных, негосударственных медицинских учреждений и наличие необоснованных гинекологических и других парентеральных медицинских вмешательств.

Выводы.С учетом вышеизложенного необходимо в первую очередь, принимать меры по повышению качества и эффективности, проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и повысить специальные знания и навыки медицинских работников по профилактике ВИЧ-инфекции.

ТУБЕРКУЛЁЗ КАК СИНДРОМ РЕКОНСТИТУЦИИ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

Атабеков Н.С., Бабаходжаева Д.И.
Республиканский Центр по борьбе со СПИД.

Цель работы: изучение частоты встречаемости и особенностей клинического течения ВСВИС, проявившегося дебютом туберкулезного процесса или его прогрессированием на фоне АРТВ.

Материалы и методы исследования: Проанализировано 96 историй болезни больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулёзом, получавших АРТВ, находившихся на лечении туберкулезной клинической больницы № 1 и №2 за период 2007-2010гг. Среди пациентов преобладали мужчины (75,5%), возраст больных составил 30,2+7,8 лет.

Результаты исследования: Медиана количества CD4-лимфоцитов в начале заболевания туберкулёзом в группе больных составила 78 клеток/ мкл(среднее значение 110,7+81,7) . На момент развития туберкулеза АРТВ получили 25(26,7%) пациентов, в остальных случаях(74,7% ,71 человек) АРТВ была добавлена к лечению в среднем через 4,9+2,8 недель от её начала. У 18(18,7%) больных в результате АРТВ наблюдали развитие ВСВИС. В 8 наблюдениях ВСВИС, проявился дебютом туберкулёзного процесса в ответ на АРТВ, из них у 6 больных- имели место поражение туберкулёзом органов дыхания(в том числе у 2 больных отметили развитие плеврита), и у 2 больных внепорокальная локализация процесса. У 10 пациентов проявления ВСВИС было прогрессированием уже имевшегося туберкулёзного процесса: в 4 случаях в виде появления или усиления милиарной диссеминации, в 6 случаях- появление новой локализации туберкулёза. Появление развернутой клини-

ческой симптоматики отмечали через 3,7±2,0 нед. После начала АРТВ, причем более чем у 40% больных в первые 2 недели лечения. У больных с развившимся ВСВИС медиана количества CD4-лимфоцитов была ниже, а уровень РНК ВИЧ выше, чем у больных без ВСВИС (28 и 85 клеток/мкл, 5,84 и 5,65 log₁₀ копий/мкл, соответственно.)

Выводы. У 18,7% больных ВИЧ-инфекцией вследствие АРТВ имело место развитие ВСВИС. Проведение АРТВ и противотуберкулезной терапии было эффективным у абсолютного большинства больных, вне зависимости от наличия или отсутствия ВСВИС.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО КАТАМНЕЗА

Бахрамов Ф.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Злоупотребление наркотиками опиоидного ряда составляет более 70% всех случаев наркозависимости. Пик заболеваемости опийной наркоманией наблюдался в 2000-2001 годах, причем основную массу наркопотребителей составляли лица молодого (до 30 лет) возраста. Клинико-катамнестическое исследование могло бы дать ценную информацию о вариантах течения и исходов опийной наркомании, которым в научной литературе до сих пор не уделяется достаточного внимания.

Цель работы. Изучение клинических вариантов течения опийной наркомании по данным длительного (10 лет) катамнеза.

Материал и методы исследования: Клинико-катамнестическим методом обследовано 30 больных в возрасте от 35 до 45 лет, получавших стационарное лечение по поводу опиоидной зависимости в 2000-2001 годах и в последующем наблюдавшихся в городском наркологическом диспансере. В ходе исследования непосредственное клиническое наблюдение больных сочеталось с анализом анамнестических данных, объективных сведений, медицинской документации.

Результаты исследования: Были выделены четыре варианта клинической динамики опийной наркомании. У 50% больных наблюдалось непрерывное течение заболевания с постепенным утяжелением его клинической картины за счет осложнения опийной наркомании зависимостью от других психоактивных веществ (алкоголь, димедрол). Второй по частоте вариант динамики (34% больных) характеризовался трансформацией опийной наркомании в другой вид зависимости. Больные полностью прекращали прием опиатов, но переходили на злоупот-

ребление алкогольными напитками с быстрым клиническим оформлением тяжелых проявлений алкогольной зависимости.

Лишь у 10% больных сохранялась монозависимость от опиатов, в течение которой многочисленные нестойкие ремиссии чередовались с рецидивами разной продолжительности. У 6% больных формировалась стойкая терапевтическая ремиссия с полным прекращением приема всех психоактивных веществ, которая по истечении 3 лет воздержания от наркотика приравнивалась к выздоровлению.

ТАКТИКА РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ 1-ГО ЗВЕНА)

Верткин А.Л., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров М.М.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Россия
АФ РНЦЭМП и АндГосМИ, г.Андижан, Узбекистан

Проведение реперфузионной терапии (предпочтительнее ТБА) показано, при отсутствии противопоказаний, всем больным в первые 12 часов от появления клинических симптомов острой ишемии миокарда с подъемами ST или развившейся блокадой левой ножки пучка Гиса (I – A). Восстановление коронарного кровотока в течение первого часа после начала приступа в ряде случаев предотвращает развитие ИМ или делает размеры очага некроза минимальными (ИМ без образования патологических зубцов Q на ЭКГ). При наличии клинических и/или ЭКГ-симптомов продолжающейся ишемии проведение реперфузии возможно, даже если по словам больного симптомы появились более 12 часов назад (IIa – C).

Проведение ТБА может быть полезно и у пациентов с клиническими симптомами в пределах 12 – 24 часов (IIb – B). *Таким образом, бригада СМП госпитализирует больного в стационар, где есть возможность проведения ТБА.*

Если в течение ближайших 2 часов проведение ТБА невозможно, то при отсутствии противопоказаний, выполняется ТЛТ (I – A). ТЛТ следует начинать на догоспитальном этапе бригада СМП (IIa – A). У бригады должна быть возможность мониторингового контроля за ритмом сердца и проведения электрической кардиоверсии. При этом сокращение времени задержки до начала лечения в среднем на 1 час позволяет дополнительно снизить вероятность летального исхода в ближайший месяц на 17%. Суть ТЛТ заключается в медикаментозном разрушении

тромба при введении препаратов, активирующих эндогенный фибринолиз, что приводит к расщеплению нитей фибрина (фибрино- или тромболитики).

При отсутствии противопоказаний ТЛТ следует проводить у больных ИМПСТ, если время от начала ангинозного приступа не превышает 12 ч, а на ЭКГ отмечается подъем сегмента ST $\geq 0,1$ mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в 2-х отведениях от конечностей, или появляется блокада ЛНПГ. Введение тромболитиков оправдано в те же сроки при ЭКГ признаках истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых прекардиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V4 с направленным вверх зубцом T).

В качестве тромболитических препаратов используют Стрептокиназу, рекомбинантный тканевой активатор плазминогена Алтеплазу, его модификацию – Тенектеплазу, модифицированную (рекомбинантную) проурокиназу.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ И АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Верткин А.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Россия
АФ РНЦЭМП и АндГосМИ, г.Андижан, Узбекистан

Нами с позиций доказательной медицины, с учетом современных международных клинических рекомендаций, результатов клинко-популяционных и фармакоэпидемиологических собственных исследований в Ферганской долине Узбекистана разработаны и рекомендованы для практикующих врачей следующего характера обязательные мероприятия на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе (ГК).

1. По диагностик е: диагностика ГК основывается на следующих критериях: а) внезапное начало, б) индивидуально высокий подъем АД, в) наличие церебральных, кардиальных и вегетативных симптомов, г) среди клинических симптомов наиболее характерна триада таких признаков как головная боль, головокружение и тошнота, д) обязательным является выполнение ЭКГ.

2. По выбору места лечения: 1) обязательная госпитализация в стационар показана при впервые выявленном неосложненном ГК, у больных с неясным генезом АГ, некупирующимся ГК, повторных кри-

зах и при неустойчивой пробе пациента; 2) лечение пациентов с неосложненным ГК проводится в отделении неотложной кардиологии или БИТ; 3) при наличии инсульта целесообразна госпитализация в палату интенсивной терапии неврологического отделения или нейрореанимацию.

3. По лечению на догоспитальном этапе (СМП и в поликлинике).

а) Терапия неосложненного ГК: 1) применяются пероральные лекарственные средства (ЛС) – нифедипин, каптоприль, клонидин и пропранолол; б) лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии.

б) Терапия осложненного ГК: 1) АД следует снижать постепенно не более чем на 25% в течение 1 часа; 2) наиболее быстрое снижение АД необходимо при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5-10 минут) и отеке легких; 3) используются только парентеральные препараты (эналаприлат в дозе 1,25-2,5 мг в/в струйно медленно в течение 5 мин или капельно в разведении в 20-50 мл 5% раствора декстрозы (глюкозы) или 0,9% раствора натрия хлорида; нитропруссид натрия – в/в капельно из расчета 1,0-1,5 мкг/кг/мин, пропранолол – вводится в/в капельно на 1 мг каждые 3-5 мин до достижения ЧСС 50-60 в минуту или до общей дозы 0,15 мг/кг; эсмолол – в/в, 250-500 мкг/кг в течение 1 мин (нагрузочная доза), далее в/в капельно в течение 4 мин – 50 мкг/кг/мин (поддерживающая доза); фентоламин (только для купирования ГК у больных с феохромоцитомой) – 5 мг сухого препарата в ампуле растворяют в 1 мл воды для инъекций и вводят внутривенно; повторное введение той же дозы возможно через каждые 5 мин до снижения АД: а) Фуросемид – в/в, струйно 20-100 мг (не показано при кризе с мозговой симптоматикой, ОИМ, декомпенсированном митральном и аортальном стенозе, прекоме, коме, острой почечной недостаточности, дигиталисной интоксикации, обструкции мочевыводящих путей), б) Нитроглицерин – сублингвально, аэрозоле или в/в – 0,1% - 10 мл препарата разводят в растворе NaCl 0,9% - 100 мл в/в капельно (2-4 капли/мин) под постоянным контролем АД и ЧСС.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Жалилов Ж.Ж., Мемджанова А.Н., Назарова Х.Р.

