

Цель: изучить связи степеней АГ от индекса массы тела (ИМТ) городского и сельского населения Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили результаты исследования из неорганизованного мужского и женского населения, проживающего в городе Самарканде и сельской местности за 2017 год. Отбиралось по одному случайно выбранного врачебного участка города и сельской местности, обслуживающего от 1,5 до 2 тыс. пациентов (в диапазоне 19–64 лет). При обследовании городского врачебного участка объем сформированной выборки составил 1600 человек, из которых у 440 выявлено АГ и ожирение. Из сельского врачебного участка отобрано 1200 человек из них у 209 человек выявили АГ и ожирение. В зависимости от значений ИМТ все участники были разделены на группы: I степень 20-24.9; II степень-25-29.9; III степень-30-34.9 кг/кв.м.

Результаты. Как следует из результатов – наличие избыточного веса/ожирения I степени среди больных с АГ, проживающих в городе, составило 41,6%. Среди населения сельской местности 46,0%. Избыточный вес/ожирение II степени среди лиц с АГ проживающих в городе составило 40,2%, а среди населения сельской местности 37,8%. Избыточный вес/ожирение III степени у жителей города составило 12,3%, у жителей сельской местности 7,1%. Остальная часть населения проживающих в городе с АГ не имели избыточный вес и составили 6,0%. Что касается сельской местности эти данные составили 9,0%.

Заключение. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что развитие ожирения и связанного с ним АГ у городского и сельского населения Самаркандской области в дальнейшем может привести к развитию метаболического синдрома и высоким риском его осложнений.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ИЛ-4 И ИЛ-6 У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Болтакулова С.Д., Ташкенбаева Э.Н.,
Юсупова М.Ф., Носирова Д.А., Хайдарова
Д.Д.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель: определить информативность цитокинового профиля (ИЛ-4, ИЛ-6) у больных с нестабильной стенокардией на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материал и методы исследования. Было обследовано 78 больных, разделенных на две

группы. Первую группу составили больные НС (n = 38), вторую — больные с НС на фоне ХОБЛ (n = 40). Группу контроля составили 20 соматически здоровых добровольцев города Самарканда. Обследование проводилось на базе СФ РНЦЭМП в отделение экстренной терапии №1 и 2. Возраст обследованных составил от 35 до 70 лет (средний возраст 54,8 ± 2,4 года). Все обследованные лица были сопоставимы по возрасту и полу. Диагноз ХОБЛ с определением стадии заболевания устанавливался по рекомендациям, представленным программой «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких» (пересмотр 2020 г.). У 70 % больных ХОБЛ отмечалась тяжелая степень тяжести заболевания. Средняя длительность ХОБЛ составила 17,5 лет. Средний индекс массы тела больных составил 28,2 кг/м². НС развился на фоне уже верифицированного диагноза ХОБЛ. Постановка диагноза и лечение НС осуществлялись по общепризнанным стандартам специализированной медицинской помощи при НС. Критериями включения являлись наличие у пациентов документированного НС с подъемом сегмента ST не более 12 часов от момента ангинозного приступа, подтвержденного результатами ЭКГ и сывороточными маркерами некроза, ХОБЛ в анамнезе, возраст до 70 лет, а также информированное согласие на участие в исследовании. Кровь на исследование брали утром натощак в пробирки без консервантов. Определение уровней цитокина ИЛ-4 и ИЛ-6 было основано на методе твердофазного иммуноферментного анализа с применением моноклональных антител к соответствующему интерлейкину. Исследование проводили в клинике ООО “VERSUS Medical”.

Результаты. У больных НС уровень ИЛ-4 составил 11,2 [9,6– 17,4] пг/мл, у больных НС на фоне ХОБЛ — 13,7 [10,8–19,5] пг/мл. В обоих случаях это было достоверно выше, чем в группе контроля — 5,1 [4,7–6,9] пг/мл (p<0,05). Уровень ИЛ-6 составил у больных НС и 24,1 [16,1–27,8] пг/мл у больных НС на фоне ХОБЛ 15,6 [6,5–28,4], достоверно превышая значения данного показателя в группе контроля — 4,2 [2,2–7,7] пг/мл (p<0,01). Примечательно, что при сравнении групп больных НС и НС на фоне ХОБЛ между собой достоверные различия сохранялись только для ИЛ-6. Учитывая, что наиболее выраженные различия между группами больных отмечались в значениях ИЛ-6, нам представлялось целесообразным проанализировать ассоциацию уровня этого интерлейкина с наличием ранних осложнений НС. Самый высокий уровень ИЛ-6 регистрировался в подгруппе больных с

осложненным течением НС.

