

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

***«Metabolic sindrom
va dismetabolizmning turli toifalari»***

**Xalqaro ishtirokidagi
Respublika ilmiy-amaliy anjumani**

T E Z I S L A R I

Toshkent, 2018 йил, 13 апрел

=====

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

T E Z I S Y

**Республиканской научно-практической
конференции с международным участием**

***«Метаболический синдром
и другие категории дисметаболизма»***

Ташкент, 13 апреля 2018 года

ТАҲРИР ХАЙАТИ

Раис: Акилов Х.А., профессор

Масъул муҳаррир:

Каюмов У.К., профессор

Аъзолар:

Атаханов Ш.Э., профессор

Касимова М.С., профессор

Хамрабаева Ф.И., профессор

Саидазизова Ш.Х., доцент

Website: www.msuz.info

E-mail: conference@malaka.info

Абдувакилов Ж.У., Ризаев Ж.А.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПАРОДОНТАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан

Цель исследования: изучение показателей углеводного и липидного обмена, у больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней степени тяжести на фоне метаболического синдрома (МС).

Результаты. По результатам лабораторных данных уровень глюкозы крови натощак у всех пациентов находился в пределах нормы: $4,2 \pm 0,3$ ммоль/л в контрольной группе, $6,1 \pm 0,24$ ммоль/л у больных с МС. Но через 2 часа после нагрузки глюкозой их уровень был различен и составил $4,85 \pm 0,24$ ммоль/л в контрольной группе и $5,95 \pm 0,24$ ммоль/л ($p < 0,001$) у больных с МС. Уровень инсулина находился в пределах нормы, хотя у больных МС был выше показателей контрольной группы: $14,8 \pm 0,9$ и $10,1 \pm 1,2$ мкЕд/мл соответственно ($p < 0,001$). Уровень стимулированного инсулина через 2 часа после нагрузки глюкозой у пациентов контрольной группы оставался в пределах нормы: $17,2 \pm 1,4$ мкЕд/мл, а у пациентов с МС возрастал в 3 раза по сравнению с контрольной группой — $49,9 \pm 3,46$ мкЕд/мл, что свидетельствует о гиперинсулинемии. Повышенный уровень инсулина способствует задержке в организме натрия, что приводит к гипervолемии и вазоконстрикцию сосудов, усиление агрегации тромбоцитов. При этом жировая ткань характеризуется избыточным липолизом, нарушением циркуляции липопротеидов, глюкозы, что приводит к усилению гиперинсулинемии, дислипидемии. Уровень стимулированного С-пептида у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне МС превышал уровень контрольной группы на 39 % $p < 0,01$. Уровень общего холестерина (ОХ) у всех пациентов с МС закономерно превышал показатель контрольной группы и составил $6,2 \pm 0,4$ ммоль/л. При анализе показателей липидного спектра крови отмечалось закономерное повышение ОХ. Это происходило за счет повышения уровня ЛПНП до $4,1 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$). При этом отмечалось снижение ЛПВП до $0,9 \pm 0,1$ ммоль/л. Коэффициент атерогенности (КА) составил $5,1 \pm 0,3$, что на 41% выше показателя контрольной группы — $3,7 \pm 0,3$. Высокие концентрации свободных жирных кислот, образующиеся на фоне дислипидемии подавляют поглощение инсулина печенью, что приводит к гиперинсулинемии и относительной инсулинорезистентности. При этом, свободные жирные кислоты ингибируют ключевые ферменты — пируватдегидрогеназу и фосфокиназу,

снижая окисление глюкозы (цикл Рендла), и участвуют в механизме поддержания инсулинорезистентности.

Выводы: У больных МС сочетанной с воспалением в тканях пародонта на фоне гиперинсулинемии и дислипидемии установлены выраженные изменения в показателях клеточного и гуморального иммунитета.

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунбаев А.К., Шукуров У.М.

**ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ГП «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность валсартана и сбора КардиоХелп у больных с артериальным давлением(АД) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 пациента в возрасте 44–55 лет с АД и МС. Пациенты I группы(20) принимали Валз (Актавис) в течение 6-ти месяцев, а больные II группы(22) - дополнительно растительный сбор КардиоХелп (HealthNHelpers) по схеме. Изучали АД систолическое и диастолическое (САД и ДАД), окружность талии, индекс массы тела, глюкозу, креатинин, активности ферментов аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, содержание билирубина, холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности в крови, электрокардиограмму и эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты. У больных I группы снижение АД начало проявляться с применения средней дозы Валз (80 мг/сут) и эффект усиливался по мере увеличения дозы. Через месяц среднее САД составило $140,2 \pm 6,3$ при исходном $168,4 \pm 8,3$ мм рт. ст., среднего ДАД — $83,7 \pm 6,6$ при исходном - $91,5 \pm 9,6$ ($p < 0,05$). в течение 3-х месяцев Валз снижал САД до $135 \pm 8,4$ ($-33,4$ мм рт. ст.), а ДАД до $82,0 \pm 7,5$ ($-9,5$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$). АД уменьшалось с приема средних доз (80 мг/сут) валсартана. Целевой уровень АД достигнут у большинства больных (80%) и при назначении Валз в дозе 80 мг наблюдалось через 26 дней, в дозе 160 мг - через 20 дней. К концу лечения индекс массы миокарда левого желудочка уменьшился на 8%. У больных, принимавших дополнительно растительный сбор КардиоХелп, положительная динамика отмечена в более ранние сроки и у большинства пациентов этой группы целевые уровни АД достигались при приеме Валз в дозе 80 мг/сут. Мониторирование АД также показало более эффективное

снижение САД и ДАД у пациентов II группы. Препараты хорошо переносились. По-видимому, КардиоХелп, в состав которого входят экстракты лекарственных растений и обладающий спазмолитическим, сосудорасширяющим и слабым мочегонным действием, усиливает эффект Валз. Все пациенты II группы имели высокую приверженность к лечению и побочных явлений не было.

Выводы. Комплекс Валз и растительный сбор КардиоХелп оказал выраженное гипотензивное влияние при лечении больных с АД и МС и может быть рекомендован для лечения этой категории пациентов.

Абдуллаева Д.Г.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования. Установление возможных маркеров развития пищевой аллергии у больных аллергическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование, направленное на выявление аллегенспецифических иммуноглобулинов Е к пищевым, респираторным, эпидермальным, грибковым, профессиональным аллергенам у больных аллергическими заболеваниями с помощью модифицированных иммуноблот панелей аллергенов RIDA qLine компании R-Biopharm (Германия). Данный тест позволяет измерять концентрацию аллегенспецифических IgE в сыворотке крови методом иммунного анализа, результаты выражаются также в RAST-классах. Учитывая наличие клинических проявлений, положительной считали концентрацию аллегенспецифических IgE выше 0,35МЕ/мл (1 RAST). Были обследованы 100 пациентов с пищевой аллергией и атопическим дерматитом, аллергическим ринитом (в возрасте 14-65 лет), в республиканском научно-специализированном аллегергологическом центре.

Результаты и обсуждение. У 15 % пациентов (средний возраст $26,5 \pm 1,2$ года) в сыворотке крови выявлены аллегенспецифические IgE к профессиональному аллегергену латексу выше 1 RAST. У 42,5% пациентов отмечалась сенсibilизация к орехам (лесной орех, арахис, миндаль, бразильский орех, кокос, грецкий орех), пыльцам деревьев и трав (подорожник, полынь, амброзия). Моновалентная сенсibilизация была выявлена у 5% пациентов. Среди наиболее распространенных аллегергенов в условиях жаркого климата можно выделить фрукты семейства Rosaceae: персики, абрикосы (7,5%), яблоко (10%), клубнику (5%), грецкий орех (12,5%), арахис (5%), кунжут (12,5). Распространенность и спектр

клинических проявлений аллергических реакций к пищевым продуктам определяются свойствами аллергенов, входящих в его состав. Следует отметить, что аллергия к арахису и другим бобовым и деревьям орехов часто начинаются в детстве и сохраняются долго, даже в зрелом возрасте. Арахис-основной источник растительного масла, используется в кулинарии, косметологии, фармакологии, в бытовой химии, аллергическая реакция может возникать у высокочувствительных пациентов на следовые количества арахиса. При кулинарной обработке их аллергенные свойства усиливаются, так как IgE-связывающая способность аллергенов жареного арахиса выше чем у аллергенов сырого и вареного арахиса.

Выводы. Исходя из вышесказанного можно отметить актуальность и перспективность использования пищевых иммуноблот панелей аллергенов для составления плана элиминационных мероприятий и разработки диетических мер, учитывая компонентный состав и свойства пищевых продуктов, их аллергенные свойства, а также климатические особенности питания больных аллергическими заболеваниями.

Абильдаева Д., Турсунбаева К.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ СНА
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Казахский Национальный Медицинский Университет
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан.

Цель: изучение качества сна у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 32 пациента (14 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 56 до 88 лет с сахарным диабетом 2 типа. Для оценки качества сна использовался Питцбургский опросник на определение индекса качества сна(PSQI). Пациентам предлагалось ответить на разные вопросы для определения качества сна, что оценивалось в балльной системе.

Результаты и обсуждения: Установлено при интерпретации результатов исследования глобального рейтинга PSQI, у 87,5% (28) пациентов СД 2 типа имеет значение выше >5 баллов, что указывает на значительное снижение качества сна в виде субъективного его нарушения, качества и задержки сна, нарушения продолжительности, эффективности сна, потребность использования лекарств. С прошедшего месяца пациенты отмечали, что не могли уснуть в течение 30 минут и более, просыпались в середине ночи, были вынуждены вставать, чтобы воспользоваться ванной комнатой, чувствовали, что жарко. При опросе родных, которые проживают

вместе с пациентом, было выявлено, что у них часто наблюдается громкий храп, тревожный сон, а именно подергивание ногами и задержки дыхания во время сна. Вследствие этого им было сложно оставаться в бодрствующем состоянии в течение дня, что вызывало чувство переутомления, снижение работоспособности, качества жизни. У 12,5% (4 пациента) нарушения со стороны сна не было выявлено.

Выводы: таким образом, данное исследование свидетельствует о выраженном снижении качества сна у 87,5% больных СД 2 типа, что диктует необходимость продолжить дальнейшее исследование с целью своевременной диагностики и коррекции нарушений сна и улучшения качества жизни.

Акалаев Р.Н., Хашимов Х.А.

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ
НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить метаболические нарушения у больных, находящихся на программном гемодиализе длительное время.

Материал и методы: выборочно обследовано 200 больных в возрасте 25-60 лет. Мужчин 100. Женщин 100. Контрольная группа (I группа) 100 больных получавших консервативное лечение (ПН-ст. I и II). У 32 больных причиной ХБП был хронический гломерулонефрит, 34 – сахарный диабет, 10 – хронический пиелонефрит, 10 мочекаменная болезнь, 10 гипертоническая болезнь, 4 – поликистоз почек. II группа 100 больных находящихся на программном гемодиализе 5 и более лет. У 20 диагностирован хронический гломерулонефрит, у 15 – сахарный диабет, у 15 – мочекаменная болезнь, у 20 – хронический пиелонефрит, у 10 – поликистоз почек, у 15 – интерстициальный нефрит, у 5 – гипертоническая болезнь. Для оценки МС изучались нижеследующие показатели. Артериальное давление и пульс в динамике. Антропометрическое исследование включало вес, рост, размер талии. Лабораторно исследовались сахар крови, мочевины, креатинин и калий сыворотки крови, холестерин, мочеваья кислота, ЛПВП, ЛПНП.

Результаты исследования: нами при динамическом мониторинге выявлена корреляция индекса массы тела со средним АД, микроальбуминурией, уровнем мочевоья кислоты. При прогрессировании хронической почечной недостаточности в динамике, рост индекса массы

тела сопровождался повышением уровня мочевого кислоты и холестерина. При этом нами сопоставлялся и учитывался уровень гипергидратации у больных на консервативном лечении и «сухой вес» больного находящихся на программном гемодиализе. Микроальбуминурия выявилась у всех больных во всех группах и положительно коррелировалась с гиперурекемией, гипертриглицеридемией, снижением ЛПВП, повышением среднего АД. У больных с ХБП с ожирением повысились ЛПНП, триглицериды, холестерин, мочевого кислоты.

Выводы: 1. С прогрессированием хронической почечной недостаточности и уменьшением скорости клубочковой фильтрации метаболические нарушения также в динамике нарастают.

2. У больных на программном гемодиализе леченных гемодиализом более 5 лет отмечается увеличение триглицеридов и липопротеидов низкой плотности.

3. Уровень метаболических нарушений у больных на программном гемодиализе не зависит от первоначального заболевания приведшего к развитию хронической почечной недостаточности.

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш.

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ
НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить показатели когнитивных функций у больных с острыми отравлениями алкоголем в зависимости от уровня свободного аммиака, лактата и длительности алкогольной интоксикации.

Материал и методы: В данное исследование включено 160 пациентов с острыми отравлениями алкоголем на фоне хронического употребления алкоголем в возрасте от 30 до 55 лет поступившие в 2015-2017 годах в отделение токсикологии РНЦЭМП. Алкоголь крови составил в среднем $1,8 \pm 0,9$ г/л. Исследуемых разделили на 3 группы: I группу составили 54 больных с высоким уровнем токсичных метаболитов: свободного аммиака – свыше 60 мкмоль/л и лактата – свыше 5,0 ммоль/л, при этом длительность запоя - более 10 дней. II группу составили 62 больных со средним уровнем свободного аммиака – 32-60 мкмоль/л, лактата от 3,0 до 4,9 ммоль/л, на фоне запоя от 5 до 10 дней. III группу составили 38 больных с относительно низким уровнем свободного аммиака – менее 32 мкмоль/л, лактата от 2,0 до 3,0 ммоль/л и длительностью запоя до 3 дней. Степень когнитивных

нарушений изучалась по шкале MMSE (Mini mental state examination) по 10 позициям в баллах, шкале FAB по 6 позициям и теста Рейтана в секундах.

Результаты исследования: У пациентов I группы при поступлении отмечается выраженное нарушение уровня интеллекта по шкалам MMSE, FAB, суммарный балл составил $17,5 \pm 1,2$ и $9,4 \pm 1,4$ соответственно, а тест Рейтана был закончен только у 2-х пациентов, составив 246 и 316 секунд соответственно. У пациентов II группы суммарный балл когнитивных функций по шкалам MMSE и FAB составил $23,6 \pm 1,2$ и $11,2 \pm 1,9$ соответственно, а тест Рейтана 156,5 $\pm$ 22,5 сек, что также соответствует умеренным когнитивным поражениям. У пациентов с низким уровнем свободного аммиака согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE FAB составил $26,7 \pm 1,4$ и $13,2 \pm 1,6$ соответственно, а тест Рейтана 132 $\pm$ 16,4 сек, т.е. отмечались легкие когнитивные нарушения.

Выводы. 1. У всех больных с алкогольной интоксикацией отмечаются расстройства метаболизма пропорционально длительности злоупотребления алкоголем. 2. У больных с алкогольной интоксикацией, отмечается снижение когнитивных функций и гиперсимпатикотония пропорционально уровню свободного аммиака и лактата. 3. Тяжелые нарушения интеллекта, которые развиваются пациентов с высоким уровнем свободного аммиака и лактата требуют медикаментозной коррекции.

Акбарова Д.С., Мусаева Л.Ж.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности клинической картины бронхиальной астмы (БА) у больных с МС и проанализировать характер влияния компонентов метаболического синдрома (МС) на контроль течения БА.

Материал и методы. Под наблюдением находились 48 пациентов с частично контролируемой БА. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 22 больных БА без МС, 2-ю 26 больных БА с МС. У всех пациентов проводили комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее оценку симптоматики и контроля БА, антропометрических показателей, артериального давления, углеводного обмена, липидного спектра крови, показателей спирометрии.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у 7 больных БА с МС (26,9 %) выявлен центральный (абдоминальный) тип ожирения + повышенный уровень ТГ + сниженный уровень ХС ЛПВП + повышенный уровень ХС

ЛПНП+АГ; у 12 больных БА (46,1 %) — центральный (абдоминальный) тип ожирения + АГ + НТГ; у 7 больных БА (26,9 %) — центральный (абдоминальный) тип ожирения + повышенный уровень ТГ + сниженный уровень ХС ЛПВП + повышенный уровень ХС ЛПНП + гипергликемия натощак; у 6 больных БА (23 %) — центральный (абдоминальный) тип ожирения + АГ + гипергликемия натощак; у 2 больных БА (16,9 %) — центральный (абдоминальный) тип ожирения + АГ + повышенный уровень ТГ + сниженный уровень ХС ЛПВП + повышенный уровень ХС ЛПНП. У больных БА с МС отмечены достоверно более выраженные изменения бронхиальной проходимости и показателей суточного разброса пиковой скорости выдоха по сравнению с таковыми у больных БА без МС, а также тенденция к большему уменьшению жизненной емкости легких и индекса Тиффно. Полученные данные подтвердились результатами корреляционного анализа компонентов МС и показателей, характеризующих течение и клиническую картину БА, показатели спирометрии, контроль над заболеванием у больных БА. Среди компонентов МС абдоминальное ожирение и индекс массы тела имеют наиболее выраженную корреляционную связь с показателями, характеризующими клиническую картину БА, уровнем контроля над БА, показателями спирометрии и суточным разбросом пиковой скорости выдоха.