Клинико-диагностическая лаборатория ФФРНЦЭМП

Представлен случай из практики с целью изучения диагностической возможности лапароскопии, лапаротомии и интраоперационной биопсии при абдоминальном туберкулезе.

Больной М. 1989 г.р. № И.Б.7683. Доставлен из РМО 07.05.2011г. в 21:20 с жалобами на боли по всему животу, особенно вокруг пупка, тошноту, рвоту, сухость во рту, недомогание, потерю аппетита. Из анамнеза болеет в течение 4 месяцев с периодами субфебрилитета, отмечает потерю веса около 15 кг. Контакт с инфекционными больными не имел. В стационаре по месту жительства по поводу гипертермического синдрома в течение 3 дней получил консервативную терапию (антибиотики, гормоны, витамины, дезинтоксикационную терапию) без эффекта. За последние сутки у больного появились интенсивные боли в животе, и с подозрением на острый живот и болезнь Крона он был направлен в центр экстренной медицины.

Объективный статус: Общее состояние средней тяжести, в сознании. Температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное, гемодинамические показатели стабильные, сердечные тоны ритмичные, приглушены. А/Д 100/70 пульс-84 в мин. Язык сухой. Живот симметричен, увеличен за счет свободной жидкости, в акте дыхания участвует. Передняя брюшная стенка в правой подвздошной области несколько напряжена. Симптом Щеткина Блюмберга сомнительный, Ровзинга, Раздольского, Михельсона слабо положительны. Симптом флюктуации положительный. Перкуторно по всему животу тимпанит, притупление в отлогах местах. Перистальтика выслушивается. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, при глубокой пальпации вокруг пупка и правой подвздошной области отмечается болезненность. Печень и селезенка не увеличены. Газы отходят. Стул жидкий.

Данные обследования: Рентгеноскопия грудной клетки: Легкие расправлены, бронхосудистый рисунок в прикорневой зоне усилен. Синусы свободны. Сог-без особенностей. Рентген признаки хронического бронхита. Рентгеноскопия брюшной полости: свободный газ и чаши Клойбера не выявлены. УЗИ: Печень увеличена в размере. Правая доля 162мм, левая 80 мм, контуры ровные, паренхима неоднородная, среднезернистая, повышенной эхогенности, сосудистый рисунок сглажен. Край притуплен. Нижняя полая вена 12 мм. Желчный пузырь 52x22мм, стенки 2 мм, камней нет. Селезенка увеличена 117x80 мм. Селе-

зеночная вена 6 мм. В брюшной полости в большом количестве свободная жидкость. Заключение: Эхопризнаки хронического гепатита возможно с переходом в цирроз, асцит, спленомегалия. Биохимические показатели: Общий белок 59,0 г/л, АлАт-0,55мкмоль/л, АсАт-0,25мкмоль/л, билирубин общ. 17мкмоль/л, несвязанный-12мкмоль/л, связанный-5мкмоль/л. Креатинин 0,137 мкмоль/л. Общий анализ крови: Нв-103,0 г/л; Эр-3,2x 10¹² /л, Лек-5,4x10⁹ /л, Нт-30% Соз-8мм/час, лейкоформула без особенностей.

Предварительный диагноз: Острый аппендицит? Болезнь Крона?
Соп: Цирроз печени в стадии субкомпенсации? Асцит?

С диагностической целью больному проведена лапароскопия, взятие биопсии, санация и дренирование брюшной полости. При лапароскопии имеется массивный спаечный процесс, который захватывает все органы брюшной полости, не позволяющий произвести ревизию верхнего этажа брюшной полости. На всей поверхности воспаленного сальника, на стенках всего кишечника и брюшине имеются просовидные, гранулематозные высыпания размерами 0.3 x 0.4 см и более крупные, сливающиеся друг с другом. Петли кишечника гиперемированы, стенки утолщены, увеличены в диаметре, перистальтика ослаблена. Объем выпота в брюшной полости составил около 5 литров желтого цвета. Взята биопсия из просовидных высыпаний брюшины, асцитическая жидкость направлена на микробиологическое и цитологическое исследование.

Цитологический результат пунктата из брюшной полости: Цвет желтый, прозрачность мутная. Белок 9,0 г/л, реакция Ривальта отрицательная. Лейкоциты единичные. Эритроциты в большом количестве. БК не обнаружены. Атипичные клетки не обнаружены

Микробиологический результат: на питательной среде Клиглера обнаружен рост 4 мелких бесцветных колоний E.coli, гемолиз отрицательный.

Послеоперационный диагноз: Абдоминальный туберкулез? Разлитой серозный перитонит. Мезотелиома? Туберкулезный мезаденит? Асцит.

Гистологическое описание: Центральная часть гранулем состоит из эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Ланганса с участками творожистого некроза. По периферии их отмечается воспалительная инфильтрация из лимфоцитов. Заключение: Туберкулезная гранулема.

Выводы. Представленный случай интересен с точки зрения диагностики абдоминального туберкулеза для предотвращения его осложнений. Лапароскопия и своевременное морфологическое исследование способствовали уточнению диагноза и назначению адекватной терапии.

ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Маматова Н.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Одной из основных причин смертности населения по данным ВОЗ является курение. В настоящее время число умерших от курения составляет около пяти миллионов случаев ежегодно.

Согласно официальным данным распространенность табакокурения в Узбекистане по сравнению с другими странами СНГ сравнительно невысокая и составляет 21%. Подушевое потребление сигарет в Узбекистане ниже пачки (20 сигарет) на душу населения, в год составляют 35 пачек. Естественно данная цифра основывается на официальных данных и не включает в себя потребителей наса и тех, кто потребляет нелегально ввозимые сигареты. По сравнению с другими странами СНГ курильщик в Узбекистане выкуривает около 166 пачек сигарет в год. С учетом распространенности табакокурения по регионам, мероприятия по борьбе с этой пагубной привычкой следует начинать с г. Ташкента и Восточного региона республики. В городе Ташкенте курильщики среди мужчин составляют 39%, в Восточно-центральной области составляет 19%.

В городах мало периодически курящих, но много заядлых курильщиков. В селе многие мужчины употребляют насвай, так как его стоимость дешевле, чем сигареты и в некоторых регионах выращивают листья табака, из которых изготавливают насвай. В городе Ташкента мужчины мало употребляют насвай по сравнению с другими областями. Среди мужчин, имеющих низкий уровень образования, распространенность употребления сигарет составляет 9%, а «насвая» 15%, а имеющих полное среднее образование, соответственно, 21% и 25%. В группе мужчин с высшим образованием распространенность курения сигарет составила 26%, «насвая» -19%. Это показывает, что риск, связанный с употреблением табака и «насвая», недостаточно осознается даже в образованной группе населения. Употребление «насвая» среди образованных и обеспеченных групп населения снижается по причине непопулярности его среди этих групп населения. Таким образом, употребление табачных изделий в республике становится серьезной проблемой.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ГОРОДСКИХ ШКОЛ

Маматова Н.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Употребление табака является второй основной причиной смерти населения в мире. В настоящее время оно несет ответственность за смерть 12% взрослого населения, что в совокупности составляет около 5,4 миллиона случаев смерти ежегодно.

Цель работы. Изучить распространенность курения среди учащихся старших классов общеобразовательных школ и предложить меры по прекращению курения среди них в условиях г. Ташкента.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе школ среди учащихся 7-х, 8-х, 9-х классов и учащихся 1 курсов колледжей/лицеев. Для того, чтобы получить достоверные данные для города Ташкента использовалась двухступенчатая групповая выборка. Из общего количества 2133 учащихся, принимавших участие в исследовании, 1375 (64,5%) были школьники в возрасте 13-15 лет, остальные 758(35,5%) учащиеся первых курсов лицеев и колледжей. Учащимся розданы опросные анкеты анонимного характера.

Результаты. В процессе исследования мы выяснили подверженность опрошенных пассивному курению. Оказалось, что 17,3 % из них проживают в семьях где курят в их присутствии, а у 46,7 % опрошенных члены семьи курят вне дома. У 43,8 % учащихся курят один или оба родителя, у 1,6 % - курят друзья.

Из числа опрошенных 91,7 % считают, что курение в общественных местах должно быть запрещено, 56,1 % отмечали вредность курения окружающих их здоровью.

На курение сигарет учащимися значительное влияние оказывает поведение учителей. Несмотря на то, что в 97,85 % изученных учебных заведений запрещено курение персонала, 5,1 % женщин и 7,5 % мужчин учителей курят на территории. При этом 74,6 % женщин и 72,3 % мужчин учителей имели доступные материалы по предупреждению употребления табачных изделий и о вреде курения, а подавляющее большинство сотрудников образовательных учреждений (91,2±1,2 женщин и 83,3±2,9 мужчин) знали, что курение учителей оказывает негативное влияние на употребление сигарет школьниками. Заслуживает внимания мнение о создании мобильной группы, состоящей из врачей наркологов, психоневрологов, терапевтов и других специалистов, для активного проведения встреч, бесед, лекций и других видов разъяснительной работы среди учащихся и учителей.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) НАРКОМАНИИ

Музаффарова Л.Ж.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

В современной наркологии показателями эффективности лечения опиоидной зависимости принято считать стойкость и длительность терапевтических ремиссий. Эти показатели во многом зависят от индивидуально подобранного комплекса медицинских и социально-психологических мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов заболевания. Между тем, факторы, способствующие рецидивам опиоидной наркомании, недостаточно изучены. Подчеркивается, что они могут быть представлены как биологическим субстратом, так и индивидуально-психологическими и средовыми влияниями (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, 2004; С.О. Мохначев, 2008). Это диктует необходимость целенаправленного изучения механизмов, лежащих в основе рецидивов опиоидной наркомании, с целью разработки эффективных методов их профилактики.

Цель работы. Изучение факторов, влияющих на возникновение рецидивов опиоидной наркомании.

Материал и методы. Клинико-катамнестическим методом обследованы 70 больных опиоидной (героиновой) наркоманией в возрасте от 19 до 48 лет, поступивших в наркологический центр по поводу рецидива заболевания.