Заключение. При оценке цитокинового профиля у больных НС и НС на фоне ХОБЛ было выявлено статистически значимое повышение уровней IL-4 и IL-6 по сравнению с группой контроля. Наиболее выраженные различия между группами больных отмечались в уровнях IL-6. Его значения были максимальными у больных НС и были достоверно выше соответствующих значений в группе больных НС на фоне ХОБЛ. В этих подгруппах они были достоверно выше, чем в группе пациентов с НС без ХОБЛ.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Вафоева Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ремоделирование миокарда при гипертонической болезни, является ухудшающим фактором течения и прогноз гипертонической болезни. Состоянию правого желудочка при гипертонической болезни уделялось значительно меньше внимания, чем левому. Диастолическая дисфункция правого желудочка является независимым прогностическим фактором выживаемости, а использование тканевой доплерографии позволяет выявить новые информативные параметры диастолической дисфункции. Установлено, что правый желудочек при гипертонической болезни так же подвергается гипертрофии, развиваются нарушения его сократимости.

Цель: изучить диастолическую функцию правого желудочка у больных с различными стадиями гипертонической болезни.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 71 больных гипертонической болезнью. Все пациенты были комплексно обследованы. Диагноз гипертонической болезни ставили на основании критериев, предложенных комитетом экспертов ВОЗ. Прием гипотензивных препаратов отменили за 24 часа до начала исследования. Артериальное давление измерялось на правой плечевой артерии по методу Короткова.

Результаты. Согласно «Рекомендациям Комитета Экспертов ВОЗ», при обследовании выделялись больные с мягкой, умеренной и высокой артериальной гипертензией. Больных с мягкой формой повышения АД было 25 человек (35,2%), с умеренной формой - 37 (52,1%) и высокой артериальной гипертензией - 9 пациентов (12,7%). При объективном клиническом изучении у 26 больных (36,6%)

было выявлено расширение границ относительной тупости сердца влево и практически у всех обследованных при аускультации выслушивался акцент II тона над аортой. У пациентов с гипертонической болезнью III стадией определялась тенденция к снижению фракции выброса правого желудочка. Был проведен анализ параметров диастолической функции правого желудочка в зависимости от уровня подъема диастолического артериального давления между больными с мягкой и высокой артериальной гипертензией. При этом были выявлены достоверные различия, которые касались соотношения максимальной скорости наполнения к максимальной скорости изгнания при тенденции к росту времени фазы быстрого наполнения вклада фазы быстрого наполнения в диастолу правого желудочка, что обусловлено начальными признаками диастолической дисфункции правого желудочка со снижением максимальной скорости наполнения и умеренным ростом вклада систолы правого предсердия в наполнение правого желудочка.

Выводы. На основании выше указанного, уровень артериального давления и/или наличие гипертрофии миокарда, являются факторами развития диастолической дисфункции левого желудочка, которое зависит также и от нейрогуморальных изменений, которые свойственны начальным стадиям гипертонической болезни. Развитие диастолических нарушений со стороны правого желудочка начинается со снижения максимальной скорости наполнения и компенсаторного увеличения давления в правом предсердии. Данные нарушения, носят достоверный характер по сравнению с псевдонормальным типом диастолической дисфункции. Существенный характер этих изменений и относительно высокое число пациентов с этим типом диастолических нарушений среди больных гипертонической болезнью II стадии обуславливают тенденцию к снижению максимальной скорости наполнения при гипертонической болезни II стадии, что привело к достоверному уменьшению индекса отношения максимальной скорости наполнения к максимальной скорости изгнания у данных больных.