Выводы. Таким образом, наличие у больных БА компонентов МС обуславливает более тяжелое, неблагоприятное течение БА.

**Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Исхаков Ш.А., Узаков Ж.К., Азизов Ш.И.,
Ибабекова Ш.Р.**

**ВЛИЯНИЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ И СТАТИНОТЕРАПИИ НА
НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТРОВАНИЮ**

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

Цель работы. Изучение влияния антиагрегантной и статинотерапии на некоторые биохимические показатели больных ишемической болезни сердца (ИБС) с метаболическим синдромом(МС), подвергшихся стентированию.

Материал и методы. Наблюдали больных ИБС с МС (23), подвергшихся стентированию, получавших стандартное лечение, включавшее аспирин, клопидогрел, аторвастатин (А) или розувастатин (Р). До и после процедуры через 3 месяца изучали общий холестерин(ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), активности ферментов аланин- и аспаргатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин(ОБ), показатели свертываемости крови, агрегацию тромбоцитов, электрокардиографию, эхокардиографию(ЭХОКГ) и оценивали состояние левого желудочка(ЛЖ).

Результаты. До лечения: ОХС до 6,9; ХСЛПНП до 3,6; ХСЛПВП - 1,1; ТГ – до 2,5 ммоль/л. Активность ферментов и содержание ОБ – в пределах нормы. В динамике выявлено, что после стентирования А и Р уменьшают ОХС на 25 и 30%; ХСЛПНП – на 26 и 36%; ТГ – на 30 и 38%, а ХСЛПВП увеличивают на 5 и 7%, соответственно. Показатели АЛТ, АСТ и ОБ особенно не изменились при значительном улучшении таковых свёртывающей системы крови и агрегометрии (ПВ, ПТИ, МНО, АЧТВ, содержание фибриногена, спонтанная и индуцированная агрегации тромбоцитов). Улучшились результаты ЭХОКГ: фракция выброса ЛЖ(55,5 и 61,5 %, соответственно А и Р); масса миокарда ЛЖ(196,4 и 185,5 г); толщина межжелудочковой перегородки(1,1 и 1,05 см); толщина задней стенки ЛЖ(1,0 и 1.05 г); конечный систолический размер ЛЖ(3,3 и 3,15 см); конечный диастолический размер ЛЖ(5,3 и 4,9 см); конечный диастолический объём(124 и 119 мл); конечный систолический объём(57,5 и 49,5 мл); ударный объём (82,5 и 77,5 мл). Качество жизни больных значительно повысилось побочных явлений от терапии не отмечено.

Выводы. Стентирование и комплексное лечение оказали благоприятное влияние на изученные биохимические показатели и течение ИБС, а правильно подобранные дозы позволили избежать резистентности к препаратам, особенно антиагрегантам.

**Арипов А.Н., Борзова Н.С., Ша-Ахмедова Л.Р.
ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН – ПРЕДИКТОР РИСКА
ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Гликирование белков происходит при длительном контакте глюкозы с белками и зависит от уровня гликемии. В физиологических условиях гликирование происходит при состаривании белков, которые из-за крупных

молекулярных форм не фильтруются почками, а удаляются моноцитарно-макрофагальной системой. Так происходит очищение организма от состарившихся белков. Однако, гликированные белки – это белки с нарушенной функцией, измененной структурой и, следовательно, мишень для аутоиммунной агрессии. Комплексы – гликированный белок и антитела к ним запускают механизм воспаления, который лежит в основе системных заболеваний органов, сахарного диабета и его осложнений.

Таким образом, гликированные белки – маркер патологического состояния. Избыточное гликирование белков сопутствует гипергликемии и лежит в основе осложнений сахарного диабета (диабетическая нефропатия, ретинопатия, макро- и микроангиопатии).

С 2011 года по рекомендации ВОЗ гликированный гемоглобин используется для диагностики сахарного диабета. Международное исследование ADAG (A1c derived average glucose) предложило математическую формулу перевода показателей гликированного гемоглобина (HbA1c) в средний уровень гликемии: [eAG] в ммоль/л = $1,59 \times \text{HbA1c} - 2,59$ во избежание потенциальной ошибки при исследовании. Гликированный гемоглобин исследуют не только у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом, но и на предмет возможного сахарного диабета в здоровой популяции проходят тестирование лица: в возрасте старше 45 лет, с ожирением, гипертонией, гиперлипидемией, с отягощенной наследственностью, дети с весом более 4,5 кг при рождении, (чем выше HbA1c, тем больше новорожденных с пороками развития, для нормального развития плода HbA1c должен быть менее 6,4%), больные с гестационным диабетом,

Гликируются многие белки, однако, гликированный гемоглобин удобен тем, что он характеризует средний уровень глюкозы на протяжении 1-2 месяцев (полупериод жизни эритроцита). Уровень гликированного гемоглобина снижается при уменьшении гликемии, поэтому при снижении количества гликированного гемоглобина уменьшается риск осложнений.

Так, только снижение HbA1c на 1% уменьшает риск ОИМ на 14%, смерть от диабета на 21%, микрососудистые осложнения на 37%, заболевания периферических сосудов на 43%.

Артёменко В.В., Берлинская Л.И.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель работы. На основании обзора современных исследований изучить частоту и относительный риск развития преэклампсии (ПЭ) у беременных с метаболическим синдромом.

Результаты. Метаболический синдром по частоте распространения среди беременных составляет 15-38%. Центральную роль в концепции «метаболического синдрома» играет ожирение, при котором частота развития ПЭ составляет 25-63%. Наличие избыточной массы тела у матери, особенно до беременности, увеличивает риск развития ПЭ от 2 до 7 раз. Было отмечено, что ожирение у женщины до беременности приводит к развитию ПЭ в 79,6%, из них средняя степень тяжести заболевания выявлена у 15,1% женщин, тяжелая – у 3,2% беременных. Риск возрастает линейно с увеличением индекса массы тела (ИМТ). И наоборот, низкий уровень ИМТ у матери защищает от гестационной гипертензии. Важно отметить, что на фоне метаболического синдрома отмечается раннее развитие ПЭ (22 – 24 недели гестации), длительное и тяжелое течение, которое сопровождается высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. Поддержка концепции, согласно которой ожирение может сыграть роль в развитии ПЭ, заключается в том, что потеря веса снижает риск.

Для систематической оценки нескольких хорошо определенных факторов риска ПЭ были собраны данные по исследованиям более 25 миллионов женщин. Всего в мета- анализ были включены 92 исследования из 27 стран Европы и Северной Америки. На основе общих данных наиболее весомые результаты получены для 6 факторов, одним из которых является метаболический синдром. ИМТ > 30 до беременности составил частоту развития ПЭ 7,1 (95%, ДИ 6,1% – 8,2%), относительный риск 2,8 (ДИ 2,6 – 3,1). Согласно рекомендациям US Preventive Services Task Force (USPSTF) за 2014 год развитие преэклампсии при ожирении относится к категории умеренного риска.

Выводы. Таким образом, в результате анализа данных литературы, не вызывает сомнений то, что метаболический синдром является фактором, влияющим на механизм развития преэклампсии. Из этого следует, что проведение надлежащего мониторинга, ранней профилактики и своевременного лечения беременных с МС позволит снизить частоту развития и степень тяжести ПЭ.

Аслонова Ш.Ж., Жураева Х.И.

**ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА НА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ
К ГЛЮКОЗЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Изучить динамику показателей теста толерантности к глюкозе (ТТГ) у больных артериальной гипертензией (АГ) в процессе лечения моксонидином.

Материал и методы. Под наблюдением находились 47 больных АГ (вторая стадия) с нарушенной толерантностью к глюкозе (ТТГ). Группу сравнения составили 35 больных АГ без НТГ. Толерантность к глюкозе изучалась по стандартной методике путем проведения теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема исследуемым 75 гр. глюкозы. Анализировались случаи НТГ связанные с нарушением симпатoadренальной фазы гликемической кривой (НТГ через 1 час после нагрузки глюкозой) и с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой (НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой). При этом лица с НТГ были разделены на следующие группы: лица нормальной толерантностью к глюкозе (группа 1); лица с НТГ через 1 час после нагрузки глюкозой (группа 2); лица с НТГ через 2 часа после нагрузки глюкозой (группа 3); лица у которых имело место сочетание НТГ как через 1, так и через 2 часа после нагрузки глюкозой (группа 4). Лица с сахарным диабетом были исключены из исследования. Больные обеих групп в качестве гипотензивной терапии получали моксонидин (физиотенз) в дозе 0,4 мг в течение 4 недель.

Результаты и обсуждение. Установлено, что моксонидин в суточной дозе 0,4 мг достоверно снижает как систолическое артериальное давление (САД), так и диастолическое артериальное давление (ДАД). Вместе с тем показано, что гипотензивные эффекты моксонидина в достаточной степени выражены в группе с НТГ и среди лиц с нормальной толерантностью к глюкозе.

Результаты исследования указывают на достаточно высокую эффективность моксонидина в отношении снижения уровня гликемии. На фоне лечения АГ моксонидином имело место достоверное снижения уровня гликемии как через 1, так и через 2 часа после нагрузке глюкозой. Уровень гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой снизился на 9,14%, а через 2 часа после нагрузке глюкозой-на 16,2%.

Гипогликемический эффект моксонидина был более выражен во 2 и в 3 группах, чем 4 группе. Следует отметить, что среди лиц с исходно

нормальной толерантностью к глюкозе прием моксонидина не ассоциировался со снижением уровня гликемии.

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на положительное влияние моксонидина на показатели гликемии, что косвенным образом свидетельствует о снижении инсулинрезистентности. Исходя из вышеизложенного, можно считать, что механизм действия моксонидина, как селективного агониста имидазолиновых рецепторов, позволяет рекомендовать его в качестве одного из основных лекарственных средств для лечения АГ у лиц с метаболическим синдромом.

Аслонова Ш.Ж. Жураева Х.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТФОРМИНА НА ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель: Изучить распространённость основных компонентов метаболического синдрома при различных категориях гипергликемии и оценить эффективность метформина в коррекции этих компонентов.

Методы исследования: Для реализации популяционной части исследования было обследовано 793 человека, представляющих собой репрезентативную выборку из неорганизованного населения г.Бухары. С целью изучения эффективности метформина в коррекции основных компонентов МС проведено клиническое исследование среди 82 больных с этим синдромом. Изучались распространённость и уровни основных компонентов МС (артериальная гипертензия, нарушенная толерантность к глюкозе или сахарный диабет, и инсулинрезистентность, гиперлипидемия, избыточная масса тела и/или абдоминальное ожирение). Динамика частоты встречаемости и уровней изучаемых компонентов МС была изучена до и после лечения препаратами метформина.

Результат исследования: Согласно полученным данным на фоне приёма метформина произошло снижение, как систолического АД, так и диастолического АД. Из представленных данных среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой наблюдается более выраженное снижение показателей артериального давления, чем у лиц с нарушением симпатoadренальной фазы. Параллельно с АД произошло также и достоверное снижение частоты сердечных сокращений. Снижение ЧСС на фоне приёма метформина можно объяснить снижением инсулинрезистентности и, как следствие, снижением гиперактивности симпатической нервной системы. Среди лиц получавших метформин

наблюдалось также снижение показателей Индекса Кетле и окружности талии. Как оказалось, на фоне лечения метформином происходит достоверное снижение средних показателей индекса Кетле и окружности талии. Достоверные снижения этих показателей имеют место, как среди лиц с нарушениями симпатoadреналовой фазы гликемической кривой, так и среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы. Однако, следует заметить, что это снижение было более выраженным среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой. Полученные данные свидетельствуют о том, что в целом, применение метформина положительно сказывается на уровнях гликемии. Как оказалось, на фоне приёма метформина отмечается снижение уровня гликемии, как натощак, так и через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. Однако, достоверные различия обнаружены только в отношении постнагрузочной гликемии (через 2 часа после нагрузки глюкозой). Наряду с этим, наблюдалось снижение уровней липидов крови. Однако, статистически значимые различия выявлены только в отношении динамики уровней триглицеридов.

Заключение: Таким образом при МС назначение метформина приводит не только к улучшению углеводного профиля, но также и к коррекции основных компонентов МС. Применение метформина приводит к снижению всех показателей гликемии, но в большей степени – уровня гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой.

Бекматова Ш.К.

ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ургенчский филиал ТМА, Узбекистан

Цель работы: изучить состояние сердечно–сосудистой системы (ССС), липидного и гликемического профиля, системы гемостаза у больных сахарным диабетом 2 типа (СД). В сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и обосновать с учетом полученных данных рациональной терапии у данного контингента больных.

Материал и методы. Обследовано 200 больных (120 мужчин и 80 женщин) СД 2 типа в сочетании с АГ II стадии, в возрасте от 40 до 70 лет. У большинства больных АГ развилась за 5-10 лет до СД, длительность которого составила в среднем $5,5 \pm 3,5$ года. У 125 больных определялась микроальбуминурия, у 95 – абдоминальное ожирение. Из исследования исключены больные с ИБС и/или инфарктом миокарда в анамнезе, тяжелым ожирением.

Обследование больных проводилось в стадии субкомпенсации СД, уровень гликозилированного гемоглобина (Hb A1c) был не более 6,8%. Всем больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ вариабельности ритма сердца. Агрегационная активность тромбоцитов изучалась на двухканальном лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов. Кроме того, изучались показатели коагуляционного гемостаза, содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови, уровень гликемии. Контрольные группы составили 45 человек эссенциальной АГ II стадии и 25 здоровых добровольцев.

Результаты. Анализ показателей выявил у обследуемых больных повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и одновременное снижение в отличие от больных эссенциальной АГ парасимпатических влияний. Кроме того, у больных СД 2 в сочетании с АГ изменялся суточный профиль АД с выраженным преобладанием у лиц с эссенциальной АГ. АД, оцененная по данным СМАД, а также средние суточные ЧСС были выше у пациентов с сочетанной патологией по сравнению с больными эссенциальной АГ, что свидетельствовало о неблагоприятном прогнозе в отношении поражения органов – мишеней (сердца, мозга, почек, сосудов) и риска развития сердечно – сосудистых осложнений.

Структурно–функциональные изменения миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией подтверждались методом ЭХОДПКГ.

У всех обследуемых больных была выявлена диастолическая дисфункция. В группе больных эссенциальной АГ она была выражена меньше. Наряду с этим, у 80% обследованных регистрировалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, что можно было связать не только с артериальной гипертензией, но и диабетической кардиомиопатией. Изучение параметров сосудисто – тромбоцитарного гемостаза выявило повышение агрегационной активности тромбоцитов у 75% обследуемых. Об этом свидетельствовали наличие спонтанной агрегации, необратимой агрегации (отсутствие дезагрегации), совпадение по времени первой и второй волн агрегации за счет ускорения реакции высвобождения, увеличение степени агрегации на ристомин.

Гипертриглицеридемия у больных СД тесно коррелировала с уровнем фибриногена, растворимыми комплексами фибрин – мономеров и снижением антитромбина фибринолитической активности плазмы.

Указанное подтверждает наличие взаимосвязи между нарушениями липидного обмена и свертывающей системой крови. На основании изложенного стратегия лечения больных СД 2 типа в сочетании с АГ должна предусматривать не только контроль АД и уровня гликемии, но и мероприятия, позволяющие корригировать метаболические и дисрегуляторные нарушения, определяющие «суммарный» риск ИБС, хронической сердечной недостаточности, инсульта.

Важное значение в лечении больных с сочетанной патологией имеют гиполипидемические средства, ингибиторы АПФ, дигидропиридиновые антагонисты кальция и β -адреноблокаторы с высокой селективностью к β_1 -рецепторам. Для профилактики тромботических осложнений при указанной патологии показано назначение дезагрегантов, а в ряде случаев и антикоагулянтов.

Выводы. Дифференцированная рациональная терапия больных АГ в сочетании с СД 2 типа позволит снизить у них риск сердечно-сосудистых осложнений и улучшить прогноз.

Бекматова Ш.К.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ургенчский филиал ТМА, Узбекистан

Цель работы: изучение особенностей нарушения липидного обмена у больных ИБС пожилого и старческого возраста с МС.

Материал и методы. Обследовано 200 больных в возрасте от 60 до 80 года (мужчин- 85 , женщин- 115) и 50 больных в возрасте от 45 до 55 года (мужчин- 30, женщин- 20), состоящих на «Д» учёте у кардиолога с диагностированной ИБС. Больные были разделены на 3-и группы: 1-ю составили 120 пациентов пожилого и старческого возраста с МС; 2-ю - 80 больных этого же возраста, но без МС, 3-ю 50 больных с МС среднего возраста. У всех больных измеряли АД в динамике, регистрировали ЭКГ в покое, и ЭхоКГ, измеряли рост, масса тела, индекс Кетле, отношение длины окружности талии к длине окружности бёдер. Для определения процента жираотложения в организме использовали адипометр – весы с анализатором жира.

У всех обследованных определяли липиды плазмы крови (общий холестерин –ХС, триглицериды-ТГ, холестерин липопротеидов высокой плотности-ХС ЛВП, холестерин липопротеидов низкой плотности – ХСЛНП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности ХС ЛОНП).