Результаты. Проведенное исследование позволило выделить две группы факторов, способствующих возникновению рецидивов опиоидной наркомании. Первую группу (у 51,4% больных) составили эндогенные факторы, тесно связанные с обострением симптомов зависимости. В их число были включены спонтанная актуализация неодолимого патологического влечения к наркотику (61,1%), аффективные (22,2%) и диссомнические (16,7%) расстройства. Эти факторы оказывали существенное влияние на возникновение ранних (до 6 месяцев ремиссии) рецидивов опиоидной наркомании.

Во вторую группу факторов (у 48,6% больных), условно отнесенных к разряду экзогенных, включены неблагоприятное микросоциальное окружение, прежде всего, контакты с наркозависимыми (44,2%), семейные или служебные конфликты (29,4%). Определенную роль играло отсутствие занятости при наличии материального достатка (17,7%). Эта группа факторов приобретала особое значение в более поздние (более 6 месяцев после лечения) сроки ремиссии, способствуя

обострению патологического влечения и возврату к наркопотреблению.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость учета индивидуально значимых факторов, способствующих рецидивам опийной наркомании, при подборе комплекса противорецидивных мероприятий в период терапевтической ремиссии.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРОФАРИНГИАЛЬНЫМИ МИКОЗАМИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мустафаева Д.А.

Республиканский центр по борьбе со СПИД Минздрава РНЕР

Проблема микотических заболеваний среди ВИЧ-инфицированных больных становится актуальнее, как в связи с появлением более устойчивых к антимикотическим препаратам и более агрессивных штаммов рода *Candida*, так и из-за несвоевременного выявления данной патологии, приводящего нередко к тяжелым последствиям. Микозы относятся к наиболее ранним оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции. Этому способствует развитие иммунодефицитного состояния организма. Ранее всех микотическое поражение происходит в слизистой оболочке ротовой полости, верхних дыхательных путях и приводит к развитию клинических проявлений болезни. Орофарингеальный кандидоз отрицательно влияет на качество жизни ВИЧ-инфицированных лиц и способствует более быстрому прогрессированию основного заболевания. Сочетание орофарингеального кандидоза у ВИЧ-позитивных лиц с туберкулезом является индикатором перехода ВИЧ-инфицированности в клиническую стадию заболевания СПИД'ом.

Цель работы. Изучение высеваемости *Candida* от ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы. В исследование включены 284 пациента с диагнозом ВИЧ-инфекция, находившихся на лечении в диспансерно-консультативном кабинете. Средний возраст больных – $22 \pm 3,1$ лет. Диагностика орофарингеального кандидоза проводилась на основе клинической картины и результатах микологического исследования. Проводили культуральное исследование и микроскопию патологического материала, доступного со слизистых оболочек ротовой полости.

Результаты. У 138 (48,6%) пациентов диагностирован ОФК, По результатам микологического исследования ведущую роль в этиологии сохраняет *C. albicans* (66,5%), реже выделены *C. krusei* (19%), *C. valida* (2,9%), *C. tropicalis* (1,4%), *C. kefyr* (2,9%), *Geotrichum capitatum* (2,9%),

другие (3,4%). В отдельную группу выделили 35 больных ОФК, ранее получавших флюконазол без клинического эффекта. В этой группе доля штаммов *Candida non-albicans* составила 68,6%, *C. albicans* – 28,8%, ассоциация *Geotrichum capitatum* и *C. albicans* – 8,6%.

Под нашим наблюдением находилось 150 пациентов с ВИЧ-инфекцией, в стадии 2 - 87 больных, 3 - 43, 4 - 20 (по классификации ВОЗ). Из общего числа больных кандидоз выявлен у 138 больных, По результатам микологического исследования ведущую роль в этиологии сохраняет *C. albicans* (66,5%), реже выделены *C. krusei* (19%), *C. valida* (2,9%), *C. tropicalis* (1,4%), *C. kefyr* (2,9%), *Geotrichum capitatum* (2,9%), другие (3,4%). в том числе кандидоз полости рта - у 86 пациентов, у 44 *C. albicans* *C. tropicalis* *C. krusei* *C. valida* были выделены в мокроте, со слизистой рта и у всех при иммуноферментном анализе были выявлены иммуноглобулины класса Ig G к роду *Candida albicans*. Степень роста грибов при 2 стадии составила $2,8 \pm 0,84$, 3 стадии - $3,2 \pm 0,86$.

Поражения на слизистой рта характеризовались в начальном периоде темно-красной окраской слизистых, затем появлялись возвышающиеся пятна белого цвета или светло-коричневого цвета на языке, внутренней поверхности зева, деснах, щеках, своде мягкого неба и в области глотки. Нередко они были окружены узкой зоной гиперемии и легко снимались шпателем, а после удаления обнажалась эрозивная кровоточащая слизистая. Больных беспокоила небольшая боль при глотании, температура, как правило, была нормальной. В тех случаях, когда имело место поражение гортани (5 больных) отмечалась осиплость голоса. У 13 больных развился ангулярный хейлит.

Выводы: 1. Распространенность орофарингеального кандидоза у ВИЧ-инфицированных составила 48,6% в Гомельском регионе. 2. При торпидном течении орофарингеального кандидоза возрастает этиологическая значимость *Candida non-albicans* (68,6%). 3. При резистентном к флюконазолу течении орофарингеального кандидоза показано определение вида возбудителя и его чувствительности к противогрибковым препаратам, что позволит оптимизировать антимикотическую терапию ВИЧ-инфицированных больных.

БИОМАРКЕРЫ И АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Набиева Д.А., Арипов А.Н.

Ташкентская медицинская академия

Лабораторная диагностика ревматических заболеваний включает определение аутоантител, иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, компонентов системы комплемента, белков острой фазы воспаления, маркеров активации клеточного иммунитета, показателей дисфункции/повреждения эндотелия, генетических маркеров, маркеров костного метаболизма (табл. 1).

Таблица 1. Лабораторные биомаркеры ревматических заболеваний

АУТОАНТИТЕЛА	РФ, АЦЦП, АНА, АФЛ, АНЦА и др.
МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ	СРБ, SAA, ФИБРИНОГЕН, СОЭ и др.
МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА	ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-13, ИЛ-15, ИЛ-16, ИЛ-18, рФНОР1, рИЛ-2Р, ИЛ1-ра, ИФ- α , ИФ- γ , TGF- β , VEGF-1, рCD40L, ХЕМОКИНЫ, НЕОПТЕРИН
МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ	рICAM-1, рVCAM-1, рР-селектин, рЕ-селектин, ФВАг, NO, ТРОМБОМОДУЛИН, АЭКА
ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ КРИОГЛОБУЛИНЫ	
КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕМЕНТА	Clq, C3, C4, C1-ингибитор, C5b-9, C3b, C4d
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ	HLA (B27, DR4 и др.)
МАРКЕРЫ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА	CROSS LAPS, ОСТЕОКАЛЬЦИН, CARTILAPS, OPG, RANKL, СІСР, VAP
СУБПОПУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ	CD8+, DR+Т клетки, CD19+В клетки, CD4+, CD80+Т клетки, CD4+25+Т клетки, CD4+28null клетки, CD38+ плазматические клетки
МАРКЕРЫ АПОПТОЗА	sFAS и др.

Центральное место в лабораторной диагностике системных ревматических заболеваний занимают серологические тесты, связанные с обнаружением циркулирующих аутоантител.

Определение аутоантител особенно важно для ранней диагностики аутоиммунных ревматических заболеваний и характеристики клинико-лабораторных вариантов их течения. Положительные результаты

определения аутоантител входят в число диагностических критериев ряда системных ревматических заболеваний и могут иметь прогностическое значение в рамках отдельных субтипов этих заболеваний (табл.2).

Таблица 2

Ревматические заболевания, при которых аутоантитела являются дополнительными диагностическими критериями и прогностическими маркерами (по A.S. Wiik и соавт., 2004) [3]

Заболевание	Литература
Ювенильный ревматоидный артрит	4,5
Ревматоидный артрит	6-8
Системная красная волчанка	9-11
Системная склеродермия	12-14
Полимиозит/дерматомиозит	15-17
Синдром Шегрена	18-20
Смешанное заболевание соединительной ткани	21-23
Некротизирующие васкулиты	24-29
Антифосфолипидный синдром	30

При аутоиммунных ревматических заболеваниях тестирование аутоантител в первую очередь проводится с целью подтверждения диагноза у пациентов с недостаточным числом клинических проявлений. Обнаружение аутоантител при отсутствии клинических признаков не является достаточным для постановки диагноза аутоиммунного заболевания. Отмечено нарастание частоты выявления аутоантител у лиц пожилого и старческого возраста, на фоне приема лекарственных препаратов, при вирусных и бактериальных инфекциях, злокачественных новообразованиях, у здоровых родственников больных аутоиммунными заболеваниями. При оценке клинического значения аутоантител необходимо учитывать стойкость и выраженность их гиперпродукции. Например, при инфекциях наблюдается умеренное транзиторное образование аутоантител, а при аутоиммунных заболеваниях - стойкая выраженная гиперпродукция. Основными диагностическими лабораторными маркерами ревматических заболеваний являются антинуклеарные антитела (АНА), ревматоидный фактор (РФ), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА), антифосфолипидные антитела (АФЛ). Перечень первичных (скрининговых), вторичных (подтверждающих) и дополнительных серологических тестов, рекомендованных междуна-

ным комитетом по стандартизации методов определения аутоантител для диагностики аутоиммунных ревматических заболеваний, представлен в таблице 3.

Таблица 3

Алгоритм лабораторной диагностики аутоиммунных ревматических заболеваний (по A.S. Wiik и соавт., 2004)

ДИАГНОЗ	АНА-НИФ	ан/ДНК	aSm	aU1RNP	aSSA/SSB	aScl-70	aJo-1	ariboRNP	АНЦА-НИФ	МПО-АНЦА	PR3- АНЦА	aКЛ	Aβ2-ГП	IgM RF	АЦЦП
Системная красная волчанка	1	2	2	3	2			2				2	3	3	
Синдром Шегрена	1	3	3		2			3				3		3	
Системная склеродермия	1			2		2						3			
Смешанные заболевания соединительной ткани	1	2	2	2				2				3		3	
Полимиозит/дерматомиозит	1			2			2								
Антифосфолипидный синдром	1											1	2		
Ревматоидный артрит														1	1
Васкулиты с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра									1	2	2				
Заболевания соединительной ткани	1	3	3	3	2	3	2		1	3		1	2	1	

Примечания: 1 - первичные скрининговые тесты, 2 - подтверждающие тесты, 3 - дополнительные тесты. Добавить подтверждающие тесты для диагностики системной склеродермии (антитела к РНК-полимеразе I и III, U3RNP, T0/ThRNP), полимиозита/дерматомиозита (антитела к аминоацилсинтетазам т-РНК, SRP, Mi-2, PM-Scl, Ku) и антифосфолипидного синдрома (волчаночный антикоагулянт).

