

### Материалы и методы исследования.

Исследовано 99 пациентов (возраст  $66,7 \pm 10,0$  лет) ХСН с сохраненной фракцией выброса (СФВ). Исследование было выполнено в Самаркандском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной терапии. Эхокардиография была выполнена на аппарате Sonoscape. В исследование были включены больные с диагнозом ХСН и наличием сохраненной фракции выброса (ФВ) (более 50%). Всем пациентам выполнялась ЭхоКГ, у 71 больного (71,7%) проведена оценка диастолической функции ЛЖ. У всех пациентов измеряли КДО и КСО ЛЖ, переднезадний диаметр ЛП. Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ). Диастолическая функция оценивалась в импульсно-волновом режиме при помощи пиковых скоростей раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, отношения Е/А и DT. Градация (тип) ДД определялась следующим образом: значения  $E/A < 0,8$  и  $DT > 200$  мс соответствовали I степени ДД (тип с замедлением расслабления ЛЖ);  $E/A > 2$  и  $DT < 160$  см – III степени ДД (рестриктивный тип); при значениях  $E/A$  более 0,8, но менее 2 в сочетании с увеличением размеров ЛП, гипертрофией ЛЖ и/или ЛГ диагностировалась II степень ДД (псевдонормальный тип), а при их отсутствии и данных значениях  $E/A$  констатировалось наличие нормальной диастолической функции ЛЖ. ЭКГ было выполнено 55 пациентам (53,9%). Для оценки выявляемых желудочковых нарушений ритма сердца (ЖНРС) применялась классификация желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) В. Lown.

**Результаты.** По данным ЭхоКГ ДД была диагностирована у 79,8% пациентов: у 47,8% – ДД I степени, у 31,2% – ДД II степени, а ДД III степени лишь у 0,8% пациента. По результатам ЭКГ ЖЭ была зарегистрирована у 78,6% пациентов с ХСН-СФВ. Из них 40,3% обследованных имели ЖЭ I градации, 1,8% – II градации, 17,3% – III градации, 10,0% – IVa градации, 3,6% – IVб градации и 3,6% – V градации. При этом 34,5% пациентов имели ЖЭ высоких градаций. ФП определялась у 28,2% пациента. Результаты дисперсионного анализа показали, что вероятность возникновения ЖЭ высоких градаций растёт по мере снижения ФВ ЛЖ и увеличения КДО и КСО ЛЖ, ИММЛЖ; а появления ФП – при увеличении переднезаднего диаметра ЛП, индекса ЛП, СДЛА и Е/А. Выявлена значимая связь между частотой возникновения ФП и степенью ДД.

**Заключение.** Примерно у трети пациентов с ХСН-СФВ, по данным ХМ ЭКГ, регистрируются ЖЭ высоких градаций и/или ФП. Влияние на вероятность возникновения

желудочковых аритмий оказывает ФВ и показатели размеров и массы ЛЖ, в то время как ФП чаще регистрируется у лиц с увеличением ЛП, признаками ЛГ и более высокой степенью ДД.

### РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В КРОВИ

Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н.,  
Насырова Д.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** На сегодняшний день в клинике внутренних болезней наблюдается широкое распространение коморбидного течения сердечно-сосудистых заболеваний и гиперурикемии. Соответственно наибольшую актуальность представляет наличие гиперурикемии у больных ИБС.

**Цель:** явилось изучение влияния гиперурикемии на уровень цитокинов при НС.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 195 больных (102 мужчины и 93 женщины) в возрасте от 35 до 75 лет, страдающих нестабильными формами ИБС. Всем больным определялся уровень мочевой кислоты в крови. Взятие крови производилось натощак, между 7 и 8 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков на приборе BioPlex (фирма BioRad, США), с использованием соответствующих коммерческих тест-систем для определения IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-10 а также TNF $\alpha$  (фирма BioRad, США). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS 14.0. Данные представлены в виде среднего значения величины со среднеквадратичной ошибкой среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью теста Манна-Уитни.

**Результаты.** В зависимости от уровня в крови МК, все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-группу вошли 109 больных с НС с чрезмерно повышенным уровнем МК (55,89%). Во 2-группу сравнения – 86 (44,1%) больных с НС с умеренно повышенным уровнем МК. При сопоставлении двух групп по основным демографическим и клиническим характеристикам было выявлено, что среди больных НС в сочетании с гиперурикемией было больше у мужчин, чем среди пациентов с НС с умеренно повышенным уровнем МК (65,6%). Это анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у

больных с НС в сочетании с гиперурикемией уровни провоспалительных цитокинов, такие как IL-1 и TNF $\alpha$  были выше, чем у больных с НС с умеренно повышенным уровнем МК и эти различия были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). Показатели же противовоспалительных цитокинов, такие как IL-4 и IL-10 наоборот, были значительно снижены у больных НС с чрезмерно повышенным уровнем мочевой кислоты. Уровень провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$  превышало на  $21,6 \pm 0,04$  пг/мл и TNF $\alpha$  на  $30,8 \pm 0,12$  пг/мл. Напротив, противовоспалительных IL-4 и IL-10 снизились на  $5,7 \pm 0,65$  пг/мл и  $6,6 \pm 0,04$  пг/мл.