Результаты. МС выявился у 130 больных (65%) пожилого и старческого возраста и только 72 (35%) этих пациентов не имели клинических проявлений МС. Показатель ХС был незначительно повышен у больных 1-й группы: у мужчин – 6,32 ммоль/л и 5,79 ммоль/л – у женщин; во 2-й группе он находился в пределах нормы; значительная гиперхолестеринемия зарегистрирована в 3-й группе: у мужчин – 7,72 ммоль/л и 6,69 ммоль/л – у женщин. Показатели уровня триглицеридов крови у больных ИБС. Как видно из представленных данных, гипертриглицеридемия была выявлена у женщин 1-й группы и у мужчин в 3-й группе. При анализе показателей ХС ЛНП оказалось, что у больных 1 и 2-й групп у обоих полов он был в пределах допустимой нормы.

В 3-й группе ХС ЛНП был повышен у мужчин - 5,55 ммоль/л и у женщин – 4,22 ммоль/л. При исследовании показателей ХС ЛОНП и ХС ЛВП не было выявлено нарушений во всех 3-х группах.

Выводы. Таким образом, что у больных ИБС пожилого и старческого возраста с МС отсутствуют выраженные нарушения липидного обмена, не характерна «липидная триада» в отличие от пациентов с МС среднего возраста. Возможно, это связано со снижением функциональных резервов печени и с пониженным образованием эндогенного холестерина.

Бекматова Ш.К.

ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОСТИ ВЕСА

Ургенчский филиал ТМА, Узбекистан

Цель исследования: выявить влияние степени избыточного веса на выраженность гипертрофии (ГЛЖ) и диастолическую дисфункцию (ДДЛЖ) миокарда левого желудочка у женщин страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследовано 120 женщины от 50 до 70 лет (средний возраст-52 года) с ГБ II стадии, из них 30 пациенток с ИМТ-менее 25.0, 33 пациентки с ИМТ-25.1-30.0 (1 группа), 36 пациенток с ИМТ-30.1-40.0 (2 группа) и 15 с ИМТ -40.1 и выше (3 группа). Проводили эхокардиографическое исследование сердца с определением ММЛЖ, ИММЛЖ, максимальных скоростей раннего и позднего наполнения Е/А, время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT), показатель жесткости миокарда (ЖМ) и градиент модуля упругости ЛЖ (МУ), определяли среднесуточное систолическое (САД) и диастолическое давление (ДАД), индекс времени систолического (ИВСАД) и

диастолического АД (ИВДАД). Группы сравнивали по отношению к группе больных ГБ и ИМТ менее 25.0 (нормальная масса тела).

Результаты: в 1 группе выявлено увеличение ММЛЖ: на 17,2%, ИММЛЖ оказался увеличен на 15,4%, САД/ДАД составили – 148/97 мм рт.ст., ИВСАД-13 %, ИВДАД-16 %. Во 2 группе ММЛЖ: увеличена на 34,5%, ИММЛЖ на 31,2%, Е/А снижен на 40,6%, ЖМ увеличена на 8,5%, МУ уменьшился на 9,1%, САД/ДАД составили – 168/108 мм рт.ст., ИВСАД-56%, ИВДАД-64 %. Во 3 группе ММЛЖ: увеличена 69,8%, ИММЛЖ на 62,5%, Е/А снижен на 57,9%, IVRT увеличен на 45%, ЖМ увеличилась на 14,5%, а МУ уменьшился на 15,2%

САД/ДАД составили – 183/116 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 %.

Выводы: при разной степени избыточности веса у женщин с ГБ имеются значительные признаки ГЛЖ и ДДЛЖ, они нарастают при более высокой степени ожирения и при более высоких цифрах АД. ДДЛЖ особенно выражена при высокой степени ожирения.

Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Татузян Е.Г.
ДИСМЕТАБОЛИЗМ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ
ИЗОЛИРОВАННЫМ И АССОЦИИРОВАННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПСОРИАЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Цель работы. Изучение содержания микроэлементов в сыворотке крови, эритроцитах крови и моче больных изолированным псориазом и псориазом, ассоциированным с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Исследование проводили в двух группах больных с подтвержденным диагнозом «Псориаз», которые получали стационарное лечение в Городском клиническом КВД № 5 г. Харькова. Первую группу составили 103 пациента с изолированным псориазом, из них 60 мужчин и 43 женщины в возрастном диапазоне 21-60 лет. Во вторую группу вошли 42 больных псориазом, ассоциированным с АГ, из них 25 мужчин и 17 женщин в возрасте 20-60 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, показатели которых считали нормой. Биологическим материалом для исследования служили сыворотка крови, эритроциты крови и моча. Измерение концентрации микроэлементов (Mg^{2+} , Na^{+} , Ca^{2+} , Zn^{2+} , Cu^{2+} , K^{+} , Fe^{2+} , P) проводили атомно-абсорбционным методом.

Результаты. Установлено достоверное увеличение содержания микроэлементов в сыворотке крови больных псориазом (наименьшее для

йонов натрия, наибольшее для йонов фосфора), за исключением йонов магния. При этом дисбаланс микроэлементного состава сыворотки крови был более выраженным при псориазе, ассоциированном с АГ. Динамика микроэлементного состава эритроцитов у больных первой и второй групп происходила разнонаправленно, но тенденции к дефициту или избытку йонов были одинаковыми как при изолированном, так и при ассоциированном с АГ псориазе: снижение содержания относительно нормы демонстрировали калий, железо, цинк и фосфор; избыток – магний, натрий, медь и кальций. Девиации микро-элементного баланса в моче происходили как в сторону накопления, так и в сторону снижения концентрации, при этом изменения были однонаправленными в обеих группах. Регистрировали накопление йонов кальция, калия, фосфора, цинка и железа, на фоне дефицита магния, натрия и меди. Все вышеуказанные изменения были статистически достоверными по отношению к соответствующим показателям контрольной группы.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании выявлен глубокий дисметаболизм микроэлементов в биологических жидкостях больных псориазом, который носил разнонаправленный характер и был более выражен при псориазе, ассоциированном с артериальной гипертензией по сравнению с изолированной формой дерматоза.

**Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучение компонентов метаболического синдрома (МС) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы исследования: Исследование выполнено на 60 больных в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст обследованных женщин составил $55,4 \pm 6,1$ года), страдающих ССН II-III класса и МС. Больные были разделены на 2 группы по 30 человек со ССН ФК II класса 1 – я группа и 2-я группа ФК-III.

Результаты исследования: При анализе истории течения заболевания у больных МС следует отметить более длительный и более ранний срок развития ишемической болезни сердца (ИБС), в большинстве случаев нестабильное течение ИБС: по количеству стенокардитических приступов, потребляемых таблеток нитроглицерина. Изучение компонентов МС показало достоверно высокую разницу показателей в группах. Уровень

глюкозы натощак в 1-ой группе составил $5,8 \pm 1,2$ ммоль/л vs $4,8 \pm 0,5$ ммоль/л (т.е на 17,3% больше); уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки имел также тенденцию к увеличению составив $8,7 \pm 2,7$ ммоль/л vs $6,1 \pm 1,2$ ммоль/л во второй группе. Сравнительный анализ уровня липидов показал, выраженную дислипидемию в группе больных ИБС и МС. При анализе липидного состава крови, достоверных различий между группами не выявлено. Высокий показатель атерогенности в группах свидетельствует о снижении антиатерогенных фракции и повышении атерогенности состава крови, что вероятно и обуславливает более тяжелое течение заболевания у больных МС. При изучении компонентов МС в зависимости от пола было выявлено что у всех больных наблюдалось повышение ОХС, ТГ как у мужчин, так и у женщин, и в дополнении ЛПВП, ЛПНП, у женщин. Следует отметить, что уровень ТГ и ЛПНП был наиболее высоким у лиц мужского пола. Возможно данное обстоятельство является одним из причин тяжести течения ИБС у мужчин. Атерогенность крови возрастала, что было видно при сравнении уровня ОХ - $228 \pm 42,1$ мг/дл у мужчин против $227,4 \pm 50,8$ мг/дл у женщин и ТГ – $249,5 \pm 48,2$ мг/дл соответственно. В углеводном обмене достоверных различий в показателях в зависимости от пола выявлено не было.

Выводы: нарушения в углеводном обмене возрастают по мере тяжести ССН. Различия в уровне атерогенных фракций липидов крови оказались не достоверными, характерным явилось более высокие уровни ТГ и ЛПНП у лиц мужского пола.

Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Муллағалиева Ф.Г.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценка толерантности к физической нагрузке и качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и метаболическим синдромом (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 шести минутной ходьбы (ТШХ), а также измерение

антрометрических показателей. Для более точной оценки тяжести клинических показателей. Для более точной оценки тяжести клинических проявлений болезни использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС). 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 исследования: 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 (выполнении 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.

Выводы: Метаболический синдром 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.

Бобрик Л.М., Шаныгин А.В., Хохуля Ю.А., Майстренко М.С.
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
У МУЖЧИН, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель. Изучить особенности развития артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) у мужчин, работающих во вредных условиях труда.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 83 мужчины в возрасте от 36 до 62 лет ($42,2 \pm 0,6$ лет), работающих во вредных условиях производства, со стажем работы от 5 до 25 лет ($12,3 \pm 0,6$ лет).

Характеристика условий труда оценивалась по результатам аттестации рабочих мест. В ходе исследования, оценивали антропометрические данные (рост, вес, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), индекс массы тела (ИМТ), соотношение ОТ/ОБ), лабораторные показатели (общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ), глюкозу плазмы натощак (ГПН), β -липопротеиды (β -липоп)), инструментальные: измерение систолического (САТ) и диастолического (АД) артериального давления.

Результаты. Согласно данным гигиенической оценки условий труда основными вредными факторами условий труда являлись: общая вибрация по осям X и Y, шум, высокая напряженность и тяжесть труда. Средняя величина ИМТ составляла $29,2 \pm 0,2$ кг/м², при этом нормальные показатели ИМТ – 44,6%, избыточная масса тела – 47%, ожирение – 8,4%. ОТ/ОБ – $0,822 \pm 0,003$ (0,67-1,02). Объем талии более 102 см отмечался у 83,1% работающих. Лабораторные показатели липидного и углеводного обмена находились в пределах нормы (кроме β -липоп): ОХ – $5,23 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,17 \pm 0,01$ ммоль/л, КА – $3,62 \pm 0,07$ ед., ТГ – $1,65 \pm 0,05$ ммоль/л, ГПН – $5,18 \pm 1,1$ ммоль/л, β -липоп – $56,5 \pm 1,3$ ед. Нормальные показатели АД отмечались у 31,3% работающих, высокое нормальное АД – 18,1%, АГ 1 степени – 14,5%, АГ 2 степени – 35,1%. При разделении работников на группы по трудовому стажу, МС отмечался в группе мужчин с более продолжительным трудовым стажем – $18,8 \pm 1,5$ лет, по сравнению с группой без МС – $15,3 \pm 1,1$ лет, $p < 0,05$

Выводы. Таким образом, МС был диагностирован у 36,1% мужчин, работающих во вредных условиях труда. Отмечено наиболее частое сочетание клинико-лабораторных вариантов МС, АГ 2 степени, нарушение липидного и углеводного обмена – 71,1%. Установлено зависимость развития МС от длительности трудового стажа во вредных условиях производства. Развитию МС способствует избыточная масса тела и, в еще большей мере – ожирение.

Богдан Н.М.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ У
ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СТРАДАЮЩИХ
ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы: изучение эффективности комплексной терапии с применением преформированных факторов у женщин с метаболическим синдромом (МС), страдающих остеоартрозом коленных суставов (ОАКС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 женщин в возрасте от 50 до 75 лет (средний возраст $62,51 \pm 7,67$ лет) с клиническими проявлениями МС и ОАКС. Пациентки были разделены на 2 группы по способу лечения. Всем пациенткам II группы (30 человек) назначалась на фоне стандартной медикаментозной противовоспалительной и обезболивающей терапии комплексная терапия с применением преформированных факторов, а именно: электрофорез неокарипазим-400 и прессотерапия на коленные суставы с повторением курса через 3 месяца в течение двух лет. Пациенткам I группы проводилось стандартное медикаментозное лечение НПВП (мелоксикам в дозе 15 мг каждый день, один раз в сутки) и хондропротектором (пиаскледин-300 1 т в сутки, в течение 3х месяцев). До и после лечения всем больным проводили оценку болевого синдрома по шкале ВАШ, оценку боли и снижение качества жизни по индексу WOMAC, биохимическое исследование крови (показатели воспаления - СОЭ, С-реактивный белок, фибриноген, серомукоид, интерлейкин-1А (IL-1A), липидограмма), рентгенологическое исследование коленных суставов, ультразвуковое исследование коленных суставов и измерения угломером подвижности коленных суставов.

Результаты. После проведенной комплексной терапии с применением пре-формированных факторов, а именно: электрофореза неокарипазим-400 и прессотерапии у женщин с МС и ОАКС уменьшилось содержание больных с признаками синовита на 23% ($p < 0,01$), содержание острофазовых показателей воспаления снизился на 26 - 50% ($p < 0,05$) содержание показателей липидного обмена снизился на 53,6% ($p < 0,05$), на 45% ($p < 0,05$) увеличились показатели подвижности коленных суставов, болевой синдром по шкале ВАШ снизился на 53,9% ($p < 0,05$), и на 56,3% ($p < 0,05$) уменьшился индекс WOMAC по сравнению с группой пациенток, которые получали стандартную медикаментозную терапию. В 54% ($p \leq 0,05$) женщин с МС и ОАКС, которым назначали комплексную терапию наблюдались повышение работоспособности и улучшение качества жизни.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия с применением переформированных факторов у женщин с метаболическим синдромом при ОАКС является эффективной и может быть терапией выбора.

**Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Треумова С.И., Иваницкая Т.А.,
Иваницкий И.В.**

**ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ
В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»
г. Полтава, Украина**

Цель работы - изучение эффективности комбинированной терапии с применением донатора оксида азота на выраженность изменений липопероксидации и функции эндотелия в комплексе лечения больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы исследования. Обследовано 26 больных ЭГ с МС (18 мужчин и 8 женщин) в возрасте 44-58 лет, комплекс медикаментозного лечения которых включал ингибиторы ангиотензин-конвертирующего фермента, селективные бета-адреноблокаторы, диуретики. Больные основной группы (13 чел.) дополнительно получали L-аргинина аспартат (четыре раза в сутки по 1,0 г вещества в растворе (5,0 мл), внутрь, во время еды). До начала лечения и через месяц проводимой терапии оценивали показатели пероксидации липидов (по уровню диеновых конъюгат (ДК) и малонового диальдегида (МДА) и содержание стабильных метаболитов оксида азота (NOx) в сыворотке крови (спектрофотометрический метод); референтные значения анализируемых показателей получены обследованием 22 практически здоровых лиц.

Результаты. Обнаружено, что у больных ЭГ с МС имели место повышение липопероксидации и дисфункция эндотелия, что отражалось в достоверном ($p < 0,001$) повышении уровня ДК (до $17,8 \pm 0,32$ мкмоль/л против $9,22 \pm 0,10$ мкмоль/л), МДА (до $6,32 \pm 0,30$ мкмоль/л против $3,25 \pm 0,06$ мкмоль/л) при снижении NOx (до $17,1 \pm 1,1$ мкмоль/л против $25,6 \pm 1,3$ мкмоль/л). После проведенного лечения у всех пациентов отмечалось снижение содержания продуктов липопероксидации и повышение NOx, однако у больных основной группы уровень ДК был ниже аналогичного показателя группы сравнения в 1,25 раза ($12,9 \pm 0,35$ мкмоль/л против $15,5 \pm 0,38$ мкмоль/л; $p < 0,05$), МДА - в 1,27 раза ($4,73 \pm 0,26$ мкмоль/л против $5,67 \pm 0,27$ мкмоль/л; $p < 0,05$), а содержание NOx было выше в 1,3 раза ($22,9 \pm 1,2$ мкмоль/л против $19,2 \pm 1,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$).

Выводы. Общепринятое лечение больных ЭГ с МС сопровождается динамикой уменьшения интенсивности липопероксидации и выраженности дисфункции эндотелия. Введение в комплекс лечебной программы донатора

оксида азота способствует более эффективной коррекции оксидативного стресса и дисфункции эндотелия.

Валентинова И.А., Шкапо В.Л., Несен А.А.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН
Укарины», г. Харьков, Украина

Цель работы. Определить метаболические факторы риска у стационарных больных.

Материалы и методы. Обследовано 161 пациент с коморбидной патологией; средний возраст (52,4±7,6) лет. По гендерным признакам больные были разделены на мужчин 87 (54%) и женщин 74 (46%). Анализировались клинико-anamnesticheskie, антропометрические (окружность талии (ОТ) и индекс массы тела (ИМТ)), гемодинамические (уровень артериального давления (АД), биохимические (углеводный и липидный профиль), показатели.

Результаты. Частота встречаемости избыточной массы тела ИМТ 25-30 кг/м² отмечалась у 18 (21%) мужчин и 23 (31%) женщин. Ожирение, ИМТ >30 кг/м² выявлено у 25 (29%) мужчин и 29 (39%) женщин. При анализе нарушений углеводного обмена отмечалось наличие сахарного диабета (СД) 2 типа у 23 (26%) мужчин и у 16 (22%) женщин. Гипергликемия натощак (ГГТ) выявлена у 23 (31%) женщин и 24 (28%) мужчин. Нарушение толерантности к глюкозе регистрировалось у 14 (19%) женщин и 14 (16%) мужчин. Анализируя показатели липидного обмена отмечается повышение средних значений общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов и снижение липопротеидов высокой плотности как у мужчин, так и у женщин, что является независимым фактором развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт.