При назначении лабораторных тестов, связанных с анализом аутоантител, следует учитывать, что скрининговые тесты должны обладать высокой диагностической чувствительностью, а подтверждающие тесты - высокой диагностической специфичностью. Наряду с исследованием аутоантител наиболее полезными лабораторными тестами в ревматологии являются методы определения маркеров воспаления (СОЭ, С-реактивный белок), позволяющие оценить воспалительную активность заболевания, характер прогрессирования и прогноз исходов хронического воспалительного процесса, а также эффективность противовоспалительной терапии. Другие лабораторные биомаркеры ревматических заболеваний (компоненты комплемента, иммуноглобулины, иммунные комплексы, криоглобулины, иммуногенетические маркеры, цитокины и растворимые формы цитокиновых рецепторов, неоптерин, растворимые клеточные молекулы адгезии, фактор Виллебранда, NO, тромбомодулин, субпопуляции лимфоцитов и др.) имеют меньшее клиническое значение, однако могут быть полезными для мониторинга активности заболевания и ответа на проводимое лечение.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА ПРИ АРТРИТАХ

Набиева Д.А.

Ташкентская медицинская академия

Современные методы лабораторной диагностики ревматических заболеваний, основанные на использовании высокотехнологичного аналитического оборудования, позволяют получить объективную информацию о характере патологического процесса и являются важным инструментом для диагностики, оценки активности, прогноза болезни и эффективности проводимой терапии.

Наиболее распространенный лабораторный тест в клинической практике - скорость оседания эритроцитов (СОЭ). СОЭ зависит от двух факторов: степени агрегации эритроцитов, определяющейся электростатическими свойствами мембран эритроцитов, которые изменяются под действием плазменных белков, и свойств самих эритроцитов. Многие белки плазмы, несущие положительный заряд, в том числе острофазовые белки (фибриноген, бета-, альфа- и гаммаглобулины, гаптоглобин) способны нейтрализовать суммарный отрицательный заряд мембран эритроцитов, что способствует их агрегации и увеличению СОЭ. СРБ в физиологических концентрациях не оказывает влияния на

агрегацию эритроцитов, а альбумин обладает определенным антиагрегационным эффектом. Факторами ускорения СОЭ являются анемия, гиперхолестеринемия, беременность, воспаление, женский пол, пожилой возраст; факторами замедления - серповидноклеточная анемия, сфероцитоз, акантоцитоз, полицитемия, лейкоцитоз, микроцитоз, гипофибриногенемия, гипербилирубинемия, застойная сердечная недостаточность, кахексия.

Увеличение СОЭ наблюдается при злокачественных новообразованиях (злокачественные лимфомы, метастазирующие солидные опухоли; 12-58%), инфекционной патологии (туберкулез, урогенитальная и легочная инфекция; 8-60%), ревматических заболеваниях (8-33%) и других воспалительных заболеваниях (цирроз печени, гепатит, колит, болезни почек; 4-17%). В 3-11% не удается установить причину, лежащую в основе повышения СОЭ.

Методы определения. Рекомендуются международный метод определения СОЭ по Вестергрену как наиболее чувствительный при повышении СОЭ.

Норма. Верхняя граница СОЭ в норме по Вестергрену зависит от возраста и пола, рассчитывается по формуле: для женщин $СОЭ \text{ (мм / час)} = (\text{возраст в годах} + 10) / 2$; для мужчин $СОЭ \text{ (мм/час)} = (\text{возраст в годах}) / 2$.

Клиническое значение. СОЭ - высокочувствительный, но неспецифичный маркер системного воспаления. Определение СОЭ имеет ограниченное значение для диагностики ревматических заболеваний. Повышение $СОЭ > 40$ мм/час является полезным тестом для диагностики гигантоклеточного артериита и ревматической полимиалгии (чувствительность 80-95%). В отсутствии явных клинических признаков гигантоклеточного артериита нормальная СОЭ позволяет исключить этот диагноз. Определение СОЭ может быть полезным для мониторинга течения РА, гигантоклеточного артериита и ревматической полимиалгии, однако увеличение СОЭ не всегда коррелирует с активностью гигантоклеточного артериита и РА и не является основанием для изменения дозы глюкокортикостероидов в отсутствие динамики клинических проявлений.

С-реактивный белок (СРБ) - классический острофазовый белок плазмы крови, который рассматривается как наиболее чувствительный лабораторный маркер инфекции, воспаления и тканевого повреждения. По структуре СРБ относится к семейству пентраксинов с м.м. 115,135 кДа и состоит из пяти идентичных негликолизированных полипептидных субъединиц с м.м. 23,027 кДа, образующих циклическую дискооб-

разную пентамерную структуру. Синтез СРБ происходит в гепатоцитах и регулируется провоспалительными цитокинами, в первую очередь, ИЛ-6, а также ИЛ-1 и ФНО- α . Период полувыведения СРБ составляет 19 часов и является постоянной величиной в норме и патологии. На фоне воспаления, инфекции или травматического повреждения уровень СРБ быстро возрастает в 100 и более раз. Сывороточная концентрация СРБ повышается более 5 мг/л уже через 6 часов после активации его синтеза в гепатоцитах, достигая максимальных значений через 24-72 часа. Наиболее значительное увеличение концентрации СРБ выявляется при бактериальных (100 мг/л и выше), системных грибковых и вирусных инфекциях (10-30 мг/л); туберкулезе; ревматических заболеваниях (ревматоидный артрит, ювенильный хронический артрит, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, системные васкулиты, ревматическая полимиалгия, болезнь Рейтера, болезнь Крона, ревматическая лихорадка, эритема нодозум, семейная средиземноморская лихорадка); некрозах (инфаркт миокарда, метастазы опухолей, острый панкреатит); травмах (хирургические вмешательства, ожоги, переломы); злокачественных новообразованиях (лимфома, карцинома, саркома). Незначительное повышение или нормальный уровень СРБ отмечается при СКВ, ССД, язвенном колите, лейкозах, реакции трансплантат против хозяина.

Полагают, что при отсутствии очевидных причин (инфекция, травма, опухоли, аутоиммунная патология) небольшое увеличение СРБ может отражать хроническое субклиническое воспаление сосудистой стенки, связанное с атеросклерозом. Выявлена положительная корреляция между уровнем СРБ и классическими факторами риска атеросклероза (возраст, курение, индекс массы тела, АД, уровнем общего холестерина, триглицеридов, гомоцистеина, фибриногена, Д-димера). По современным представлениям даже незначительное повышение концентрации СРБ является независимым проспективным фактором риска кардиоваскулярных осложнений.

Методы определения. В зависимости от цели исследования определение концентрации СРБ проводится классическими и высокочувствительными методами. Классические методы количественного анализа СРБ в сыворотке крови, включая радиальную иммунодиффузию, иммунотурбидиметрию и иммунонефелометрию, предназначены для выявления повышенного уровня СРБ при остром воспалении и тканевом повреждении в пределах диапазона концентраций 5-500 мг/л. Высокочувствительный анализ СРБ (вчСРБ), основанный на усилении аналитической чувствительности иммунохимических методов (иммунофермент-

ного, иммунотурбидиметрического и иммунонефелометрического) в 10 и более раз с помощью специальных реагентов, позволяет измерять концентрации СРБ ниже 5 мг/л и используется для оценки базального уровня вчСРБ и связанного с ним кардиоваскулярного риска. Базальный уровень вчСРБ - сывороточная концентрация вчСРБ, которая стабильно выявляется у практически здоровых лиц и у пациентов при отсутствии острого воспалительного процесса или вне обострения заболевания. Определение вчСРБ проводится в дублях, желательно повторное исследование через две недели и затем 1-2 раза в год. Широкое распространение высокочувствительного анализа СРБ по сравнению с другими иммунологическими маркерами кардиоваскулярной патологии обусловлено следующими факторами:

- 1) в отличие от короткоживущих цитокинов, для которых характерны циркадные изменения уровней, концентрация вчСРБ достаточно стабильна из-за длительного периода полувыведения;
- 2) метод определения вчСРБ стандартизован, имеются аттестованные ВОЗ стандарты и контрольные материалы;
- 3) результаты определения вчСРБ в свежей, хранившейся и замороженной плазме практически не отличаются; 4) методы определения вчСРБ просты, применимы при наблюдении за пациентами в амбулаторных условиях.

Норма. В норме у 50% здоровых доноров концентрация СРБ в сыворотке крови составляет 0,8 мг/л, у 90% - 3,0 мг/л, у 99% - 10 мг/л. При этом индивидуальная базальная концентрация СРБ достаточно стабильна и не подвержена циркадным изменениям. В среднем нормальный уровень СРБ у взрослых составляет менее 5 мг/л, однако значения, превышающие 3 мг/л, могут указывать на высокий риск развития кардиоваскулярной патологии; у новорожденных (до 3 недель) - менее 4,1 мг/л; у детей - менее 2,8 мг/л.

Клиническое значение. Определение СРБ классическими методами является полезным тестом для скрининга поражения внутренних органов; оценки активности патологического процесса у больных с ревматическими и другими хроническими воспалительными заболеваниями, а также у больных с острым панкреатитом; мониторинга и контроля эффективности терапии бактериальных и вирусных инфекций, в том числе интеркуррентных инфекций при СКВ и др. заболеваниях с незначительным или отсутствующим острофазовым ответом; дифференциальной диагностики хронических воспалительных заболеваний (СКВ и ревматоидный артрит, болезни Крона и язвенного колита). Определение базального уровня вчСРБ имеет важное значение для стра-

тификации больных ревматическими заболеваниями по степени кардиоваскулярного риска. Базальная концентрация вчСРБ менее 1 мг/л соответствует низкому, 1-3 мг/л - среднему, более 3 мг/л - высокому кардиоваскулярному риску. Уровень вчСРБ от 3 до 10 мг/л ассоциируется с субклиническим «low grade» воспалением, а более 10 мг/л - с системным персистирующим «high grade» воспалением и еще более ускоренным кардиоваскулярным риском.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Никитина В.В., Назарова Х.Р.