**Заключение.** Таким образом, больным с НС с гиперурикемией, рекомендуется проведение скрининга уровня МК всем больным ИБС для выявления гиперурикемии, так как коморбидность этих патологий ухудшает течение заболевания, а также прогноз в отношении кардиоваскулярных событий, что способствует снижению выживаемости. При сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных с нестабильной стенокардией в зависимости от уровня МК были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-1 и TNF $\alpha$  у лиц с коморбидной патологией, что свидетельствует о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий урикозурических препаратов.

### **ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**Насырова З.А., Насырова Д.А., Мирзаев Р.З., Умриллов Л.Г., Муроткобилов О.А.**

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель:** оценить роль дисфункции почек в утяжелении клинического течения и прогноза острого инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа.

**Материалы и методы исследования.** В отделении соматической реанимации в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи было обследовано 104 больных с острым инфарктом миокарда: 42 женщин (40,4%) и 62 мужчин (59,6%). Возраст больных составил от 43 до 86 лет, средний возраст -  $62,6 \pm 0,8$  лет: у женщин –  $65,0 \pm 1,4$  лет, у мужчин -  $61,0 \pm 0,8$  лет ( $P < 0,02$ ). При поступлении на типичную загрудинную боль жаловались 81 больных (типичный болевой синдром, 77,9%). 9 (8,7%) пациентов были госпитализированы в стационар

в течение 12 часов после начало болевого приступа: 6 (5,8%) пациентов до 6 часов, 3 (2,9%) пациента – до 12 часов. У 29 (27,9%) пациентов длительность болевого приступа составила до 1 сутки, у 66 (63,5%) – свыше 1 сутки.

**Результаты.** При выяснении анамнеза больных острым инфарктом миокарда в 70,2% случаях (у 73 пациентов) было обнаружено повышение АД: у 22,1% пациентов - АГ первой, у 32,7% пациентов - АГ второй, у 15,4% пациентов - АГ третьей степени. У 68 (65,4%) больных имело место сахарный диабет 2 типа. Общее содержание сахара в плазме крови у больных СД 2 типа составило  $11,5 \pm 2,5$  ммоль/л, гликизированного гемоглобина -  $8,4 \pm 0,9\%$ . Избыточная масса тела была обнаружена у 34,6%, ожирение первой и второй степени соответственно у 44,2 и 18,3% больных. С целью изучения влияния СД на течение ИМ все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 68 пациентов ИМ с СД 2 типа, во вторую - 36 пациентов ИМ без сахарного диабета. В общей группе инфаркт часто был обнаружен у мужчин (59,6%), соотношение мужчин/женщин составило: 1,5:1. В первой группе женщин было больше (44,0%) чем во второй группе (33,3%). Длительность СД 2 типа варьировала от впервые выявленного до 20 лет (в среднем -  $7,4 \pm 2,6$  лет). У 7,7% пациентов СД был выявлен впервые. У 14,4% больных продолжительность сахарного диабета была от 1 до 5 лет, у 36,5% больных – от 6 до 10 лет, у 6,7% больных – более 10 лет. Среди лиц старше 60 лет на фоне сахарного диабета частота ИМ составила 64,0% (в возрасте 61-70 лет - 50,0%, старше 70 лет - 14,0%), без диабета – 55,6%. Среди больных с СД 2 типа пенсионеры составили 77,9%, без диабета - 69,4. Из лабораторных показателей лейкоцитоз был характерен у 23,1%, повышение СОЭ – у 77,9%, увеличение тропонина - у 15,4% больных. В общей группе пациентов среднее содержание МВ фракции КФК составила  $87 \pm 6,7$  ед. По сравнению с пациентами без диабета в группе пациентов с сахарным диабетом инфаркт миокарда чаще сопровождался нейтрофильным лейкоцитозом, повышением СОЭ, увеличением тропонина, мышечной фракции КФК, что свидетельствовало о тяжелой степени резорбционно-некротического синдрома. Проводимая кардиальная терапия включала тромболитис и отвечала современным требованиям лечения ИМ. Антиагреганты,  $\beta$ -блокаторы, антикоагулянты, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), статины назначались как можно раньше при отсутствии противопоказаний.

**Заключение.** Диабетическая нефропатия является фактором риска развития и усугубления