Выводы. Метаболический синдром встречается в 25-30% случаев у обследованных стационарных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. У данной категории больных значительно возрастает риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Необходим как комплексный подход к профилактике и лечению данной категории больных, так и индивидуальная работа с каждым пациентом.

**Волошина Е.Б., Дукова О.Р., Лысый И.С., Ковальчук Л.И.,
Бугерук В.В., Дычко Т.А. Афанасьева Я.С., Горбатюк А.Л.**
**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы: диагностика и верификация вида тревожных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом, а также коррекция выявленных нарушений в практике семейного врача.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте 45-57 лет с метаболическим синдромом. Из них: женщин 33 (70,2%), мужчин – 14 (29,8%). Длительность диагностированного метаболического синдрома практически не отличалась у всех пациентов.

С целью выявления тревожных расстройств, а также верификации их вида, кроме тщательного клинического осмотра и оценки неврологического статуса, использовались шкала тревоги Гамильтона, шкала самооценки уровня тревожности Спилберга и др. С целью коррекции тревожных нарушений назначали спитомин (буспирон) в индивидуально оттитрованной дозе и длительности приема препарата для каждого пациента.

Результаты. Симптомы патологической тревоги регистрировались у 39 (82,9%) обследованных пациентов из которых 31 (79,5%) составляли женщины. Структура выявленных тревожных расстройств: генерализованное случаев другие виды тревожных нарушений. В результате проведенной терапии отмечалась положительная динамика в уменьшении выраженности психологических и физических симптомов тревоги у 20,1% пациентов с генерализованным тревожным расстройством, у 9,3% при обсессивно компульсивных расстройствах, 19,7% обследованных с фобическими расстройствами, 2,4% пациентов с паническими атаками и 32,6% другими видами тревожных расстройств ($p < 0,05$).

Выводы: 1. Симптомы тревоги у больных с метаболическим синдромом должны быть выявлены на приеме у семейного врача.

2. В качестве препарата для лечения выявленных тревожных расстройств в практике семейного врача целесообразно использовать спитомин (буспирон) в индивидуально подобранной дозе.

Волошина Е.Б., Чайка А.А., Богатырева Т.В.
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель: изучить эффективность применения магнитолазеротерапии (МЛТ) на фоне комплексной реабилитации пациентов с резистентной артериальной гипертензией (РАГ) и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с диагнозом РАГ 1-3 степени и СД 2 типа. Группы распределены идентично по полу и возрасту, средний возраст пациентов - $58,6 \pm 2,4$ лет. Группы наблюдения: 1 (контрольная, $n=40$) -пациенты получавшие плацебо МЛТ, 2 (основная, $n=40$)-пациенты получавшие МЛТ на нижние конечности. Все пациенты ($n=80$) получали комплексную медицинскую реабилитацию, которая включала диетотерапию, лечебную дозированную ходьбу (30 мин. в день) и медикаментозную терапию без изменения доз в ходе наблюдения.

Результаты. В группе МЛТ АД в среднем снизилось в сравнении с исходным уровнем-с $(155,8 \pm 4,1)$ до $(144,1 \pm 4,4)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), а в контрольной группе изменения были не достоверными- $(155,8 \pm 4,1)$ и $(148,3 \pm 4,4)$ мм рт. ст. ($p > 0,5$). Целевого АД в контрольной группе было достигнуто только у $(26,6 \pm 10,1)$ % пациентов, в группе МЛТ- у $(55,0 \pm 7,8)$ % ($p < 0,05$). Отмечалось увеличение дистанции безболевого ходьбы: в группе МЛТ в среднем на $(90,3 \pm 9,2)$ м ($p < 0,05$), в контрольной группе - на $(36,7 \pm 7,1)$ м; увеличение лодышечно-плечевого индекса - с $0,74 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), в контрольной группе - с $0,75 \pm 0,04$ до $0,77 \pm 0,03$ ($p > 0,5$). В группе МЛТ улучшилась вибрационная чувствительность - с $(5,1 \pm 1,3)$ до $(11,2 \pm 1,0)$ с ($p < 0,001$), в контрольной группе- с $(5,3 \pm 0,9)$ до $(7,1 \pm 1,0)$ с ($p > 0,5$), уменьшился процент пациентов с алодинией в группе МЛТ - с $(45,0 \pm 10,8)$ до $(18,0 \pm 9,5)$ % ($p < 0,05$). Достоверных изменений углеводного обмена в обеих группах не наблюдалось: в группе МЛТ уровень глюкозы натощак изменился с $(8,9 \pm 0,6)$ до $(8,5 \pm 0,8)$ ммоль/л ($p > 0,5$), HbA1c – с $(8,4 \pm 0,2)$ до $(7,7 \pm 0,4)$ % ($p > 0,5$), в контрольной группе – с $(8,8 \pm 0,5)$ до $(8,7 \pm 0,7)$ ммоль/л ($p > 0,5$), HbA1c – с $(7,7 \pm 0,3)$ до $(7,6 \pm 0,2)$ % ($p > 0,5$).

Выводы: После комплексной реабилитации с применением МЛТ у пациентов с РАГ и СД 2 типа отмечается клиническое улучшение течения заболеваний, проявляющееся снижением АД, уменьшением проявлений

диабетической дистальной нейропатии и улучшением периферического кровообращения.

Гарифулина Л.М., Холмурадова З.Э., Ашурова М.Ж., Гойибова Н.С.
СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР
ТИЗИМИНИНГ ХОЛАТИ

Самарқанд давлат медицина институти. Самарқанд. Узбекистон.

Ишнинг мақсади. Ўрганилди абдоминал семизлиги бор болалар ва усмирларда юрак қон томир тизимидаги ўзгаришларни ва метаболик синдромни ташкил этувчиларни учраш частотасини аниқлаш.

Текширишнинг материаллари ва усуллари: текширувимиз остида абдоминал семизлик ташхиси қўйилган болалар ва метаболик синдром (МС) белгилари кузатилган 18 та бола булди. МС IDF 2007 йил мезонлари асосида ташхисланди. Бунда АС ва МС нинг асосий ташкил этувчилари 3 та болада аниқланган булса, 2 та ташкил этувчи билан 5 та болада ва МС нинг 1 та ташкил этувчиси билан 7 та бола текширилди. Барча болаларга қўйидаги текширишлар ўтказилди: ЭхоКГ доплерография билан бирга «АЛОКА 5000» (Япония) аппаратида ва 12 та стандарт уланишларда ЭКГ.

Текшириш натижалари. Шуни курсатадики ЭхоКГ да чап қоринчанинг катталашиши 42,1% болаларда кузатилган булиб, асосан диастолик диаметр катталашганлиги маълум бўлди. Ўнг қоринчанинг катталашиши 16,6% болада аниқланган булиб, бу ўзгаришлар чап қоринчанинг катталашиши билан бирга кечган. Ўнг булмача ҳеч бир болада ўзгармаган. Чап булмачанинг катталашиши 22,2% болаларда кузатилган. 27,7% ҳолатларда ўпка артериясининг кенгайиши кузатилган булиб, у хамиша ўпка артерияси регургитацияси билан бирга кечган. Барча болалардан чап қоринчанинг қонни чиқариш фракцияси 11,1% ҳолатда (4-5% мартага) камайиши кузатилган. Аорта гипоплазияси, митрал клапон хордаларининг дисфункцияси 5,5% ҳолатда аниқланди. Овал тешикнинг очиклиги 5,5% ҳолатда аниқланди, бунда қоннинг ҳаракат юналиши чапдан ўнга утиши билан кечиб, юрак ўнг булмаларида ўзгариш кузатилмаган. Митрал клапан пролапси 1 даражаси 11,1% ҳолатларда аниқланди, уч тавақали клапаннинг пролапси— 5,5% болаларда аниқланди. Барча болаларда ЭКГ маълумотларига кура юрак қон томир тизимида ҳар хил даражада ўзгаришлар кузатилди. Энг кўп учраган бузилиш сифатида синусли тахикардия 55,5% ҳолатда, брадикардия эса 22,2% ҳолатда кузатилди. Тугунли ритм турғун ритм сифатида ва зуриқишдан сунг ритм бошқарувчисининг миграцияси сифатида 22,2% ҳолатларда кузатилди.

Болаларнинг 27,7% холларда зуриқишдан кейин ўтмайдиған реполиризация холатининг бузилиши кузатилған. Бу эса миокардиодистрофиянинг 2-3 даражаларига мос келади.

Хулосалар. Шундай қилиб, МС ва АС бор болалар ва ўсмирлар юрак қон томир тизимида морфометрик ва ЭКГ ўзгаришлари хослиги аниқланади. Бундай ўзгаришлар натижасида болалар ва ўсмирларда тулик метаболик синдром ривожланмаған булса ҳам, келажакда юзага келиши мумкин бўлған юрак қон томир тизими касалликлари хавфини оширади.

Гарифулина Л.М., Усманкулова Х.М., Тураева Д.Х.
ГИПЕРУРЕКЕМИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт. Узбекистан

Цель работы: изучить показатели мочевой кислоты (МК) у детей с ожирением и АГ.

Материалы и методы: было обследовано 55 детей с ожирением, средний возраст которых составил $14,35 \pm 0,21$ года, которые были распределены в зависимости от ИМТ, ОТ и АД на следующие группы: в I группе было 17 человек (16,83%) с равномерным типом ожирения, при ОТ $80,11 \pm 1,36$, ОТ/ОБ $0,87 \pm 0,01$ см. Во II группу вошли 38 детей с АО, при этом ОТ составил $99,82 \pm 1,3$ см; ОТ/ОБ $0,92 \pm 0,009$. У 0 из них было нормальное АД (ПА группа) и у 18 детей подтвержденный диагноз АГ (II Б группа). Различия в соотношении ОТ/ОБ в I и II группах были достоверны ($P < 0,05$). Группу сравнения составили 20 детей, не имеющих ожирения, в возрасте $14,31 \pm 0,63$ лет, с ОТ $64 \pm 1,51$ см, ОТ/ОБ $0,81 \pm 0,02$ см, при этом разница в соотношении ОТ/ОБ была достоверной с I группой ($P < 0,01$) и II ($P < 0,001$).

Результаты исследования: анализ концентрации МК детей основной группы показал, что она не превышала нормы, но была достоверно выше, чем в группе контроля, и имела прямую пропорциональную связь со степенью ожирения ($r = 0,592$, $p < 0,001$) и уровнем АД ($r = 0,446$; и $r = 0,569$; $p < 0,001$). У детей с равномерным ожирением отмечалось повышение МК до $0,324 \pm 0,011$ ммоль/л; по сравнению с контрольной группой $0,180 \pm 0,013$ ммоль/л ($P < 0,01$). Однако у 3 детей (17,64%) с равномерным типом ожирения выявлена гиперурекемия (ГУ) ($0,406 \pm 0,01$ ммоль/л). ГУ в группе детей с АО достигла $\frac{1}{4}$ случаев и составила в среднем $0,369 \pm 0,012$ ммоль/л. У детей с АГ и АО уровень мочевой кислоты также оказался высоким ($0,398 \pm 0,130$) и в 55,5% случаев это было состояние ГУ ($0,413 \pm 0,03$). Кроме того, отмечено, что среди детей

основной группы более высоким уровнем МК обладали именно пациенты с АГ ($p < 0,05$), у которых, по сравнению с нормотониками, гиперурикемия встречалась значительно чаще ($p < 0,01$), и выраженность её изменялась прямо пропорционально степени ожирения ($r = 0,592$, $p < 0,05$). В целом, в основной группе гиперурикемия была диагностирована у 1/4 детей (44% - 22 детей, 26 из которых обладали АГ), в то время как у всех обследованных группы контроля концентрация МК в крови не превышала нормы.

Выводы: ожирение и АГ у детей и подростков сопровождалась повышение уровнем МК крови, которая имела прямую корреляцию с ИМТ и уровнем АД.

Дадабаева Н.У, Эгамбердиева Д.А.
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ
ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: определить роль нарушения липопротеидов низкой плотности в развитии гломерулосклероза у больных с нефротическим синдромом в I и II стадиях хронической болезни почек.

Материалы и метод: всего обследовано 27 пациентов с хронической болезнью почек с наличием нефротического синдрома в исходе хронического гломерулонефрита. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц, сопоставимых с основными группами. Клубочковую фильтрацию рассчитывали по расчетной формуле СКД-ЕРІ (2011 г). Больные были рандомизированы на две группы: со скоростью клубочковой фильтрации > 90 мл/мин и с СКФ < 90 мл/мин. У всех групп были исследованы анализы липидного спектра.

Результаты: исследование липопротеидов низкой плотности показало, что у всех больных с нефротическим синдромом наблюдается нарушение. Из всех обследованных групп, у лиц контрольной группы уровень липопротеидов низкой плотности составлял $4,0 \pm 4$ ммоль/л, у больных с СКФ выше 90 мл/мин. $6,0 \pm 5$ и со снижением СКФ ниже 90 мл/мин. $8,5 \pm 4$. Нами установлен значимый рост уровня общего холестерина в активной стадии нефротического синдрома и его связь со снижением СКФ. Эти данные согласуются с представлением о том, что дислипидемия отражает тяжесть течения процесса и риск прогрессирования ХБП.

Выводы: по данным исследования анализов липидного спектра у больных с нефротическим синдромом выявлена связь уровнем нарушения липидного обмена и снижением СКФ. Изученные показатели можно использовать в качестве потенциальных биомаркеров развития гломерулосклероза.

Даминов Б.Т., Каюмов Н.У.

**СОСТОЯНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Изучить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных хронической болезнью почек (ХБП) при наличии основных компонентов метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Анализировались данные больных с ХБП I-III стадии включительно (СКФ до 30 мл/мин). Средний возраст обследованных составил $50,3 \pm 6,4$ лет. В группу сравнения вошли лица без МС. Компоненты МС выявлялись на основании критериев Международной федерации диабета (IDF, 2005). На основании стандартного перорального теста толерантности к глюкозе с определением гликемии натощак, а также через 2 часа после приема исследуемым 75 гр. глюкозы были выявлены: гипергликемия натощак - уровень глюкозы натощак $>5,6$ ммоль/л при уровнях гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой $<7,8$ ммоль/л; гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой - уровень глюкозы $>7,8$ ммоль/л и $<11,1$ ммоль/л при нормальном уровне гликемии натощак.

При оценке АД применялась классификация АГ экспертов ВНОК РФ (2004). В группу с АГ были включены лица с уровнями САД ≥ 140 мм.рт.ст., и (или) ДАД ≥ 90 мм.рт.ст. Абдоминальное ожирение (АО) выявлялось у лиц с длиной окружности талии ≥ 94 см. За гипертриглицеридемию (ГТГ) принимались значения триглицеридов в крови $\geq 1,7$ ммоль/л.

Результаты. Установлено, что на СКФ отрицательный эффект оказывает как наличие ГТГ, так и её категория. При этом, снижение СКФ в большей степени выражено при нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой (на $24,9$ мл/мин/ $1,73$ м² меньше, чем у лиц без ГТГ). Различия между СКФ у больных с наличием и отсутствием ГТГ составляет $19,7$ мл/мин/ $1,73$ м². Аналогичный показатель для групп с наличием и отсутствием АО – $16,1$ мл/мин/ $1,73$ м². По мере увеличения степени АГ наблюдается снижение СКФ. Так при 1 степени АГ отмечается незначительное снижение СКФ до $8,9$ мл/мин/ $1,73$ м². Однако, у больных с уровнями АД выше $160/100$ мм.рт.ст. СКФ снижается до $19,3$ мл/мин, а при АГ третьей степени различия составляют $26,8$ мл/мин/ $1,73$ м².

Вывод. МС и его основные компоненты следует рассматривать в качестве факторов риска ХБП. При оценке состояния и планировании

лечебных и профилактических мероприятий в отношении ХБП, следует учитывать основные компоненты МС.

Джураева Р.И., Усербоева А.Т., Латыева.М.Ш.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D И Ca В ПИТАНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Южно-Казахстанская Медицинская Академия, Шымкент, Казахстан.

Цель работы. Изучение роли недостаточности витамина D и содержания Ca в питании больных сахарным диабетом 1 типа с остеопеническим синдромом.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные сахарным диабетом 1 типа. У этих больных проведено анкетирование с подсчетом среднесуточного потребления витамина D и содержания Ca в рационе

питания указанных пациентов, как с наличием проявлений остеопенического синдрома (I группа), так и при его отсутствии (II группа), группа здоровых (III). Диагноз остеопенического синдрома у больных сахарным диабетом 1 типа подтверждался методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (DEXA) на аппарате «Podigy» Lunar (США) на базе НИИ МЗ РК. Согласно рекомендациям ВОЗ, по T-критерию оценивают выраженность остеопении или остеопороза, т.е. в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых лиц: до – 1,0 SD – норма, от -1.0 до -2.5 как остеопения и более - 2.5 как остеопороз.