КДЛ ФФРНЦЭМ

Клиническая цитология окончательно утвердилась в качестве самостоятельной специальности по морфологической диагностике патологических процессов и заболеваний человека опухолевой природы. Практически не осталось анатомических структур, которые не исследовались бы цитологическим методом, благодаря чему значительно расширились возможности более правильной морфологической диагностики опухолевых процессов.

Виды клинической цитологии: эксфолиативная, пункционная, эндоскопическая.

Материал для цитологического исследования: биопсийный и операционный.

Способ получения материала: дооперационный (эксфолиативную, абразивную, аспирационную) и интраоперационный.

Эксфолиативная цитология. Преимуществом этого раздела цитологии является техническая простота получения различного типа клеток, включая клетки воспалительного ряда.

Абразивная цитология (эндоскопическая). Достоинства метода - безболезненность и безопасность получения клеточного материала; - возможность исследования патологического очага в динамике; - возможность обнаружения диспластических состояний и самых начальных стадий рака; - небольшие финансовые затраты. Недостатки метода - невозможность установления признаков инфильтративного роста (исследуется клеточный, а не тканевой материал).

Основные задачи цитологической диагностики: формулировка заключения до лечения; интраоперационная срочная диагностика; кон-

троль эффективности лечения; оценка важнейших факторов прогноза течения заболевания.

Достоверность цитологического метода сопоставляется с гистологическим исследованием. Наибольший процент совпадений цитологического заключения с окончательным гистологическим заключением наблюдается при исследовании образований кожи, молочной, щитовидной железы, при метастазе в лимфатические узлы. По литературным данным достоверность цитологической диагностики патологии шейки матки составляет 75–90%.

Результаты. В Ферганском центре экстренной медицины диагностические цитологические исследования проводятся с целью обнаружения или исключения злокачественного процесса у пациентов. Среди 181 больных гинекологического отделения при исследовании отделяемого половых органов (вагинальные мазки на атипичные клетки и аспират из полости матки) выявлена следующая патология: воспалительный процесс 14–7,7%; железистая гиперплазия эндометрия 2 -1,1%; атипичная железистая гиперплазия эндометрия 1 - 0,5%.

При исследовании перикардальной, плевральной, асцитической жидкости, брашбиопсии при бронхоскопии, фиброгастрокопии и интраоперационной цитологии у 9 (52,9%) обнаружена следующая патология: воспалительный процесс -3; подозрение на с-ч -1; мезотелиома – 2; воспалительный процесс с единичными атипичными клетками-1; брашбиопсия из левого центрального бронха при бронхоскопии с-ч бронха-1; интраоперационная цитология образования правого легкого - с-ч легкого- 1.

Выводы. Показаны преимущества, простота, быстрота, легкая повторяемость цитологического метода. Это позволяет использовать цитологию для своевременной диагностики, изучения динамики морфологических изменений в течении заболевания и в процессе лечения. Не исключается ложная гипо или гипердиагностика, когда при цитологическом исследовании выявляются единичные комплексы анаплазированных клеток. Целесообразно использовать «золотой» стандарт – совместное цитологическое и гистологическое исследование. В централизованных цитологических лабораториях целесообразно использовать автоматизированную систему приготовления стандартизированных высококачественных препаратов жидкостной цитологии Cytoscreen.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СЛУЧАИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров М.М.
Андижанский и Ферганский филиалы РНЦЭМП, АндГосМИ, Андижан

Цель работы – изучение распространенности внезапной сердечной смерти (ВСС) среди населения в зависимости от их профессиональной деятельности.

Материал и методы. В течение 6 лет в г.Фергане исследовали 1639 случаев ВСС. Во всех случаях смерть наступила при свидетелях, неожиданно, и ее наступлению предшествовала потеря сознания в течение 1 часа с начала клинических проявлений, т.е., согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества по профилактике ВСС [Пронина Е.Н. и др., 2010; Мазур Н.А., 2003], имела место внезапная смерть. Показатель выявляемости ВСС определялся как процентное соотношение зарегистрированной в практическом здравоохранении частоты ВСС к уточненной по протоколу исследования частоте ВСС. Статистическая обработка результатов осуществлена в программах Statistica 6.0 и Microsoft Excel-2003. Сравнение частоты бинарного признака в двух связанных группах осуществлялся с помощью критерия Мак Немара.

Результаты. Выявлено, что среди обследованных пациентов в целом частота случаев ВСС преобладает у безработных – 69,7% (у женщин – 72,0% и у мужчин – 68,0%, $P > 0,05$) и предпринимателей – 21,3% (у женщин – 2,0% и мужчин – 21,8%, $P < 0,001$) по сравнению с пациентами – рабочими – 9,0% (у женщин – 7,3% и мужчин – 10,2%, $P < 0,05$); $P_1 < 0,05$; $P_2 < 0,001$.

Такая закономерность в выявляемости случаев ВСС наблюдается и в различных возрастных группах умерших – представителей различных профессий. Так, среди пациентов – предпринимателей частота ВСС увеличивается в связи с возрастом в более чем на 31,4% ($P < 0,001$) и такая тенденция является характерным лишь до 60 летнего возраста. В последующем регистрируется снижение частоты ВСС до 6,0% (в 5,2 раза, $P < 0,001$), 10,9% (в 3 раза, $P < 0,001$) и 3,2% (в 10 раз, $P < 0,001$) – в возрастных группах 60-69 лет, 70-79 лет и 80-89 лет – соответственно. У долгожителей, т.е. в возрасте > 90 лет, занимавшим предпринимательством, случаи ВСС не регистрировались (0,0%). Практически такая же тенденция и, у рабочих: у них до 30 летнего возраста случаи ВСС не регистрируются (0,0%), а с 30 летнего возраста отмечается рост ВСС до 4,8% (в 30-39 лет) до 24,4% (в 40-49 лет, $P < 0,001$) и 46,3% (в

50-59 лет, $P < 0,001$). У 60-69 летних пациентов – рабочих частота ВСС регистрируется с уменьшением в 1,8 раза (24,5%, $P < 0,05$), а в возрастных группах 70-79 лет, 80-89 лет и > 90 лет – не диагностируется (0,0%).

Выводы. Таким образом, выявленные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к разработке путем профилактики ВСС в разных возрастных группах с учетом профессиональной деятельности населения.

НОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Сайитжанов Л.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП и Андижанский ГосМИ, Андижан

Цель работы – ввести в практику новые и совершенные алгоритмы неотложной помощи при нефротических кризах.

Материал и методы исследования. С использованием описательных методов фармако-эпидемиологического (ФЭ) исследования и фармакоэкономического (ФЭК) анализа проводился анализ 1554 случаев хронических заболеваний почек (ХЗП) с эпизодами нефротических кризов по материалам АФ РНЦЭМП МЗ РУз. Диагноз НК на фоне ХЗП был выставлен по критериям National Kidney Foundation – NKF (USA, 2002). Статистическая обработка материалов осуществлена на персональном компьютере с применением прикладных программ Microsoft Excel-2003.

Результаты. Имеются существенные различия в выборе лечения НК, что свидетельствует о достаточно высоком уровне подготовки врачей специализированных отделений. Существенное различие наблюдается в более высокой дозе антигипертензивных препаратов (АГП), назначаемых врачами.

По результатам ФЭ анализа, основу для лечения АГП при НК составили 4 класса препаратов: ИАПФ, сартаны, диуретики и антагонисты кальция, их суммарная доля в общей структуре АГП превышала 99%. Причем, ИАПФ имеют большой удельный вес в структуре АГП, принимаемых пациентами (90%).

Результаты ФЭК анализа (VEN) выявили, что в 87% случаев при НК назначаются препараты из категории А, 11% - из категории В и 2% - из категории С, т.е. в 98% случаев проводимая фармакотерапия соответ-

вует современным стандартам и международным рекомендациям по лечению НК.

Выводы. Таким образом, ФЭ мониторинг клинической практики лечения пациентов ХЗП с НК позволяет определить новые пути и направления работы по улучшению медицинской и социально-экономической ситуации в борьбе с НК в Узбекистане.

АДАПТОГЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «MUSTONG» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Закирова Г.А., Мелькумова А.А.

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

Цель исследования - изучение адаптогенной эффективности растительного препарата «MUSTONG».

Материал и методы. 20 больных с различными заболеваниями внутренних органов (хронический бронхит, вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз) на фоне традиционной терапии получали таблетки «Mustong», производства «KARNIVALS MEDICA», Индия (*Mucuna pruriens* - 150 мг, *Withania somnifera* - 100 мг, *Glycyrrhiza glabra* - 25 мг, *Myristica fragrans* - 15 мг, *Tribulus terrestris* - 25 мг и *Tinospora cordifolia* - 30 мг). Препарат назначался по 2 таблетки 2 раза в день в течение 10 дней. 20 больных с аналогичными заболеваниями получали традиционную терапию (контрольная группа). Традиционная терапия включала стандартное и физиотерапевтическое лечение. Определяли общий анализ крови, биохимические показатели (АЛТ, АСТ, билирубин), иммуноглобулины (А, М, G) и проводили психологические тесты по оценке реактивной и личностной тревожности, объёмов памяти и внимания.

Результаты. Под влиянием препарата реактивная тревожность уменьшилась у 95% больных, что соответствовало эффективности его в баллах $3,95 \pm 0,7$. У 7 из 13 пациентов с исходно повышенными показателями личностной тревожности выявлено ее снижение до умеренных. В контрольной группе эти данные практически не изменились. У 6 больных основной группы наблюдалось повышение показателей памяти на 1 балл. Параметры объёма внимания практически не изменились. Выявлено статистически достоверное повышение показателей концентрации внимания под действием препарата по сравнению с группой

контроля. Препарат не оказал неблагоприятного влияния на показатели общего анализа крови, изученные биохимические и иммунологические параметры крови.

Выводы. Испытания выявили адаптогенные свойства изученного растительного препарата «Mustong» в комплексном лечении больных с хроническими заболеваниями внутренних органов (по данным психологических тестов улучшает внимание, нормализует реактивную тревожность), а отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость больными позволяет рекомендовать его для применения в практике.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА БАРВАҚТ ТАШХИСЛАШ АМАЛИЁТИНИНГ МУАММОЛИ ЙЎНАЛИШЛАРИ

Уринбоев У.Ж., Усмонов Б.У, Мамасолиев Н.С., Содикова Д.Т.
РШТЁИМ АФ ва АндДАВТИ, Андижан

Ишнинг мақсади – Андижон шароитида миокард инфарктини скринингли ташхисоти хусусиятларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот объекти қилиб РШТЁИМ АФ кардиология, терапия ва кардиореанимация бўлимларида охириги 3 йилда (2008-2010йй) даволанган беморлар олинди. Ўтқир миокард инфаркти (ЎМИ) билан ётқизилган 412 та бемор (248 таси эркак ва 164 таси аёллар) тиббий хужжатлари ретроспектив ва проспектив аналитик-эпидемиологик таҳлил қилиб ўрганилди. Беморлар ёши бўйича 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 ва > 80 ёшга тенг ва ундан ошган гуруҳларга ажратилди. ЎМИ ташхисоти ВНОК мезонлари билан (2009) кўйилди. Уни оқибатлари Killip ва Kimball (1967) усуллари кўлланилиб баҳоланди. Статистик таҳлил “Statistica v.6.1” дастур пакетидан (stat soft, АҚШ) фойдаланиб амалга оширилди.

Олинган натижалар. Мижозларнинг 26,5% тида ЎМИ аниқланади ва бу кўрсаткич аёллар ҳамда эркакларда тафовутланади. Хусусан, > 20-80 ёшли эркакларда ЎМИ – 60,2% ва шу ёшдаги аёлларда бўлса – 39,8% даражаларда тарқалиш билан ифодаланади. Эркакларда 1,5 бараварга етиб ёки 20,9% тафовутланиб аёлларга қараганда МИ кўп учрайди ($P < 0,05$). Маълум бўлдики, ёш ўтиб бориши билан Андижон аҳолиси орасида ЎМИ тарқалиши ва аниқланишини 22,4 баробарга етиб кўпайиши кузатилади ($P < 0,001$) ва унданда 1,5 мартага ошиб учраши > 80 ёшлиларда тасдиқланди. Демак, 40 ёшдан кейин МИ га мой-

иллик деярли 25 баробарга етиб ортади ва бу хавф кейинги хар ўн йилликда 1,1 (50-59 да), 1,2 (60-69) ва 1,4 (70-79 да) мартага тенг бўлиб ортиб боради.

Бундан хулоса қилиш мумкин бўладики, эпидемиологик тадқиқотлар натижалари МИ нинг донозологик ташхисоти муаммоларини ечишда устувор аҳамият касб этади ва ушбу хасталикни донозологик босқичида даволаш-профилактика дастурлари самарасини оширади.

Исботландики, ЎМИ клиник кечишини патоморфози Андижон шароитида ўзгарган ва ўзига хос хусусиятлар касб этади: • 47% га етиб оғриқсиз ифодаланади; • хар бешинчи беморда уни ниқобланиб кечиши (инсультсимон, коллаптоидсимон,аритмик) кузатилади; • турли босқичларида доимо 2,7% гача етиб юрак тампонадасигача етиб асоратланиш хавфи сақланиб қолади; • МИ ни келиб чиқиши ва авжланишида меҳнат тури, яшаш шароитлари холати, этник хусусиятлар, маълумотлилик даражаси, кашандалик, касб ва АГ даражалари бошқа хатар омилларига қиёсан устуворлик қиладилар.

Хулоса. Демак, водий шароитида МИ ни замонавий донозологик ташхисоти ва профилактикасини келтирилган натижаларга қараб “хушёрлик даражалари” кучайтирилиб борилса мақсадга мувофиқ бўлади ва бундай амалиёт – “қутқарувчи ташхисот ёки профилактика” ролини бажариб бориши даркор деб хисоблаймиз.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАРКОТИЗИРУЮЩЕЙСЯ ПОПУЛЯЦИИ

Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Саитжонов Л.С.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель работы. Изучение распространенности биохимических факторов риска (БФР) неинфекционных заболеваний на фоне метаболического синдрома (МС) среди популяции наркоманов.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выбрана репрезентативная выборка из популяции наркоманов (589 человек) мужского и женского населения в возрасте 15-49 лет города Андижана. БФР выявились по общепринятыми эпидемиологическими критериями. Метаболический синдром выявлялся по критериям ВНОК (2008).

Результаты. Отмечено, что распространенность НТУ, геликобак-

терной инфекции, гиперурикемии, гипертриглицеридемии и гиперхолестеринемии при наличии (МС) у обследованной популяции наркоманов составляет соответственно – 12.9%, 33.3%, 10.5%, 7.5% и 8.3%.

Выявляемость БФР стремительно увеличиваются после 40 лет: гиперурикемия более чем в 12.8 раза ($p < 0.001$), НТУ – в 8.2 раза ($p < 0.001$), хеликобактерная инфекция – в 10.2 раза ($p < 0.001$), гиперхолестеринемия в – 8 раз ($p < 0.001$) и гипертриглицеридемия – в 8.6 раза ($p < 0.001$).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствует о том, что среди наркотизирующегося населения на фоне метаболического синдрома имеет место существенно высокая частота выявляемости биохимических факторов риска неинфекционных заболеваний

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Саитжонов Л.С., Вахобов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель работы. Изучить состояние обмена липидов у наркоманов страдающих ЖДА.

Материал и методы. В ходе эпидемиологического исследования осуществлялось изучение особенностей нарушений липидного обмена (ДЛП) среди наркотизирующегося населения с железодефицитными анемиями (ЖДА). Обследована репрезентативная выборка популяции наркоманов города Андижана в количестве 589 человек.

Результаты. Согласно полученным данным, происходит рост частоты распространенности ЖДА по мере увеличения возраста обследованных и частота выявляемость ее оказались достоверно высокими в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет. С другой стороны, проведенный анализ показал, что общая распространенность нарушений липидного обмена среди обследованной популяции и наркотизирующихся населения 15-49 лет составляет 15.4%.

В разных возрастных группах распространенность ДЛП составляет: в 15-29 лет – 36.3%, в 20-29 лет – 9.4%, в 30-39 лет – 12.5 % и в 40-49 лет – 75.7%. Выявляемость гиперхолестеринемии (ГХС) и гипертриглицеридемии (ГТГ) среди обследованной популяции 15-49 лет с ЖДА составляла по 8.3% и 7.5% соответственно ($p > 0.05$).

В целом, на фоне железодефицитной анемии частота нарушений липидного обмена у наркоманов возрастает после 40 лет и выявляе-

мость ДЛП в возрастной группе 40-49 лет оказалось более чем в 8 раз выше, чем в возрасте 20-29 лет ($p < 0.001$). Аналогическая тенденция отмечается и, при уровнях выявляемости ГХС и ГТГ: частота их увеличиваются с возрастом обследованных – в 8.0 и 8.6 раза соответственно ($p < 0.001$) и наибольшая распространенность как ГХС, так и ГТГ наблюдаются после 40 лет.

Вывод. Таким образом, выявлено, что среди популяции наркоманов на фоне ЖДА имеет место достаточно высокая распространенность нарушений липидного обмена.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА НА ВНУТРИЛАБОРАТОРНОМ ЭТАПЕ

Фазылова Э., Мемджанова А.

Лаборатория ФФРНЦЭМ

В рутинной лабораторной практике наибольшее распространение получили контрольные сыворотки животного происхождения. При проведении исследований в других биологических жидкостях человека (моче, спинномозговой жидкости и др.) используют контрольные материалы на основе матриц, соответствующих исследуемым биологическим жидкостям.

Материал и методы. Для проведения внутрилабораторного контроля качества в лаборатории ФФРНЦЭМ нами была приготовлена сливная сыворотка. Остатки сыворотки собирались в течение 2 недель в одну посуду (2 литра) и хранили при -20°C . Затем сыворотку оттаивали на водяной бане при 37°C и тщательно перемешивали, профильтровали через стерильные фильтры и разлили по 1 мл, хранили при -20°C . Для проведения контрольной оценки результатов сливной сыворотки была использована контрольная карта Shewhart (Шухарта). Проводя внутрилабораторный контроль качества, в течение 30 дней 2 раза в день в начале и в конце дня, исследовали сливную сыворотку. На Контрольной карте построили график: на оси абсцисс обозначали дни исследования, на оси ординат - концентрацию компонента, по горизонтальным линиям с обеих сторон ежедневно обозначали средние значения результатов, предупредительные границы карты в течение 30 дней. Полученные результаты укладывались в пределах $\pm 2S$.

Результаты. При контроле выявляются предупредительные и контрольные критерии. Контрольные критерии при нашем исследовании не выявлены (свидетельство отсутствия грубых ошибок). Предупредительные критерии выявлены в 1 случае и расцениваются как слу-

чайная ошибка. Коэффициент вариации для биохимических показателей в норме не должен превышать 5%. В нашем случае коэффициент вариации составил для общего белка 3,9%, а для глюкозы-4,5%.

Выводы: Результаты контроля глюкозы и общего белка располагаются по обе стороны от среднего значения поровну. Кривая контроля глюкозы и общего белка содержит по 1 предупредительному критерию (свидетельствует о случайной ошибке). Кривая контроля глюкозы и общего белка не содержит контрольные критерии. Кривая контроля глюкозы и общего белка не имеет тенденцию к непрерывному росту или убыванию, носит ломаный характер, не отклоняясь от средних величин выше допустимых величин, что указывает на правильность результатов

Кривая находится в пределах $\pm 2S$, за исключением 1 результата (подтверждение правильности результатов). Систематические ошибки не выявлены.