Результаты исследования. Установлено, что остеопенический синдром выявлен у 36 больных сахарным диабетом 1 типа (проявления остеопороза у 16,6% и остеопения у 36,1% пациентов). Среднее суточное потребление витамина D в рационе у больных сахарным диабетом 1 типа с остеопеническим синдромом составило $4,44 \pm 1,5$ мкг/сут, в группе больных сахарным диабетом 1 типа при отсутствии костных поражений $4,72 \pm 1,17$ мкг/сут, среди здоровых лиц - $4,79 \pm 1,15$ мкг/сут. Рекомендуемая норма витамина D в сутки соответствует 10 мкг/сут. Среднее суточное потребление кальция в рационе у больных сахарным диабетом 1 типа с остеопеническим синдромом составило $630,5 \pm 122,2$ мг/сут. В группе больных сахарным диабетом 1 типа с отсутствием костных изменений $633,7 \pm 69,8$ мг/сут, в группе здоровых - $644,7 \pm 86,2$. Между тем, рекомендуемое суточное количество кальция для лиц моложе 50 лет составляет 1000 мг/сут.

Выводы. Таким образом, у обследованных больных сахарным диабетом 1 типа с остеопеническим синдромом, и несколько менее выраженный в

группах контроля, выявлен дефицит потребления витамина D и кальция в рационе питания.

Джураева Р.И., Усербаева А.Т.
ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ РИСКОВ И
МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОЖИЛЫХ
ЖЕНЩИН С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ
Южно-Казахстанская Медицинская Академия. Шымкент, Казахстан

Цель. Установить зависимость между наличием сердечно сосудистых рисков и величиной МПК у пациенток с узловым эутиреоидным зобом.

Материал и методы исследования. Обследовали 49 женщин 62–75 лет, обратившихся в «Областной эндокринологический диспансер» с узловым эутиреоидным зобом. Уточняли анамнез жизни (курение). Выполняли антропометрические измерения. Определяли содержание тиреоидных гормонов, уровень гликемии, фракции липидов. МПК устанавливали с помощью рентгеновской двухфотонной абсорбциометрии.

Результаты исследования. У 17 пациенток с низким РСС (<15%) медиана МПК поясничного отдела составила 1,06 [0,71; 1,13] г/см² при величине медианы Т-критерия равной -1,0 [-2,10; -0,50], на уровне бедренной кости – 0,92 [0,75; 1,00] г/см² с медианой Т-критерия -0,80 [-2,10; 0,10]. При умеренном РСС (15–20%) у 15 женщин медиана МПК поясничного отдела позвоночника достигала 1,08 [0,92; 1,42] г/см² и медианой Т-критерия -1,01 [-2,10; -0,50], на уровне бедренной кости – 0,86 [0,80; 0,95] г/см² с медианой Т-критерия равной -1,0 [-1,30; -0,38]. В случаях (n=17) высокого РСС (>20%).

МПК поясничного отдела позвоночника составила 1,06 [0,97; 1,11] г/см² при медиане Т-критерия равной -1,35 [-2,10; -0,35] и на уровне бедренной кости – 0,75 [0,67; 0,95] г/см² с величиной медианы Т-критерия -2,0 [-2,50; -1,73]. Методом корреляционного анализа установили зависимость ($R_s = -0,64$ при $P = 0,001$) между величиной МПК бедренной кости и наличием РСС ($R_s = -0,64$; $P = 0,001$), а также возрастом пациентки ($R_s = -0,51$; $P = 0,01$).

Выводы. У женщин 62–75 лет с узловым эутиреоидным зобом установили ассоциированное с возрастом негативное влияние высокого сердечно сосудистого риска (>20%) на минеральную плотность бедренной кости. С учетом возраста и величины риска предложена формула для прогнозирования величины минеральной плотности бедренной кости = $1,7703 - 0,0021 \cdot \text{РСС} - 0,0127 \cdot \text{Возраст (Лет)}$ ($P = 0,0096$), что позволяет выделять группы повышенного риска возникновения переломов и индивидуализировать объем терапевтического воздействия.

Дитковская Т.П., Яценко Б.А.

**КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ
ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель. Коррекция терапии у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 72 мужчины, в возрасте от 46 до 62 лет ($48,2 \pm 5,3$ лет). Количество курящих составляло 79,2% пациентов со средним стажем курения – $10,4 \pm 5,8$ пачка/лет. Критерием отбора для исследования было наличие ХОБЛ 1-2 ст. (1ст. – 40,3%, 2 ст. – 59,7%) в сочетании с МС. Согласно методам лечения, пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты группы №1 (n=36) в качестве лечения получали стандартную медикаментозной терапии в сочетании с лечебной физкультурой (ЛФК) включающей дыхательные гимнастики (в соответствии с рекомендациями GOLD-2017). Лечение пациентов группы №2 (n=36) медикаментозное лечение. Оценка динамики лечения проводилась с помощью анализа антропометрических данных (индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ)); лабораторных показатели: (общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ)) и инструментальных: спирография и рентгенограмма грудной клетки (РГК).

Результаты. Все пациенты до начала лечения отказались от табакокурения. Средняя величина ИМТ до лечения $30,4 \pm 0,2$ кг/м². Объем талии более 102 см отмечался у 83,3% пациентов. Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей липидного и углеводного обмена у пациентов в обеих группах исследования. В группе №1 показатели липидограммы достигли нормы у 75% пациентов в то время как у пациентов группы №2 только у 44,4%. Наблюдался положительный прирост показателей спирографии у пациентов обеих групп. Группа №1 до начала средние показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) составляли $73,36 \pm 16,06$ после $88,25 \pm 6,06$; форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) $69,39 \pm 16,98$ после $81,39 \pm 11,98$; объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) $65,64 \pm 14,17$ после лечения $78,39 \pm 5,98$. Группа №2 до лечения ЖЕЛ $74,36 \pm 16,06$ после $78,25 \pm 6,06$, ФЖЕЛ $70,29 \pm 14,98$ после лечения $74,39 \pm 8,68$, ОФВ1 $64,84 \pm 9,17$ после лечения $66,39 \pm 8,68$.

Выводы. Таким образом комплексное применение медикаментозной терапии в сочетании с ЛФК включающей дыхательные гимнастики, способствует нормализации не только показателей липидного и

углеводного обмена, но также положительно влияет на данные спирометрии, тем самым значительно улучшая качество жизни пациентов.

Ермоленко Т.А., Артеменко В.В., Мних Л.В.

**НОРМАЛИЗАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА – ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИИ.**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель. Изучить динамику метаболических и гормональных параметров у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и ожирением (ОЖ) при проведении программы по модификации образа жизни.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 86 женщин в возрасте от 20 до 32 лет ($26,7 \pm 2,3$ года) с СПКЯ и ОЖ. Лечение включало редуциционную диету, дозированные аэробные физические нагрузки, метформин. Исходно и через 3 мес., 6 мес. лечения оценивали антропометрические параметры (масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность бедер (ОБ), окружность талии (ОТ), ОБ/ОТ), определяли содержание в сыворотке крови гонадотропных гормонов, гормонов яичников. Нарушение углеводного обмена диагностировали на основе индекса инсулинрезистентности –НОМА-IR.

Результаты. После трех месяцев лечения снижение массы тела составило $7,2 \pm 0,28$ кг, после 6 - $11,3 \pm 0,65$ кг ($p < 0,05$), что составило $6,7 \pm 0,34\%$ и $12,1 \pm 0,68\%$ соответственно. Клинически значимого снижения массы тела ($\geq 5\%$ от исходных значений) после 3 месяцев достигли 83,2% пациенток, после 6 месяцев - 87,8%. К концу 6 месяца терапии ОТ уменьшилась в среднем на $9,30 \pm 0,54$ см, ОБ – на $8,10 \pm 0,38$ см. Индекс ОТ/ОБ через 3 мес. стал $0,83 \pm 0,02$ ед и через 6 мес - $0,81 \pm 0,01$ ед ($p < 0,05$). Снижение показателя индекса ИР ($p < 0,05$) было выявлено у 74% пациенток. Средний показатель индекса НОМА после 6 месяцев терапии снизился на 43,0%. Наряду с коррекцией метаболических показателей терапия оказала положительный эффект на содержание гормонов в сыворотке крови: достоверное снижение ($p < 0,05$) среднего уровня лютеинизирующего гормона, нормализация индекса свободного тестостерона. Регулярные менструации после 6 месяцев терапии были у 37 % женщин. Таким образом, ограничение калорийности рациона питания, физическая активность и прием метформина приводят к снижению массы тела, ИР, восстановлению менструального цикла.

Выводы. Первым этапом лечения женщин с СПКЯ и ожирением должно быть проведение программы по модификации образа жизни, нормализации

массы тела с использованием аэробных физических нагрузок и сбалансированного низкокалорийного питания. Для оптимизации результатов нормализации углеводного обмена - применение препарата метформин.

Жулавский И.А.

КОРРЕКЦИЯ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 1-2 СТЕПЕНИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ВКЛЮЧАЮЩИХ АЭРОБНЫЕ И АНАЭРОБНЫЕ НАГРУЗКИ.

Медицинский центр спортивной реабилитации «Артромед», г. Одесса, Украина.

Цель работы. Изучить воздействие аэробных и анаэробных нагрузок с целью коррекции массы тела (МТ) и окружность талии (ОТ) у пациентов с ожирением 1-2 степени и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 94 мужчины в возрасте от 29 до 49 лет. Все пациенты имели ожирение 1-2 ст.

(1 ст. ожирения – 45,7%, 2 ст. – 54,3%). Пациенты были разделены на 3 группы: группа №1 (n=32) для коррекции индекса массы тела (ИМТ) использовались аэробные нагрузки, группа №2 (n=29) анаэробные нагрузки и группа №3 (n=33) подвергалась комбинированному воздействию: аэробных и анаэробных нагрузок. Пациенты всех групп находились под воздействием физических нагрузок средней интенсивности 50 минут 3 раза в неделю в течении 6 месяцев. Для оценки эффективности коррекции ИМТ, ОТ и метаболических изменений использовались антропометрические методы (измерение ОТ, веса, расчет ИМТ) и лабораторные (общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ), глюкозу плазмы натощак (ГПН))

Результаты. Через 6 месяцев было отмечено снижение ИМТ во всех группах (норма ИМТ – 46%, ожирение 1 ст. – 36,2%, 2 ст. – 17%). Группа №1 – снижение МТ в среднем на $2,6 \pm 0,6$ кг, ОТ - $2,0 \pm 0,3$ см; группа №2 – снижение МТ в среднем на $3,2 \pm 0,5$ кг, ОТ - $2,4 \pm 0,3$ см.; группа №3 снижение МТ в среднем на $5,1 \pm 1,0$ кг, ОТ на $-3,2 \pm 0,7$ см.

Отмечалась нормализация липидных и углеводных показателей во всех группах наблюдения. Группа №1: ОХ – $4,97 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП – $1,16 \pm 0,02$ ммоль/л, КА – $3,01 \pm 0,17$ ед., ТГ – $1,34 \pm 0,12$ ммоль/л, ГПН – $4,88 \pm 1,4$ ммоль/л. Группа №2: ОХ – $4,62 \pm 0,4$ ммоль/л, ЛПВП – $1,12 \pm 0,03$ ммоль/л, КА – $2,75 \pm 0,13$ ед., ТГ – $1,32 \pm 0,12$ ммоль/л, ГПН – $4,81 \pm 1,4$ ммоль/л. Группа

№3: ОХ – $4,66 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП – $1,9 \pm 0,06$ ммоль/л, КА – $2,55 \pm 0,11$ ед., ТГ – $1,30 \pm 0,10$ ммоль/л, ГПН – $4,63 \pm 1,1$ ммоль/л.

Выводы. Аэробные и анаэробные физические нагрузки приводят к снижению массы тела, уменьшению окружности талии и нормализации показателей липидного и углеводного обменов. При этом наиболее выраженный эффект коррекции МТ и ОТ у пациентов с ожирением наблюдается при комбинации аэробных и анаэробных физических нагрузок.

Загородняя Л.И., Ямилова Т.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы: определить частоту встречаемости АГ у больных подагрой среди населения Одесской области.

Материалы и методы. Обследовано 42 человека (случайная выборка 2017 г.). Проводилось полное клинико-лабораторное обследование для верификации диагноза подагра (Наказ МОЗ Украины от 12.10.2006г. №676). Среди 42 обследованных преобладали мужчины – 95,2% (40 чел.), женщины – 4,8% (2 чел.), в возрасте 21-66 лет (средний возраст – 38,4 лет).

Больных распределили на группы в зависимости от возраста: I группа молодого возраста (18-44) - 64,3% (27 чел.); II группа среднего возраста (45-59) – 26,2% (11чел.); III группа пожилого возраста (60 и более) – 9,5% (4 чел.).

Результаты. Дебют заболевания наблюдался в возрасте 19-51года. Длительность болезни в целом составляла 1,5–22 года. Тофусная подагра отмечалась у 42,9% (18 чел.). Среди коморбидной патологии преобладала АГ, которая наблюдалась у 20 пациентов (47,6): у 26% (7чел.) пациентов I группы, 82% (9 чел.) больных II группы и 100% (4 чел.) пациентов III группы. При этом в I и во II группах преобладала АГ первой и второй степени, а в III группе у всех пациентов наблюдалась АГ третьей степени.

Выводы: Среди болеющих подагрой в сочетании с АГ преобладают мужчины молодого и среднего возраста. При сочетании подагры с АГ практическому врачу необходимо лечить не только подагру, но и АГ, течение которой при наличии подагры у пациента может ухудшаться, особенно при поражении почек.

Закирова У.И., Курбонова М.Б.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы была разработка клинико-лабораторных показателей метаболических нарушений у детей с артериальной гипертензией (АГ) на фоне избыточной массы тела (МТ).

Материалы и методы. Обследовано 86 подростков с артериальной гипертензией: 21 детей с лабильной АГ (ЛАГ) и нормальной МТ составили I группу, 22 детей с ЛАГ и избыточной МТ –II группу, 20 детей со стабильной АГ (СтаГ) и нормальной МТ –III группу, 23 детей со СтаГ и избыточной МТ –IV группу. Обследование включало: изучение генеалогического анамнеза подростка, членов семьи и ближайших родственников 1 и 2 линии; изучение характеристики клинических проявлений и особенностей течения заболевания; антропометрию, регулярное измерение артериального давления(АД).

Результаты. Наличие избыточной массы тела и ожирения определяли по показателям индекса массы тела (индекс Кетле). Для определения характера распределения жира использовали показатель отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Клинико-лабораторные исследования включали: определение основных показателей липидного спектра крови (триглицериды (ТГ), общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)); сахар крови; иммунореактивный инсулин (ИРИ), кортизол. При анализе генеалогического анамнеза у большинства обследованных подростков установлена наследственная отягощенность по АГ, ожирению и сахарному диабету, причем у трети пациентов имелось сочетание ожирения и АГ у родственников по материнской линии. Сочетание АГ, ожирения и сахарного диабета выявлено лишь у 12 % родственников обследованных подростков. Установлено, что наследственная отягощенность по АГ по материнской линии встречалась в 52,3% случаев, по отцовской линии –у 22,2% обследованных больных, а по линии обоих родителей–у 25,5% пациентов. Абдоминальная форма ожирения у подростков сопровождается наиболее выраженными изменениями углеводного и липидного обменов. ИМТ >32 кг/м и отношение ОТ/ОБ >0,84 у девочек и 0,9 у мальчиков являются значимыми клиническими

параметрами, отражающими выраженность инсулинорезистентности и тяжесть гормонально—метаболического дисбаланса у детей и подростков с ожирением. По результатам проведенного исследования у подростков с ЛАГ и со СтаГ на фоне избыточной МТ установлено достоверное снижение в сыворотке крови уровней ЛПВП ($P<0,05$), достоверное повышение ЛПНП ($P<0,05$) и коэффициента атерогенности ($P<0,05$) при сравнении с контрольной группой и с подростками с ЛАГ и нормальной МТ ($P<0,05$). По результатам проведенного исследования гипертриглицеридемия ($>1,1$ ммоль/л) встречалась у 18 % подростков с ЛАГ и нормальной МТ, у 42 % больных ЛАГ и избыточной МТ, у 38% больных с СтаГ и нормальной МТ, у 52% пациентов с СтаГ и избыточной МТ.

Выводы. Таким образом, ожирение в подростковом возрасте способствует развитию гормонально-метаболических нарушений, характерных для МС. На это указывает высокая встречаемость основных факторов риска развития МС: у тучных подростков в 45% случаев являлись отягощенная наследственность по СД-2 у родителей и в 55% случаев — ранее начало ожирения в дошкольном возрасте, инсулинорезистентности — 52%, дислипидемии — 48%, артериальной гипертензии — 40%, нарушений углеводного обмена — 18%, так и самого МС (32%) среди подростков с избыточным весом.

**Зелинский А.А., Ермоленко Т.А., Шаповал Н.В., Шаблий Т.П., Чумак З.В.
МЕНОПАУЗА – УНИКАЛЬНЫЙ «ЖЕНСКИЙ» ФАКТОР РИСКА
РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.**

Одесский национальный медицинский университет, Украина.

Целью исследования было изучение роли гипоестрогении в развитии метаболических нарушений у женщин в климактерии.

Материалы и методы. Обследовано 97 женщин в возрасте от 53 до 59 лет, которые отметили прибавку массы тела (МТ) после менопаузы (проведено клиническое, лабораторное, инструментальное обследование). Для определения типа ожирения (ОЖ) использовали индекс отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Критерием центрального ОЖ считали индекс $ОТ/ОБ > 0,8$ либо $ОТ > 80$ см. Определяли индекс массы тела (ИМТ), индекс инсулинрезистентности –НОМА-IR. Основную группу составили 82 женщины, принимающие менопаузальную гормональную терапию (МГТ), группу сравнения - 15 женщин без МГТ по разным причинам. Пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы: А-после ги-стерэктомии, использовали трансдермальную (ТДТ) монотерапию

Е-гелем, В - естественная менопауза, принимали ТДТ Е-гелем в сочетании с непре-рывным приемом дидрогестерона 5 мг/день. Даны рекомендации по моди-фикации стиля жизни (правильное низкокалорийное питание и дозирован-ные физические нагрузки).

Результаты. У всех обследованных до менопаузы МТ была нормальной, прибавка МТ в климактерии составила от 8 до 22 кг ($15,2 \pm 2,3$). У 6% пациенток отмечен гиноидный, у 94% женщин центральный тип ОЖ, ИМТ - $32,2 \pm 1,4$ кг/м² в основной группе и ИМТ $31,5 \pm 0,8$ кг/м² - в группе сравнения. Инсулинрезистентность имела место у пациенток с центральным ОЖ. Через год лечения у 96,2% женщин, принимавших МГТ, отмечено снижение массы тела в среднем на $7,6 \pm 0,4$ кг ($P < 0,05$), ОТ - на $6,3 \pm 0,8$ см ($P < 0,05$). В группе сравнения антропометрические показатели увеличились: МТ - на $4,2 \pm 0,6$ кг ($P < 0,05$), ОТ - на $2,8 \pm 0,2$ см ($P > 0,05$). Результаты, полученные при применении комбинированной МГТ сопоставимы с положительным влиянием монотерапии Е –геля на обмен глюкозы, ИР и распределение жировой ткани у женщин в постменопаузе.

Таким образом, дефицит половых гормонов оказывает значительное влияние на МТ женщин, способствует ускорению развития неблагоприятных метаболических показателей, что является высоким риском развития сахарного диабета II типа, атеросклероза, ишемической болезни сердца.

Выводы. Гипофункция яичников является пусковым фактором и уникальным «женским» фактором риска в развитии комплекса взаимосвязанных метаболических нарушений.

**Златкина В.В.¹, Дунаевская М.М.², Котляренко Е.Г.²
РАЗЛИЧИЯ В СОСТОЯНИИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО
ОБМЕНОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ СОЧЕТАНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ.**

Харьковский национальный медицинский университет¹,
Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ², Харьков, Украина

Цель работы. Изучение гендерных особенностей пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ожирением (ОЖ) и инсулинорезистентностью (ИР).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 72 больных с ГБ. В зависимости от наличия метаболических расстройств пациенты были разделены на 2 группы. 1-я гр. - 32 пациента без метаболических расстройств. Среди них было 19 (59,4%) женщин и 13 (40,6%) мужчин. 2-я гр. - 40 пациентов с ОЖ и ИР. Среди них 17 (42,5%) женщин и 23 (57,5%) мужчин. 3-

я гр. - 16 здоровых лиц. Среди них было 10 (62,5%) женщин и 6 (37,5%) мужчин. Все исследуемые пациенты прошли измерения инсулина, глюкозы, определения индекса ИР, липидов крови.

Результаты. Установлено, изменения углеводного обмена у мужчин 2-й гр. характеризовались гипергликемией натощак до $(5,9 \pm 0,24)$ ммоль/л, высоким уровнем инсулина в плазме крови до $(18,3 \pm 3,10)$ мкЕД/мл и увеличением индекса НОМА до $(4,8 \pm 0,83)$ ед. ($p < 0,001$ во всех случаях). Аналогичные тенденции были получены при изучении липидного обмена у пациентов 2-й гр и характеризовались более значимой гиперхолестеринемией у мужчин по сравнению с женщинами – и был выше на 18,4% ($p < 0,0001$), гиперглицеридемией выше на 14,3%, незначительным увеличением ЛПВП - на 1%, увеличением содержания ЛПОНП - на 15% ($p = 0,24$) и достоверным увеличением содержания в плазме ЛПНП на 27,6% ($p = 0,0001$). Это привело к увеличению коэффициента атерогенности на 37% ($p < 0,0001$).

Выводы. Таким образом, сравнительная гендерная оценка показателей липидного и углеводного обменов при наличии ОЖ и ИР, показала, что на фоне гиперхолестеринемии у мужчин были выше показатели триглицеридов, ЛПОНП, а также гликемии натощак, уровня инсулина и индекса НОМА, что, в свою очередь, ухудшает прогноз и требует более тщательного подхода к оптимизации терапии.

Зубайдуллаева М.Т., Халмухамедов Б.Т.

ИЗУЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель: Сравнить степень выраженности климактерического синдрома (КС) у женщин в менопаузальном периоде с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования: в исследование были включены 42 женщины, средний возраст которых составил $52,8,3 \pm 4,8$ лет. Для дифференциальной диагностики тяжести климактерического синдрома использовался индекс Куппермана в модификации Е.В.Уваровой. Сумма баллов модифицированного менопаузального индекса (ММИ) составляют при легкой степени - 12-34, умеренной степени-35-58, тяжелой - более 58 баллов. Женщины были распределены на 2 группы: I – группу составили 20 пациентов с МС, II – группа-22 женщин без МС.

Результаты: Установлено, что симптомы КС присутствовали у женщин в I и II группах и составили 72,4% и 92,6% соответственно, что имеет

статистически достоверную разницу ($p < 0,05$). Легкая степень КС в I и II группах составила $56,9 \pm 2,4\%$ и $42,1 \pm 1,9\%$ соответственно, ($p < 0,05$), тяжелая более 58 баллов - $33,4\%$ и $59,7\%$ соответственно. Было выявлено, что у I группы женщин ведущими проявлениями климактерического синдрома явились психологические нарушения с вегетативными расстройствами. В II группе наблюдались усиление проявлений климактерического синдрома с преобладанием обменно-эндокринных, психо-эмоциональных расстройств, что свидетельствует об усугублении метаболических расстройств с наступлением менопаузы. Также был проведен корреляционный анализ между показателями климактерического синдрома и ИМТ, по результатам которого статистически значимая корреляция была выявлена лишь между ММИ и ИМТ ($r = 0,43$; $p < 0,05$).

Выводы. В ходе исследования определилось, что в обеих группах имели симптомы климактерического синдрома. При сравнении I и II групп выявилось, что достоверная разница была по ММИ. Также определилась прямая и средней силы корреляционная связь между ММИ и ИМТ. Таким образом, у женщин без МС ведущими проявлениями климактерического синдрома явились психологические нарушения с вегетативными расстройствами, у женщин с МС климактерический синдром проявляется с преобладанием обменно-эндокринных расстройств.

**Ибадова М.У., Каландарова У.А., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л.,
Зиямухамедова М.М., Каюмов Н.У.**
**ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель. Изучение значимости метаболического синдрома (МС) и его основных компонентов в общей смертности населения.

Материал и методы. Работа выполнена с применением методов, рекомендованных ВОЗ для популяционных исследований. Первично была обследована репрезентативная выборка из 20-69 летнего мужского населения в количестве 1546 человек. Выявлялись такие компоненты МС как нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), АГ, избыточная масса тела (ИМТ) и гиперхолестеринемия (ГХ). После этого, на протяжении 12 лет среди обследованных лиц изучались причины смертности. Причины смерти определялись на основании заключений патологоанатомических вскрытий, первичной медицинской документации и врачебных свидетельств о смерти.

Результаты. Среди лиц, страдавших на старте исследования АГ в течении периода наблюдения от различных причин умерло 27,5%. При этом, среди лиц с нормальным артериальным давлением за этот срок умерло в 2 раза меньше (14,9%). В группе лиц с НТГ количество случаев смерти оказалось достоверно выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе. Вместе с тем, в группе больных с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой смертность была достоверно выше, чем среди лиц с нарушением симпатoadреналовой фазы гликемической кривой. Наличие избыточной массы тела и показатели индекса Кетле также коррелировали с более высокими показателями общей смертности.

По мере увеличения количества изученных компонентов МС возрастал и риск общей смертности. Так среди лиц без рассматриваемых факторов риска общая смертность составила 9,83%, а при сочетании двух, трёх и четырёх компонентов МС показатель общей смертности увеличивался от 10,62% до 26,54%.

Выводы. Таким образом, в изученной популяции общая смертность мужского населения тесно связана с основными компонентами МС. Свой вклад в общую смертность вносит каждый компонент МС. Однако, наибольшее значение в общей смертности имеют АГ и НТГ.

Иваницкая Т.А., Бурмак Ю.Г., Иваницкий И.В.
**УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д И ЕГО КОРРЕЛЯЦИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ
ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МОЛОДЫХ
ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская
медицинская стоматологическая академия» Полтава, Украина.

Цель работы: нами было проведено исследование, целью которого являлось определить уровень витамина Д у пациентов молодого возраста с МС и выяснить возможные связи с показателями, характеризующими эластичность сонных артерий.

Материалы и методы. Нами было обследовано 58 пациентов (32 мужчины и 26 женщин) средним возрастом $28,6 \pm 5,22$ года с МС. Диагноз МС устанавливался на основе общепринятых критериев. У всех пациентов отмечалось нарушение толерантности к глюкозе. Всем пациентам проводилось определение уровня 25-(ОН)D в венозной крови, определение параметров эластичности сонных артерий проводилось на ультразвуковом аппарате RADMIR ULTIMA PA EXPERT.

Результаты. Среди всех обследованных нормальный уровень ($33,5 \pm 1,31$ нг/мл) нами был выявлен у 12 пациентов. У всех остальных (46 пациентов) нами было выявлено снижение уровня 25-(ОН)D до $25,18 \pm 2,28$ нг/мл. При этом у пациентов со сниженным уровнем 25-(ОН)D отмечалось повышенное значение индекса аугментации по сравнению с пациентами с нормальным уровнем 25-(ОН)D ($8,43 \pm 2,31\%$ и $0,32 \pm 3,21\%$ соответственно, $p=0,0034$), в то же время отмечалось повышенное значение индекса жёсткости (SI) с аналогичной направленностью ($8,31 \pm 1,14$ м/с и $7,13 \pm 0,98$ м/с, $p=0,039$)

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о значительной роли витамина Д в развитии атеросклеротических поражений сосудов у пациентов молодого возраста с МС и необходимости проведения его коррекции. Способность восстановления эластичности сосудистой стенки при нормализации показателей витамина Д является темой наших дальнейших исследований.

Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Луговсков Е.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В
СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им.
Святителя Луки», Луганск

Цель исследования - изучение взаимосвязей между клиническими симптомами и психологическими особенностями больных ишемической болезни сердца (ИБС) с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

Материалы и методы. Обследовано 97 больных ИБС с МС в сочетании с ХНХ и ПТСР (мужчин - 30,5%; женщин - 69,5%), средний возраст - $42,5 \pm 4,5$ лет. Для изучения взаимосвязей между клиническими симптомами и психологическими особенностями больных проведен корреляционный анализ с использованием ранговой корреляции Кендалла.

Результаты. Для частоты приступов стенокардии была характерна положительная корреляция ($p < 0,05$) с частотой и интенсивностью абдоминальной боли (0,32 и 0,14 соответственно), тяжестью

клинического течения ($p < 0,05$; 0,17 баллов), также определена очень слабая положительная связь результатов тестирования больных по шкалам личностной (0,17) и реактивной (+0,16) тревожности. Частота абдоминальной боли слабо и очень слабо коррелировала ($p < 0,05$) с метеоризмом (+0,24), интенсивностью боли (+0,18), дискомфортом (-0,13) и психологическим типом отношения к болезни (+0,18). С диспептическим синдромом коррелировали уровень де-прессии (0,18), степень личностной (+0,24) и реактивной (+0,27) тревожно-сти, тип отношения к болезни (0,15). Интенсивность абдоминальной боли имела положительные корреляции ($p < 0,05$) с интенсивностью проявлений дискомфорта (+0,19), метеоризма (+0,37) и нарушениями стула (0,22) и двумя показателями, характеризующими тяжесть заболевания (+0,58 и +0,57). Кроме того, с интенсивностью абдоминальной боли ассоциировались ($p < 0,05$) тип отношения к болезни (0,16), количество баллов по шкале депрессии Зунга (+0,35), личностной (+0,26) и реактивной (+ 0,22) тревожности.

Вывод. Таким образом, выявлен ряд корреляционных связей проявлений ПТСР и клинического течения сочетанной патологии.

**Игнатъев А.М., Турчин Н.И., Добровольская Е.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИИ
МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ.**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина;
Городская клиническая больница № 11, Одесса, Украина.

Цель. Изучить эффективность таргетной терапии при нарушении метаболизма костной ткани в постменопаузе.

Материалы и методы. Лечение деносумабом проведено 87 женщинам в возрасте от 48 до 58 лет ($54,6 \pm 4,4$ лет) в постменопаузе (ПМ) ($5,0 \pm 2,8$ лет). Пациентки были разделены на 2 группы: 1-ю (основную) группу составили 52 пациентки с остеопорозом (ОП), во 2-ю (контрольную) - вошли 35 женщин с нормальными значениями минеральной плотности костной ткани (МПКТ). В первой группе были выделены 2 подгруппы: 1а - 32 пациентки получали деносумаб 60 мг, 1б (сравнения) вошли 20 женщин, которые по субъективным и объективным причинам не получали лечение. Исследование МПКТ проводили с помощью ультразвуковой денситометрии (AOS-100NW, Aloka (Япония), Снижение МПКТ - следствие длительно существующего нарушения костного метаболизма, оценить состояние которого в момент обследования, позволяют маркеры костного ремоделирования, в частности, биомаркер (БМ) резорбции КТ- В-CrossLaps

– СТх, продукт деградации коллагена 1-го типа) на автоматическом анализаторе «Элексис».

Результаты. Исходно СТх был $0,85 \pm 0,04$ нг/мл в 1а подгруппе и $0,86 \pm 0,03$ нг/мл в 1б подгруппе. На фоне проводимой терапии уже через 3 месяца от начала лечения было снижение СТх ($0,61 \pm 0,02$ нг/мл, ($p < 0,01$) на 32%, в 1б подгруппе через 3 месяца СТх был $0,88 \pm 0,04$ нг/мл. Выявлена прямая зависимость между СТх и степенью прироста МПКТ ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Полученные данные через 6 и 12 месяцев демонстрируют прирост МПКТ – Stiff. Index вырос на 3,6% ($p < 0,05$) и 8,7% ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы. Деносумаб оказывает выраженное антирезорбтивное действие на костное ремоделирование у женщин с ОП в ПМ. БМ костной резорбции (СТх) является чувствительным тестом для ранней оценки (через 3 мес) эффективности терапии, когда другие методы еще неинформативны.

Игнатъев А.М., Прутян Т.Л.

**УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ, РАБОТАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы – изучить уровень витамина D у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением (ОЖ), работающих в неблагоприятных условиях производства.

Материалы и методы. Обследовано 170 женщин в возрасте от 48 до 65 лет ($56,58 \pm 3,33$ года) в постменопаузе (ПМ) – $7,24 \pm 3,22$ года. Женщины разделены на 3 группы: I (основную) группу составили 80 женщин с АГ II стадии, 1 степени и ОЖ I стадии, работающих под воздействием неблагоприятных факторов производства (НФП), II (сравнения) – 60 женщин с АГ II стадии, 1 степени и ОЖ I стадии, которые не работают в условиях НФП, III (контроля) – 30 практически здоровых женщин. Группы были сопоставимы по возрасту и длительности менопаузы. Клиническое обследование включало измерение артериального давления (АД), роста, массы тела, расчета индекса массы тела (ИМТ), лабораторное исследование – определение 25-гидроксивитамина D (25(OH)D). При оценке статуса витамина D, дефицит (ДВД) диагностировали при уровне 25(OH)D ниже 20 нг/мл, недостаточность (НВД) – 20 – 30 нг/мл и оптимальный уровень (ОВД) – более 30 нг/мл.

Результаты. Уровень 25(OH)D у 73 (91,21%) женщин I группы составил $14,23 \pm 1,63$ нг/мл, что соответствовало ДВД, у 6 (7,5%) уровень 25(OH)D

был – $23,1 \pm 1,24$ нг/мл (HBD) и у 1 (1,25%) работницы был отмечен OBD (уровень 25(OH)D – $30,1$ нг/мл). В группе сравнения у 52 (86,7%) женщин с ДВД уровень 25(OH)D был – $16,83 \pm 1,4$ нг/мл, у 6 (10%) – уровень 25(OH)D соответствовал HBD – $26,31 \pm 1,04$ нг/мл, у 2 (3,3%) женщин - OBD (уровень 25(OH)D составил $34,4$ нг/мл и $31,1$ нг/мл). У 7 (23,3%) женщин группы контроля был ДВД (уровень 25(OH)D – $18,21 \pm 0,94$ нг/мл), 10 (33,3%) женщин имели HBD (уровень 25(OH)D – $28,8 \pm 1,21$ нг/мл) и у 13 (43,3%) женщин имели OBD (уровень 25(OH)D – $37,2 \pm 3,91$ нг/мл). Корреляционный анализ показал наличие отрицательной связи между ИМТ и уровнем 25(OH)D ($r = -0,71$; $p < 0,01$). Таким образом, при ОЖ имеет место дефицит и недостаточность витамина D (25(OH)D), однако, более низкие показатели уровня 25(OH)D ($p < 0,05$) были у женщин I группы, работающих в условиях НФП.