Коэффициент вариации (отражает воспроизводимость) в пределах нормы: общий белок 3,9%, глюкоза-4,5% (в норме не более 5 %). Необходим постоянный контроль качества, который позволяет быть уверенным в своей работе. Для контроля правильности необходимо использовать коммерческие аттестованные сыворотки с нормальными и патологическими компонентами. Использование автоматических анализаторов для исключения ручного дозирования и выдачи результатов значительно сокращает процент ошибок. Значительный процент ошибок приходится на долабораторный этап.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИИ

Исмаилов С.И.

ИСТОРИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА..... 3

Каюмов У.К.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ..... 6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Абдухакимова Н.А., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.,
Хатамова Д.Т., Кадирова Г.Г.,*

ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИГИ БУЗИЛГАН ПОДАГРАЛИ
БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ
КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ УЧРАШИ 10

*Абдухакимова Н.А., Каюмов У.К., Кадырова Г.Г.,
Зиямухамедова М.М.*

СВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОДАГРЫ. 11

Абдухамидова Д.Х., Аблакулова М.Х.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ
СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ
ЭТИХ СОСТОЯНИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ 12

Абдушукурова К.Р., Ташинова Л.Х., Латипова В.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА
ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ 14

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

ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 14

*Ахмедов И.А., Тоиров Э.С., Набиев З.И., Махмудова Х.А.,
Халметова Ф.И.*

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..... 15

<i>Бекметова Ш.К., Каландарова У.А.</i> СОСТОЯНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	16
<i>Бекметова Ш.К., Каландарова У.А., Хамидова Г.С., Матмуратова С.О.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ	17
<i>Бекметова Ф.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	18
<i>Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Таиров М.Ш., Абдулхаков И.У.</i> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	20
<i>Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Рузиев О.А., Таиров М.Ш.</i> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	21
<i>Заяц М.М.</i> ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АВС АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	22
<i>Зиямухамедова М.М., Қажумов У.К., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Кадирова Г.Г., Махмудов Б.Х.</i> ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДАН ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИК БУЗИЛИШИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ.	24
<i>Иргашев Ш.Б., Агзамова О.М., Маматова Н.М.</i> В ОСНОВЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕЖИТ НЕЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	25
<i>Каландарова У.А., Бекметова Ш.К.</i> ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НАРУШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ.....	26

<i>Каюмов У.К., Черныш П.П., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Хатамова Д.Т.</i> МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ИФОДАЛАНИШИДА КОРТИЗОЛ РОЛИНИ СОЛИШТИРМА БАХОЛАШ	27
<i>Каюмов У.К., Черныш П.П., Хатамова Д.Т.</i> СВЯЗЬ ГИПЕРКОРТИЗОЛЕМИИ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	28
<i>Каюмов У.К., Абдухакимова Н.А., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л.</i> ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ.....	29
<i>Курбонова Р., Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.</i> ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗЛАРИНИ КЕЛИБ ЧИҚИШИ ВА РИВОЖ ОЛИШИНИНГ АЛОҲИДА ХУСУСИЯТЛАРИ.....	30
<i>Мавлянов И.Р. Абдуллаев А.К.</i> УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ.....	31
<i>Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров Д.М., Уринбоев У.Ж.</i> ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ У ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	32
<i>Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Содикова Д.Т.</i> ЮВЕНИЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРДА АЛКОГОЛ ВА КАШАНДАЛИКНИ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ.....	33
<i>Матвеева С.А.</i> АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	34

<i>Матвеева С.А.</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	35
<i>Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Ибрагимова Н.</i> МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН БЕМОРЛАРДА УТКИР ГИПЕРТЕНЗИВ ХОЛАТЛАРНИ ТАРКАЛИШИ ВА ИФОДАЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	36
<i>Нурдинов Ш.Б., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Содикова Д.Т.</i> РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА	37
<i>Раимжанов А.А., Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.</i> ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 15-90 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА	38
<i>Раимжанов А.А., Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.</i> ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.....	39
<i>Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Нурдинов Ш.Б.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ С- РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА.....	41
<i>Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Бакаев И.К., Хамрашаев Б.Б., Очилова Д.А.</i> АХОЛИ ОРАСИДА АБДОМИНАЛ СЕМИЗЛИКНИНГ МЕТАБОЛИК СИНДРОМ АСОСИЙ КРИТЕРИЙСИ СИФАТИДА ТАРКАЛИШИ.....	41
<i>Рузиев О.А., Таиров М.Ш., Бакаев И.К., Тухтаева Х.Х.</i> ГЛЮКОЗАГА ТОЛЕРАНТЛИКНИНГ БУЗИЛИШИ ВА ЮРАК КОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ	42
<i>Сайфуллаев А.С., Таджиханов Н.Б., Хасанова Н.Г., Насуллаева М.М., Рахматов А.А.</i> СВЯЗЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ.....	44

<i>Срожидинова Н.З., Тухтаев А.</i> СОЧЕТАНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	45
<i>Султонов И.А., Тоиров А.Э., Тоиров Э.С.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ПОДАГРЕ.....	46
<i>Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Хамрашаев Б.Б., Бакаев И.К., Султонов Р.К</i> АҲОЛИНИНГ ТУРЛИ ГУРУҲЛАРИДА ГИПЕРЛИПИДЕМИЯНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	47
<i>Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Очилова Д.А., Ашурова Н.Г.</i> МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ	48
<i>Таиров М.Ш., Рузиев О.А., Очилова Д.А., Хамрашаев Б.Б.</i> ОРТИКЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	49
<i>Туйчиев А.Х., Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М.</i> ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН: ТЕНДЕНЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ.....	51
<i>Шагазатова Б.Х., Мухиддинова Г.Д.</i> РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	52
<i>Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С., Каримов У., Каландаров Д.М.</i> ОСТРЫЕ КОРОНАРНЫЕ СИНДРОМЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	53
<i>Юсупов О.П.</i> ОЖИРЕНИЕ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	54

ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Абдуллаев А.Х., Сулейманова Э.Л.*
ВОЗРАСТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ..... 55
- Абдуллаев Н.А., Самиев У.Б., Хакимова Г.А.*
НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО
ПРИМЕНЕНИЯ ВАЛЬСАРТАНА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II
- ТИПА 56
- Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Абдуллаев А.Х., Мелкумова А.А.*
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТРИМКАП ПРИ
ОЖИРЕНИИ..... 57
- Аляви Б.А., Сабиржанова З.Т., Туляганова Д.К., Бабаев М.А., Якубов
М.М., Турсунов Р.Р., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З.*
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ
МИОКАРДА..... 58
- Асадуллаев М.М., Шермухамедова Ф.К., Усмонов Б.М.*
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ..... 59
- Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Халимов А.А.*
СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К
ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ 60
- Бармашева А.А., Мусаева Р.С., Орехова Л.Ю.*
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И
СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С
РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА..... 62
- Борзова Н.С., Азимова М.И., Ша-Ахмедова Л.Р.*
ОБМЕН ГОМОЦИСТЕИНА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 63

<i>Бочкова Л.П., Насиров Ш.Н., Бакиева М.А., Вахидова С.Б., Курбанова Ф.Р., Шакиров А. Ф.</i> ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	64
<i>Васильев А.П., Стрельцова Н.Н, Секисова М.А.</i> МИКРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ КАРТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ.....	65
<i>Гапон Л.И., Петелина Т.И., Авдеева К.С., Вдовенко С.В., Третьякова Н.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	67
<i>Гирина Л.В., Лебедева Е.Н.</i> КОРРЕКЦИЯ ЛЕПТИНЕМИИ И ГИПЕРУРИКЕМИИ МЕТОДОМ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ У ЛИЦ С ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЯМИ.....	68
<i>Даминов Б.Т., Абдуллаев Ш.С., Скосырева О.В., Рахимбаева Н.М</i> СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.	69
<i>Даминова Л.Т., Мавлянов И.Р., Акмалова Э.М.</i> СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТОГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ.....	71
<i>Исмаилов С.И.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА.....	72
<i>Кадомцева Л.В., Поликарпова Н.В., Джаббарова А.М.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: АНТИТРОМБОГЕННАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА	74

<i>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Азимова Г.Ш., Наседкина М.М.</i> СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ	76
<i>Каюмов У.К., Таджиева Г.А., Алимов С.С.</i> СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	77
<i>Каюмов У.К., Черныш П.П., Саипова М.Л.</i> ВЛИЯНИЕ ЦИПРОГЕПТАДИНА НА ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	78
<i>Каюмов У.К.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	79
<i>Коваль С.Н., Мысниченко О.В., Снегурская И.А., Хасанова Х.Д*, Пенькова М.Ю., Божко В.В.</i> КОНТРОЛЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ НОВОГО БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ОЛМЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	80
<i>Коваль С.Н., Снегурская И.А., Божко В.В., Резник Л.А., Хасанова Х.Д*, Дунаевская М.М.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	81
<i>Коваль С.Н., Резник Л.А., Старченко Т.Г.</i> РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	82
<i>Коваль С.Н., Снегурская И.А., Цема Л.Н., Хасанова Х.Д*, Милослав- ский Д.К., Мысниченко О.В.</i> УРОВНИ АДИПОНЕКТИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ	83

<i>Косникова И.В., Баженов Л.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Белова О.А.</i> БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ОЖИРЕНИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	85
<i>Кривошей И.В., Чурносоев М.И.</i> АНАЛИЗ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	86
<i>Латипов В.Г., Ташинова Л.Х.</i> ЭФФЕКТ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	87
<i>Лебедева Е.Н., Красиков С. И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АДАПТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА	89
<i>Маджидова Ё.Н., Акрамджанова Л.В.</i> ОЦЕНКА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И ПЛЕОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭСКОЛАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	90
<i>Мирджуроев Э.М., Бахадирова М.А., Эргашева Н.О., Акилов Д.Х.</i> КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	92
<i>Мирджуроев Э.М., Бахадирова М.А. Парсаев М.С.</i> БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ЎТКИНЧИ ЎТКИР БУЗИЛИШИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОРРЕКЦИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ	93
<i>Мирхайтова Н.А.</i> ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА С ЛИЗИНОПРИЛОМ НА СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	94