Выводы. У женщин с метаболическим синдромом, работающих в условиях НФП, выявлены дефицит и недостаточность витамина D (25(OH)D).

Ильченко И.А., Немцова В.Д.

УРОВЕНЬ АДИПОКИНОВ, МАССА ТЕЛА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: Установить взаимосвязь между уровнем адипокинов (лептина (Л) и высокомолекулярного адипонектина (ВМАН)), массой тела (МТ) и вероятностью развития фибрилляции предсердий (ФП) в общей популяции.

Материал и методы. Методом случайной выборки было обследовано 172 пациента (из них 80 женщин – 46,5%) в возрасте от 37 до 56 лет. Метаболически здоровые пациенты (фенотип МНО (Metabolically Healthy Obesity)) определялись согласно критериям Wildman: систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление < 130 и < 85 мм рт ст соответственно и отсутствие антигипертензивной терапии; триглицериды (ТГ) $< 1,70$ ммоль/л; липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) $< 1,04$ (мужчины), $< 1,30$ (женщины) ммоль/л и отсутствие гиполипидемической терапии; гликемия $< 5,55$ ммоль/л и отсутствие гипогликемической терапии; С-реактивный протеин (СРП) $< 4,72$ мг/л; инсулинорезистентность – индекс НОМА-IR $< 4,81$. Уровень Л и ВМАН определяли методом иммуноферментного анализа (DRG, США).

Результаты: Ожирение (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м²) выявлено у 38 (22,1%) участников – 1 группа, ИМТ 25-29,9 кг/м² - у 49 (28,5%) пациентов – 2 группа; ИМТ 20-24,9 кг/м² - у 52 (30,2%) пациентов –

3 группа; ИМТ < 19,9 кг/м² - у 33 (19,2%) пациентов – 4 группа. Данные для оценки фенотипа МНО были доступны у 39 обследованных. Согласно критериям Wildman МНО фенотип выявлен у 7 (17,9%) человек, что сопоставимо с данными мировых популяционных исследований. За время наблюдения (3,8±1,2 года) у 23 участников (13,4%) отмечалась ФП. Уровень ВМАН был значимо выше у пациентов МНО, по сравнению с метаболически нездоровыми пациентами с абдоминальным ожирением (АО): 11,32 мкг/мл vs 7,87 мкг/мл (p<0,01). Уровень Л существенно не отличался у пациентов всех групп. Уровень ВМАН был достоверно снижен у пациентов 1 и 4 групп по сравнению с 2 и 3 группами. При регрессионном анализе установлена зависимость развития ФП от ВМАН у пациентов 1 и 4 групп ($\beta=-0,24$, p=0,003 и $\beta=-0,26$, p=0,002 соответственно).

Выводы: Вероятность развития ФП повышается при АО и дефиците массы тела, что сопровождается изменением уровня ВМАН. У пациентов МНО вероятность развития ФП идентична с лицами, имеющими нормальную МТ. Возможно, повышение уровня ВМАН оказывает протективное влияние у пациентов с АО и предотвращает развитие метаболических нарушений.

Ильченко И.А., Немцова В.Д.

**ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить влияние повышенной массы тела и ожирения на изменение вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: Обследовано 79 пациентов (из них 45 мужчин), средний возраст 46,3±5,2 года без сахарного диабета (СД) и ИБС. Проводили велоэргометрию, суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ, система РИТМ (Украина)) эхокардиографию (ЭхоКГ, Toshiba – SSH – 60 А (Япония)) по стандартной методике в М и В режимах. Для определения степени общего (равномерного) ожирения (ОО) измеряли антропометрические параметры: объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ для оценки распределения жира в организме. Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по формуле Кетле: ИМТ = масса тела (кг) / рост(м)²; Уровень гликемии натощак измерялся анализатором «Humalyzer 2000» (Германия). ВСР

оценивали по ритмограмме (РГ) в течение 5 минут записи. Изучали изменение параметров СМЭКГ и РГ в зависимости от уровня гликемии и ИМТ. Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica, 7.0.

Результаты. У 38 пациентов (48,1%) было установлено ОО: I степень у 25 пациентов (65,8%) – 1 группа, II степень - у 13 пациентов (34,2%) - 2 группа (ИМТ соответственно: $32,09 \pm 1,10$ кг/м² и $36,28 \pm 1,12$ кг/м²). У 41 пациента (51,9%) была выявлена повышенная масса тела (ИМТ $27,23 \pm 2,18$ кг/м²) - 3 группа. У пациентов 2 группы уровень гликемии был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациентов 1 и 3 групп (соответственно 1, 2 и 3 группы: $5,1 \pm 0,05$; $5,9 \pm 0,06$; $4,9 \pm 0,06$ ммоль/л). При изучении параметров ВСР выявлено снижение средней длительности интервалов R–R, которое было наихудшим у пациентов 2 группы (соответственно 1, 2 и 3 группы: $927,8 \pm 83,5$ мс; $869,9 \pm 49,6$ мс; $993,6 \pm 78,4$ мс) и снижение мощности в диапазоне высоких частот (HF) (соответственно 1, 2 и 3 группы: $352,4 \pm 72,2$ мс²; $207,3 \pm 65,4$ мс²; $473,8 \pm 85,3$ мс²). Снижение HF отражает вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатического влияния и ускорением частоты сердечных сокращений, которое усугубляется с повышением массы тела. У пациентов 2 группы также была выявлена отрицательная корреляция между показателями гликемии и HF ($r = -0,44$; $p < 0,05$).

Выводы: Повышение массы тела даже при отсутствии ИБС и СД сопровождается усилением вегетативного дисбаланса и прогрессивным ухудшением параметров ВСР.

**Исаева А.С., Резник Л.А., Вовченко М.Н., Буряковская А.А.
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
У УКРАИНСКИХ ВРАЧЕЙ**

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМНУ»,
г. Харьков, Украина

Цель – изучить распространенность поведенческих факторов сердечно-сосудистого риска среди украинских врачей.

Материалы и методы. Обследование объединило 51 врача 4 различных специальностей: терапевты – 16 (31,4%), кардиологи - 14 (27,5%), гастроэнтерологи - 12 (23,5%) и пульмонологи - 9 (17,6%). Из них женщин было 27 (53%), мужчин - 24 (47%). Медиана возраста включенных в исследование составила $48,0[32,5 \div 55,0]$ лет. Физическую активность оценивали по количеству пройденных за сутки шагов с помощью шагомера OMRON Walking style III. Пищевые привычки врачей изучали с помощью самостоя-

тельно разработанного опросника. Нарушения сна оценивали при помощи шкалы американской академии медицины сна (2014 год).

Результати. Среди обследованных 4 человека (7,8%) курят в настоящее время и 5 человек (9,8%) курили в прошлом (более 5 лет назад). Результаты подсчета количества пройденных за сутки шагов свидетельствуют о недостаточной физической активности большинства из участников исследования - медиана пройденных за сутки шагов составила 8007[5742÷10430]. Регулярными физическими тренировками занимались только 11 участников исследования (22,2%). При оценке пищевого поведения выявлены нездоровые пищевые привычки среди опрошенных врачей. Так, 12 человек (24%) употребляли более 5 г поваренной соли в сутки, 16 врачей (31%) не исключали трансжиры из рациона и 29 (57%) респондентов употребляли сладкие газированные напитки чаще 3 раз в неделю. Качество сна у опрошенных врачей было достаточно низким. Среди различных видов диссомний преобладали прерывистый сон (37%) и склонность к ранним пробуждениям (33%). Вследствие указанных нарушений сна 49% врачей отмечали дневную сонливость, 47% - нарушения внимания, концентрации и памяти, 41% - эмоциональную лабильность, 39% - склонность к ошибкам, и 31% - уменьшение энергичности и инициативности.

Выводы. Проведенное нами исследование продемонстрировало низкий уровень физической активности у украинских врачей. В то же время распространенность нездоровых пищевых привычек была достаточно высокой, несмотря на то, что абсолютное количество опрошенных врачей были информированы об их негативном влиянии на показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. При оценке качества сна у значительной части обследованных были выявлены различные виды нарушений сна и ассоциированные с ними дневные симптомы.

Искандарова Г.Т., Юсупова Д.Ю.

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА МЕХАНИКОВ – ВОДИТЕЛЕЙ ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ДЕФОЛИАЦИИ ДЕФОЛЕАНТАМИ «УЗДЕФ-К»
И «ФАНФЕФ-АЪЛО»**

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы. Научное обоснование изменений показателей центральной нервной системы организма механиков-водителей при

проведении дефолиации отечественными дефолеантами «УЗДЕФ-К» и «Фандеф-абло».

Материалы и методы. Научные исследования проводились согласно методологии «Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды». При проведении исследований использованы токсикологические, гигиенические, химические, биохимические, статистические методы исследований. Токсичность пестицидных препаратов определялась в соответствии с СанПиН РУз № 0321-15 «Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности».

Результаты. Исследованиями установлено, что в начале работы скорость простой зрительно-моторной (ЗМР) реакции у механиков-водителей была в среднем равна $354,9 \pm 7,5$ мсек, к концу работы время реакции достоверно ($p < 0,001$) возрастает до $430,9 \pm 5,7$ мсек, что указывает на замедление протекания нервных процессов в центральной нервной системе на световой сигнал. Материалы показывают также, что время реакции на световой сигнал, следовавший за дифференцировкой (последовательная ЗМР) увеличивается в начале работы в сравнении с простой ЗМР в среднем на 11,9 мсек, а в конце рабочего дня на 23,1 мсек, что видимо, связано с развитием последовательного торможения и является проявлением утомления. Количество ошибок на дифференцировку достоверно не менялось.

Скорость простой слухо-моторной реакции (СМР) в начале рабочего дня была в среднем равна $390,0 \pm 7,5$ мсек, в динамике рабочего дня этот показатель достоверно ($p < 0,001$) увеличивался и к концу работы был в среднем равен $465,6 \pm 5,7$ мсек. Время последовательной СМР достоверно ($p < 0,001$) возрастало в динамике работы с $407,6 \pm 9,7$ до $502,2 \pm 9,7$ мсек. Показатель последовательной СМР в начале работы был выше простой СМР на 17,6 мсек, а в конце работы на 36,6 мсек, что свидетельствует о более выраженном последовательном торможении к концу работы. Кроме того наблюдается тенденция к возрастанию ошибок на дифференцировочный раздражитель.

Снижение силы кистей рук сопровождалось достоверным усилением тремора пальцев рук. Число касаний при выполнении задания на тремометре увеличивалось достоверно ($p < 0,001$) в динамике смены с $13,2 \pm 0,5$ в начале работы, до $15,9 \pm 0,5$ к обеденному перерыву и к концу рабочей смены до $19,7 \pm 0,6$.

Время выполнения задания на тренометре также достоверно ($p < 0,001$) увеличивалось с $12,8 \pm 0,4$ до $18,4 \pm 0,5$ сек. Такая реакция свидетельствует о снижении устойчивости координационной функции, что возможно обусловлено нарушением нормального соотношения основных нервных процессов на различных уровнях ЦНС, в частности двигательного анализатора, в результате развивающегося утомления.

Выводы. Следовательно, условия труда и характер трудовых процессов у механиков-водителей при проведении дефолиации дефолиантами «УЗДЕФ-К» и «Фандеф-Аэло» вызывают определённые изменения в функциональном состоянии центральной нервной системы, которые проявляются в снижении скорости сенсомоторных реакций, т.е. в развитии тормозных процессов в ЦНС, в тенденции к увеличению ошибочных реакций на дифференцировочный раздражитель и в развитии последовательного торможения, причём неблагоприятные сдвиги показателей более выражены по СМР, что видимо, связано с доминирующим влиянием шумового производственного фактора.

Каримова Н.А. Норшодиева Р.У.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: Изучить особенности течения хронических гастродуоденитов у детей больных с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 70 детей (40 мальчиков, 30 девочек) больных сахарным диабетом 1 типа. Обследование и лечение больных проводилось в эндокринологическом отделении. Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки осуществлялось гастродуоденоскопом фирма «Pentax EG-27/10 и EG-1610 K» утром натощак, до плановых инъекций инсулина. В зависимости от длительности заболевания и наличия поздних осложнений диабета все дети были разделены на 3 группы: 1 группа - 18 детей, (от 1 месяца до года); 2 группа - 22 детей, (от 1 года до 5 лет); 3 группа - 30 детей (от 5 до 15 лет).

Результаты. По данным эндоскопического исследования в первой группе у 14 (77,7%), больных установлен гастродуоденит из них воспаление фундального отдела желудка отмечались у 10 детей (71,4%), антрального отдела желудка у 4 детей (28,5%). Гастроэзофагеальный и дуодено-гастральный рефлюксы отмечались у 4 больных (22,2%). Во второй

группе гастродуоденит выявлен у 12 детей (54,5%), который проявлялся изменением фундального отдела желудка у 4 детей (33,3%), антрального отдела у 8 детей (66,6 %), эритематозные формы у 4 детей (18,1%) , гиперпластические формы у 5 детей (22,7%) , у одного эрозивный (4,5%) В третьей группе из 30 больных атрофические формы гастритов выявлены у 22 больных (73,3%), из них у 8 детей (26,7%) гастроэзофагеальный и дуодено-гастральный рефлюкс.

Выводы. Таким образом для выявления патологии желудка и 12-ти перстной кишки необходимо ЭФГДС так как бессимптомное течение наблюдалось у всех больных СД 1 типа. Атрофические формы встречались у больных СД 1 типа с длительностью 5 лет и более. Своевременная диагностика и лечение - профилактика тяжелых осложнений СДута в первой группе этот показатель составляет 81,2%, в то время как в третьей группе 100%.

Поверхностные (эритематозные) фундальные и антральные гастриты отмечаются у детей в первый год заболевания сахарным диабетом.

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У., Алимов С.С., Нарзикулова С.П., Самандаров А.Р., Саипова Г.А.

ОПРОСНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучить возможность применения опросного метода диагностики для выявления нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) в качестве скринирующего теста в профилактических осмотрах населения.

Материал и методы. В ходе эпидемиологического научного исследования обследована репрезентативная выборка из неорганизованного населения города Ташкента в возрасте от 20 до 70 лет общей численностью 1814 человек. Исследование было выполнено с применением методов, рекомендованных ВОЗ для популяционных исследований. Состояние гликемии изучалась по стандартной методике путем проведения теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема исследуемым 75 гр. глюкозы. При этом, независимо от показателей ТТГ, проводился опрос по выявлению различных симптомов, характерных для сахарного диабета: ощущение сухости во рту и жажды, количество потребляемой жидкости, наличие парестезии, ухудшение зрения. Наряду с наличием, учитывались также

особенности отдельных симптомов. Результаты опроса сопоставлялись с показателями ТТГ.

Результаты. Согласно полученным данным, при НТГ имеют место такие симптомы как сухость во рту (45,3%), жажда (43,97%), повышенное потребление жидкости (55,8%), ощущение зуда кожи (22,5%). Среди лиц с НТГ выявлены различные ощущения, характерные для ангиопатий: жжение подошв (37,1%), онемение кончиков пальцев ног (29,6%), чувство ползания мурашиков по телу (29,0), ухудшение зрения не поддающееся или плохо поддающееся коррекции оптическими линзами (53,4%).

На основании данных исследования был разработан и апробирован опросный метод выявления НТГ.

Выводы. С помощью разработанного опросника представляется возможным в течении нескольких минут выделить группу риска в отношении НТГ. Среди лиц с положительным вариантом опроса следует провести ТТГ, что позволит уточнить диагноз (отделить явный диабет от НТГ, а также исключить из этой группы лиц, у которых опрос оказался положительным в силу каких либо других причин не связанных с гипергликемией).

Кдырбаева Ф.Р.

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель. Целью нашего исследования явилось изучение распространенности факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 48 больных СД 2 типа, проходивших лечение в дневном стационаре поликлиники.

Результаты. Установлено что средний возраст больных составил $65,2 \pm 2,3$ года. Среди больных преобладали женщины (36 человека – 75%), мужчин было 12 человек (25%). Длительность заболевания ИБС составила в сред-нем 12 лет. Стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) выявлялась у 55,9% больных, III ФК – у 39,7% и IV ФК – у 4,4% больных соответственно. В 83,8% случаев (39 больных) имела место гипертоническая болезнь. 65 % больных имели избыточную массу тела (ИМТ более 25 кг/м²), при этом средний показатель ИМТ составил $28,3 \pm 4,4$ кг/м². Ожирением страдали 2,9% мужчин и 5,9% женщин (ИМТ более 30 кг/м²). Курильщиками являлись 6 больных (12%). Проанализированы также

показатели углеводного баланса, при этом только у 23 (48%) пациентов была зафиксирована нормогликемия натощак, а у 25(52%) больных регистрировалась гипергликемия более 7,8 ммоль/л. Содержание общего холестерина более 5 ммоль/л имели 67,6% больных, при этом средний уровень холестерина сыворотки крови составил $5,5 \pm 1,1$ ммоль/л. Анализ электрокардиограмм показал, что ишемия миокарда выявлялась только у 6 больных СД (8,8%).

Выводы. Таким образом, данное исследование позволило выявить значительную распространенность факторов риска ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа, что определяет очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений в прогнозе заболевания.