<i>Набиева Н.А., Алимов С.С., Атаниязов А.С.</i> СВЯЗЬ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ С УРОВНЕМ ЛИПИДОВ И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПРОТЕКАЮЩИМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ	95
<i>Нажмутдинова Д.К., Баймухамедова Х.К., Урунбаева Д.А., Садыкова Н.Г.</i> ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА СТЕПЕНЬ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.	96
<i>Насиров Ш.Н., Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б., Бакиева М.А.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	98
<i>Насиров Ш.Н., Бакиева М.А., Курбанова Ф.Р., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б.</i> ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	99
<i>Насиров Ш.Н., Бочкова Л.П., Бакиева М.А., Курбанова Ф.Р., Вахидова С.Б.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	100
<i>Рахимов Ш.М., Атаходжаева Г.А., Халимов А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	100
<i>Рахимов Ш.М. Эргашов Ж. Я. Эргашева Н. К.</i> РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	102
<i>Срождинова Н.З.</i> PRO12ALA ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА PPAR γ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	103

<i>Старченко Т.Г., Першина Е.С., Конькова В.С., Шкапо В.Л., Пенькова М.Ю.</i> МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД И УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА- $\beta 1$ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	105
<i>Ташинова Л.Х., Латипова В.Г., Абдушукурова К.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ.....	106
<i>Ташкенбаева Э.Н., Мухаммадиева З.У., Хасанжанова Ф.О., Муранов Б.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕКТОРОВ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	107
<i>Ташкенбаева Э.Н., Мухаммадиева З.У., Маджидова Г.Т., Хасанов Ш.Т., Марданов Т.Р.</i> СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ИБС.....	108
<i>Тулабаева Г.М., Адизова Д.Р., Адизова С.Р.</i> СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КЕЛИБ ЧИКИШИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТУТГАН УРНИ.....	110
<i>Умурзаков О.Т., Мамасалиев Н.С., Саитжанов Л.С., Уринбаев У.Ж.</i> НЕФРОТИЧЕСКИЕ КРИЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ИХ ПРЕДИКТОРЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	111
<i>Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р</i> РОЛЬ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АЛКОГОЛЯ, ТАБАКОКУРЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СТЕАТОЗЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	112
<i>Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р</i> СТЕАТОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.....	114

<i>Хидоятова М.Р., Иноятова Ф.Х., Исраилов Р.И.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ СЕРДЦА КРОЛИКОВ ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОРРЕКЦИИ.....	115
<i>Хидоятова М.Р., Дадабаева Н.А., Нуриллаева Н.М.</i> ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	116
<i>Холбаев С.Б., Бердыев Ш.Ч., Абдурахманова Н.Х., Туляганова М.А., Ким И., Раджабова Д.З.</i> ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ.....	117
<i>Холбоев С.Б., Хатамова Д.Т., Кадырова Г.Г., Зиямухамедова М.М.</i> СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ.....	119
<i>Черныш П.П., Каюмов У.К., Саипова М.Л.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИПРОГЕПТАДИНА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОРТИЗОЛА	120
<i>Шагазатова Б. Х., Мухиддинова Г.Д.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МОКСОНИДИН (ФИЗИОТЕНЗ) У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	121
<i>Шарустамова З.А. , Хасанова Х.Д.</i> ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕТОДОМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ.....	122
<i>Школьник В.В, Андреева А.А., Смолкин И.М.</i> ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	123

Ярмухамедова С.Х., Абдуллаев Н.А., Шодикулова Г.З., Махмудова Х.Д.
ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ БОЛЬНЫХ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ 124

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ И
ГИНЕКОЛОГИИ**

*Атаханова Л.Э., Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М.,
Исмаилова М.Ш., Сагатова Х.М., Хусанов А.А.*
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН С
МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. 126

*Каримов Х.Я., Хайдарова Ф.А., Максудова Ф.Т.,
Шарустамова З.А.*
ПРЕНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИЯ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 127

Каюмова Д.Т.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО КОМПОНЕНТЫ У
ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ 128

Мирзахмедова Н.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА..... 130

Мирзахмедова Н.А., Тулабоева Г.М.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ
ГОРМОНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ..... 131

Мирзахмедова Н.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗГТ ПРИ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ
МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ..... 132

Муслимова Н.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У
ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ
ГИСТЕРЭКТОМИИ 133

Нишанова Ф.П.
ЗНАЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА В ФОРМИРОВАНИИ
АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ 134

<i>Нишанова Ф.П., Халитова З.И., Абдуллажанова К.Н., Шамсиева З.И.</i> РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	135
<i>Нурмухамедов А.И., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К.</i> ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	136
<i>Султанов С.Н., Нишанова Ф.П.</i> РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В РАЗВИТИИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	138
<i>Хаджаева Н.В., Хайдарова Ф.А., Ахмедова М.С., Шарустамова З.А.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	139
<i>Хайдарова Ф.А., Нигматова С., Шариксиева М., Шарустамова З.А.</i> МENOПАЗУЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ	140
<i>Хайдарова Ф.А., Музафарова С.А. Калланходжаева Ш.Б., Тажиева И.М., Шарустамова З.А.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ.....	141
<i>Хайдарова Ф.А., Тажиева И.М.</i> МЕТФОРМИН(ГЛЮКОФАЖ) В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	142
<i>Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Алтыбаева Г.Р.</i> РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	143
<i>Ходжаева А.С., Джураева Д.Л.</i> ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВУШЕК С ОЖИРЕНИЕМ.....	144

Юлдашова Н.Э., Холбоев С.Б., Алимджанов З.Н., Рахимова Х.М.
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО
ВОЗРАСТА О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 145

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абдуллаева М.Н., Бобоева Н.Т.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ
НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ..... 146

Газиева Х.Ш., Рахимов Ш.М., Маманазарова Д.К.
СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... 147

Джаббарова М.Б., Тухтаева Х.Х., Байханова Б.Б., Ашурова Н.Г.
БОЛАЛАРДАГИ СЕМИЗЛИК 148

Дильмурадова К.Р.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ. 150

Кадомяева Л.В., Шадманов У.И., Каледа С.П.
ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ..... 151

Мухамедова Х.Т., Алимов А.В., Турсунова Н.Э.
РОЛЬ МЕМБРАНОДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В
ПАТОГЕНЕЗЕ ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
НОВОРОЖДЕННЫХ..... 152

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У.,
Каландаров М.М.*
ЎСМИР ЁШЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ 153

*Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Ахмедова М.М., Мавляно-
ва В.Д., Ирбутаева Л.Т*
МОДИФИКАЦИЯ СХЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА И
АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОМ
ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... 154

Рахимов Ш.М., Шералиева У.М., Азимова Н.З.
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У
ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. 155

Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ СОГЛАСНО
КРИТЕРИЯМ IDF (2007Г). 157

Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш.
ПРИМЕНЕНИЕ ОРЛИСТАТА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ 158

Уринбоев У.Ж., Мамасалиев Н.С., Нурматова Т.С., Рахматов Б.У.
ЎСМИРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ
БАРВАҚТ АНИҚЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎСИЛАРИ 159

*Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М.,
Мавлянова В.Д., Ирбутаева Л.Т.*
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ И
ОСОБЕННОСТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ 160

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.
НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 161

Эшкобилов Д.Ж., Каримов Н., Рахмонов Ю., Рузикулов Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА КАНЕФРОНА® ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО
НЕФРИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 163

ДРУГИЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

*Абдухакимова Н.А., Сайфуллаев А.С., Бабакулов Ё.Х.,
Мирхамидова М.К., Муратова Д.М.*
ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ИМИ
ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ. 164

Алиахунова М. Ю., Нуритдинова С. К., Камалова Н.А.
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ 165

<i>Алиахунова М.Ю. Камалова Н.А.</i> СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА, МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) И ОСТЕОАРТРОЗОМ (ОА) НА ЭТАПЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	167
<i>Арипов А.Н., Борзова Н.С., Ахматходжаева Д.А.</i> С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЁР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	168
<i>Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д.</i> К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ.	168
<i>Атабеков Н.С., Маткаримов Б.Д.</i> О ФАКТОРАХ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ.....	170
<i>Атабеков Н.С., Бабаходжаева Д.И.</i> ТУБЕРКУЛЁЗ КАК СИНДРОМ РЕКОНСТИТУЦИИ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ.	172
<i>Бахрамов Ф.Ш.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ ПО ДАНЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО КАТАМНЕЗА.....	173
<i>Верткин А.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Содикова Д.Т.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕОТЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ И АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	174
<i>Верткин А.Л., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров М.М.</i> ТАКТИКА РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ 1- ГО ЗВЕНА).....	175
<i>Жалилов Ж.Ж., Мемджанова А.Н., Назарова Х.Р.</i> АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ.....	177
<i>Маматова Н.М.</i> ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	179

<i>Маматова Н.М.</i> УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ГОРОДСКИХ ШКОЛ.....	180
<i>Музаффарова Л.Ж.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) НАРКОМАНИИ	181
<i>Мустафаева Д.А.</i> ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРОФАРИНГИАЛЬНЫМИ МИКОЗАМИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	182
<i>Набиева Д.А., Арипов А.Н.</i> БИОМАРКЕРЫ И АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	184
<i>Набиева Д.А.</i> ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА ПРИ АРТРИТАХ	187
<i>Никитина В.В., Назарова Х.Р.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	191
<i>Раимжанов А.А., Мамасалиев Н.С., Рахматов Б.У., Каландаров М.М.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СЛУЧАИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	193
<i>Рахматов Б.У., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Сайитжанов Л.С.</i> НОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.....	194
<i>Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Закирова Г.А., Мелькумова А.А.</i> АДАПТОГЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «MUSTONG» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.....	195

<i>Уринбоев У.Ж., Усмонов Б.У, Мамасалиев Н.С., Содикова Д.Т.</i> МИОКАРД ИНФАРКТИНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА БАРВАҚТ ТАШХИСЛАШ АМАЛИЁТИНИНГ МУАММОЛИ ЙЎНАЛИШЛАРИ	196
<i>Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Саитжонов Л.С.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАРКОТИЗИРУЮЩЕЙСЯ ПОПУЛЯЦИИ	197
<i>Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Саитжонов Л.С., Вахобов Б.М.</i> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.....	198
<i>Фазылова Э., Мемджанова А.</i> КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА НА ВНУТРИЛАБОРАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	199

Отпечатано ООО “POLISAR-ТЕХ”. Заказ №41 от 17.11.2011.
Тираж 100 экз. г.Ташкент ул. Буюк Ипак йули 38.