Кенджаев П.П., Рустамова М.С., Раджабова Д.А.
ОЖИРЕНИЕ – ГЛАВНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали иб-ни Сино. Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Изучение частоты гестационного сахарного диабета (ГСД) в популяции беременных женщин с наличием факторов риска с последующим проведением перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) для выявления гестационного диабета.

Материал и методы. Под наблюдением находились 63 женщин в возрасте от 20 до 39 лет. Всем женщинам проводилось измерение антропометрических показателей. В группу обследованных вошли женщины, имеющие факторы риска ГСД: ожирение ИМТ более 24кг/м²; сахарный диабет в семейном анамнезе; рождение детей массой тела более 4 кг; отягощенный акушерский анамнез; быстрая прибавка массы тела во время данной беременности. Группа женщин с ожирением были разделены на три группы со-ответственно степени ожирения: 1-я группа ИМТ более 24 до 29,9 кг/м²; 2-я группа ИМТ от 30 до 39,9 кг/м²; и 3-я группа ИМТ более 40 кг/м². Всем женщинам, обследованным в ГЭЦ, определялся уровень гликемии вне зависимости от срока беременности, если уровень превышал 5,1 ммоль/л, то в срок 24 -31 недели проводился ПГТТ с 75 граммами глюкозы на 250 мл дистиллированной воды. При уровне глюкозы в плазме крови более 5,1ммоль/л натощак, а через 1 час после нагрузки - более 10,0ммоль/л, и через 2 часа - более 8,5 ммоль/л диагностировался ГСД.

Результаты исследования. Установлено, что среди обследованных лиц с факторами риска ГСД нарушенная толерантность к глюкозе выявлена у 4 женщин с наличием избыточного веса и ожирением. В остальных наблюдениях лишь в 4 случаях отмечалось нарушение толерантности к глюкозе по сомнительному типу. Обследованные беременные с избыточным весом и ожирением как отмечено выше, составили: 1-я группа-26 женщин, 2-я группа - 31 женщины, а 3-я группа- 6 женщины. В процессе обследования у 10 женщин 1-й группы отмечалось повышение тощачковой гликемии более 4.7ммоль/л, при проведении ПГТТ на 24 недели беременности не было выявлено нарушения гликемии натощак. Во 2-й группе у 11 отмечалось повышение тощачковой гликемии, более 5,1 ммоль/л при проведении ПГТТ выявлено в 1 случае ГСД. В 3-ей группе у всех 6 обследованных женщин был диагностирован ГСД.

Выводы. Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют, что ожирение является наиболее вероятным фактором риска развития ГСД среди беременных.

Китъян С.А.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.**

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Цель исследования: провести сравнение эффективности комбинированных антигипертензивных препаратов с использованием стандартных.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 42 пациента, в возрасте 50-68 лет, с артериальной гипертонией (АГ) II стадии, 2–3 степеней. Средняя длительность АГ составляла $8,3 \pm 2,4$ мм.рт.ст. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составлял $152,2 \pm 7,4$ мм.рт.ст. и диастолического $100,4 \pm 5,6$ мм.рт.ст. Все пациенты были обследованы в соответствии со стандартами обследования по АГ. Пациенты были распределены на 2 группы. Пациентам 1 группы назначался комбинированный антигипертензивный препарат Амлесса в дозировках 4+5 мг, препарат назначался единожды в утренние часы. Пациентам 2 группы было назначено лечение состоящее из рамиприла 5 мг утром и амлодипина 5 мг вечером, пациентам обеих групп - осуществляли измерение артериального давления через каждые 2 часа.

Результаты: В обеих группах отмечалось снижение артериального давления (АД) на $5,4 \pm 3,5$ мм.рт.ст, но при этом во второй группе отмечался более положительный эффект проявляющийся более стабильным снижением АД в вечерние часы, и менее частым подъёмом в утренние.

Выводы: Проведённое исследование показало, что хотя комбинированный препарат и удобен для пациента, стандартная терапия имеет некоторые преимущества по стабилизации АД, по сравнению с ним.

**Коваль С.Н., Юшко К.А., Старченко Т.Г., Снегурская И.А.
ВЗАМОСВЯЗЬ АНГИОТЕНЗИНА-(1-7) СО СТРУКТУРНО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г.Харков, Украина

Цель работы: оценить уровни ангиотензина-(1-7) в крови у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа и изучить их взаимосвязи со структурно-функциональными параметрами левого желудочка (ЛЖ) сердца и диастолической дисфункцией ЛЖ.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных ГБ II стадии, 2-3 степени с СД 2 типа (34 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 40 до 70 лет. Комплекс обследования включал общеклинические методы, эхокардиографию с определением конечного диастолического размера (КДР) ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ, массы миокарда ЛЖ (ММЛШ) и индекса ММЛШ (ИММЛЖ). Диастолическая функция ЛЖ оценивалась доплерографически по показателям трансмитрального кровотока. Контрольную группу составили 16 здоровых лиц. Уровни ангиотензина-(1-7) определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Уровни ангиотензина-(1-7) у больных ГБ с СД 2 типа были достоверно ниже, чем в группе контроля - $105,51(89,13;121,17)$ нг/л против $128,77(120,02;276,49)$ нг/л, $p < 0,05$. Корреляционный анализ выявил достоверные отрицательные связи уровней ангиотензина-(1-7) с КДР ЛЖ ($r = -0,37$, $p < 0,01$), ММЛШ ($r = -0,40$, $p < 0,001$) и ИММЛЖ ($r = -0,41$, $p < 0,001$). Среди обследованных больных концентрическое ремоделирование ЛЖ определялось у 10 человек (14,3%), концентрическая гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) у 35 человек (50%), эксцентричная ГЛЖ у 25 человек (35,7%). У больных с концентрической ГЛЖ и эксцентрической ГЛЖ уровни ангио-

тензина-(1-7) были достоверно ниже, чем у пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ - 107,5(88,2;119,6) нг/л и 101,4(84,2;111,8) нг/л против 129,3(117,5;136,8) нг/л ($p<0,01$ и $p<0,01$ соответственно), но не отличались между собой ($p>0,05$). Среди обследованных пациентов диастолическая дисфункция ЛЖ определялась у 49 человек (70%). Уровни ангиотензина-(1-7) у пациентов с диастолической дисфункцией ЛЖ были достоверно ниже, чем у пациентов с нормальной диастолической функцией - 101,1(87,9;116,6) нг/л против 121,1(105,5;128,9) нг/л, $p<0,01$.

Выводы. Исследование показало, что ангиотензин-(1-7) может играть важную патогенетическую роль в развитии патологического ремоделирования и диастолической дисфункции ЛЖ у больных ГБ с СД 2 типа.

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Божко В.В., Юшко К.А., Пенькова М.Ю.
СУБКЛИНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У
БОЛЬНЫХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С
АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г.Харьков

Цель. Изучить состояние углеводного обмена у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с абдоминальным ожирением (АО) в зависимости от наличия или отсутствия гипертензивного сердца.

Материалы и методы. Обследовано 52 больных ГБ в сочетании с АО, из числа которых у 30 не было выявлено гипертрофии миокарда левого желудочка. У всех пациентов (с и без гипертензивного сердца) исследовали показатели углеводного обмена. Глюкозу крови определяли фотометрическим методом.

Результаты. Установлено, что больные ГБ с АО и без поражения сердца отличались от таковых, но с гипертензивным сердцем более молодым возрастом – (49,00 (42,00; 55,00) лет против (53,85 (48,00; 55,00) лет, $p<0,05$. Более длительный гипертензивный анамнез (длительность артериальной гипертензии более 10 лет) наблюдался у 22 больных (42%) с ГБ, АО и гипертензивным сердцем и лишь у 6 больных (20 %), страдающих ГБ с АО и не имеющих гипертензивного сердца. При изучении углеводного обмена отмечались более выраженные изменения его в случае наличия гипертензивного сердца. Выявлено, что в группе больных ГБ с АО и гипертензивным сердцем наблюдались негативные изменения в показателях углеводного обмена в виде достоверного повышения уровня

глюкозы натощак до (5,81 (5,18;6,19) ммоль/л против (4,84 (4,60;5,40) ммоль/л ($p<0,05$), до и после проведения перорального глюкозотолерантного теста – (7,86 (5,70;10,10) ммоль/л против (5,00 (3,85; 5,76), соответственно ($p<0,05$). Так, при ГБ с АО и гипертензивным сердцем у 32% больных регистрировалось нарушение углеводного обмена (гипергликемия натощак или нарушение толерантности к глюкозе). В тоже время у больных ГБ с АО без гипертензивного сердца такие нарушения были выявлены лишь у 12% случаев ($p<0,01$).

Заключение. Таким образом, больные ГБ с АО и гипертензивным сердцем характеризуются значимо более длительным гипертензивным анамнезом, частым нарушением углеводного обмена (гипергликемия натощак или нарушение толерантности к глюкозе), что свидетельствует о значении артериальной гипертензии и метаболических нарушений в формировании гипертензионного сердца у больных ГБ, протекающей на фоне АО.

**Кононова О.Н., Коротаев А.В., Зотова О.В., Евдочкова Т.И.,
Навменова Я.Л.**

**АНАЛИЗ ДАННЫХ УЗИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У
БЕРЕМЕННЫХ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА**

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь
РНПЦ РМ и ЭЧ, Гомель, Беларусь
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: Оценить данные УЗИ печени и желчного пузыря у беременных с компонентами метаболического синдрома (МС) в I триместре беременности.

Материалы и методы. Обследованы 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26;35)). Все обследованные разделены на 3 группы: 1-я группа – 55 (38 %) женщин с МС (3 и более компонентов МС) (ГрМС); 2-я группа – 57 (40 %) участниц отнесены в группу риска (наличие 1-2 компонентов МС) – (ГрРМС); группа контроля (ГрК) – 31 (22 %) женщина. Для верификации диагноза желчекаменной болезни (ЖКБ), стеатоза печени и оценки функционального состояния печени использовали биохимические и инструментальные методы исследований. Данные обработаны статистически с использованием пакета StatSoft Statistica 6,0.

Результаты. В результате исследований выявлено определенное количество пациенток в группах сравнения с признаками жирового гепатоза и

ЖКБ. Все случаи ЖКБ ($n=27$; 48,3%) и стеатоза печени ($n=82,4$; 46%) были зарегистрированы у пациентов в ГрМС и ГрРМС. Наиболее значимое число пациенток было выявлено в ГрМС через год после родов ($n=33$) и составило 60,0 % от общего количества пациенток в группе.

Выводы. Все случаи ЖКБ и стеатоза печени были зарегистрированы у пациенток в ГрМС и ГрРМС с наибольшим количеством в 60 % в ГрМС через год после родов. Поэтому, проведение УЗИ печени и желчного пузыря считается целесообразным у беременных с компонентами метаболического синдрома и помогает подобрать превентивные мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования патологического процесса в печени и желчном пузыре. Все женщины с выявленной патологией после родов должны находиться под диспансерным наблюдением у терапевта и хирурга.

Кононова О.Н., Пристром А.М, Коротаев А.В., Николаева Н.В.
**ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У КУРЯЩИХ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь
БелМАПО, Минск, Беларусь
РНПЦ РМ и ЭЧ, Гомель, Беларусь

Цель: Оценить показатели толщины комплекса интима – медиа (тКИМ) у курящих беременных с компонентами метаболического синдрома (МС) в I триместре беременности.

Материалы и методы. Обследованы 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26;35)). Все обследованные разделены на 3 группы: 1-я группа – 55 (38 %) женщин с МС (3 и более компонентов МС) (ГрМС); 2-я группа – 57 (40 %) участниц отнесены в группу риска (наличие 1-2 компонентов МС) – (ГрРМС); группа контроля (ГрК) – 31 (22 %) женщина. Для оценки тКИМ проводилось цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на ультразвуковом аппарате VIVID 9 фирмы General Electric (США) линейным датчиком с частотой 7,0 МГц. Данные обработаны статистически с использованием пакета StatSoft Statistica 6,0.

Результаты. В результате анализа отмечено значимое увеличение среднего значения величины тКИМ в ГрМС на 0,27 (0,22; 0,31) мм, а в ГрРМС – на 0,18 (0,14; 0,23) мм по сравнению с ГрК. Одним из средовых факторов, способных повлиять на прогрессирование эндотелиальной дисфункции, является курение. В группе исследования 39 (27,3 %) женщин

до беременности курили. В связи с этим был проведен сравнительный анализ средней тКИМ в подгруппах женщин в зависимости от наличия указанной привычки в анамнезе.

Среднее значение тКИМ в группе пациенток, которые курили до беременности, составило $0,74 \pm 0,12$ мм, что на $0,09$ ($0,04$; $0,13$) мм значимо больше, чем в группе пациенток, которые ранее никогда не курили.

Выводы. В результате анализа отмечено значимое увеличение среднего значения величины тКИМ у женщин с выявленными компонентами метаболического синдрома по сравнению со значениями у женщин без метаболических нарушений. Такой фактор риска как курение необходимо учитывать в дальнейшем после родоразрешения при прогнозировании риска эндотелиальной дисфункции, а также при формировании программы профилактики у пациенток с метаболическим синдромом.

Корильчук Н.И.

ПОПЫТКИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

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

Цель работы. Изучить эффективность сочетанного применения препаратов орлистат и моринги йоруба в больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 человек с диагностированным МС в возрасте от 45 до 60 лет. Определяли ИМТ, ОТ/ОБ, биохимические параметры крови, инсулин, лептин, индекс НОМА, индекс лептинорезистентности (ЛР). Обследованных разделили на 2 группы: I - (16) пациентов, получавших препарат орлистат (120мг) по 1 капс. раз в день, II - (16), получавших моринга йоруба по 1 капс. 2 раза в день и орлистат по 1 капс. раз в день. С двумя группами проведены учебные школы, по коррекции пищевого поведения (ПП) и увеличению физической активности (ФА) с уклоном на упражнения направлены на абдоминальную область. Повторное исследование проводилось через месяц лечения.

Результаты. Проведенная терапия у пациентов с МС показала положительную динамику в группах. Так, отмечалось улучшение общего самочувствия в 100%, уменьшились проявления нарушений ПП (87,5%), увеличилась ФА (68,7%), нормализовались клиничко-биохимические параметры (наблюдались достоверные ($p < 0,05$) улучшения липидограммы (56,2%) и гликемических показателей крови (62,5%)). Однако, у пациентов II группы результаты терапии были лучше, отмечались положительные

гепатопротекторные и детоксикационные свойства, отмечалось снижение уровня инсулина в 62,5%, за лечение только орлистатом – 37,5%. Уровень лептина снизился в 50% пациентов II группы и на 25% больных I группы. Во второй группе лечение устранило инсулинорезистентность в 56,2%, ЛР в 31,2%. На фоне проводимой терапии отмечалось снижение антропометрических параметров (87,5%), однако показатели были более выраженными при одновременном применении орлистата и препарата моринги йоруба.

Выводы. Учебные школы по ПП и увеличению ФА, комбинации препаратов орлистат и моринга йоруба в больных с МС приводит к улучшению общего состояния пациентов, позитивных изменений антропометрических параметров и клинико-биохимических параметров крови, показателей инсулино- и лептинорезистентности.

Крахмалова Е.О., Самохина Л.М., Бондарь Т.Н.

**КАЛЬПАИНЫ И ОКСИД АЗОТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г.Харьков, Украина

Цель. Изучение нарушений, обусловленных влиянием курения и свободнорадикального окисления, у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 больных, из них с ХОЗЛ+ИБС (63,00±1,05) лет, n=31, с ХОЗЛ (64,00±1,01) лет, n=29. Диагноз ХОЗЛ устанавливали согласно GOLD (2010), ИБС - по рекомендациям Украинского общества кардиологов. Исключали больных ХОЗЛ в фазе обострения и с тяжелой сердечной патологией. Исследовали функцию внешнего дыхания утром натощак на аппарате «Спироком профессиональ-ный» (Украина). Общий стаж курильщика составил при ХОЗЛ+ИБС (16,00±2,72), при ХОЗЛ (6,06±2,27) пачко-лет. Длительность заболевания ХОЗЛ - (5,50±0,57), при ХОЗЛ+ИБС - (4,70±0,46), ИБС - (9,07±1,30) лет. Контроль - 10 практически здоровых лиц (35,0±3,5) лет. Исследовали кон-центрацию оксидов азота (NO₂+NO₃) в плазме крови по реакции Грисса, ак-тивность кальций-зависимых протеиназ - кальпаинов в сыворотке крови ферментативным методом.

Результаты. Установлено, что содержание в плазме крови NO₂/NO₃ и активность кальпайнов в сыворотке крови у пациентов с ХОЗЛ, ХОЗЛ+ИБС ниже ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. Это может быть обусловлено снижением синтеза NO, влиянием курения, возраста. При этом снижается активность эндотелиальной NO-синтазы (NOS-3), а индуцибельная Са-независимая NOS-2 активируется, что приводит к избыточному образованию и накоплению в тканях пероксинитрита. Кальпайны опосредуют активацию раннего воспаления легких через NOS-3/NO-зависимое фосфорилирование внутриклеточных адгезивных молекул 1 и захват нейтрофилов. Низкая активность кальпайнов может быть результатом их истощения в условиях активации окислительных процессов на начальном этапе заболевания, обусловлена уменьшением свободного Са²⁺ и связана с увеличением жесткости мышечных волокон, старением организма.

Выводы. Таким образом, у пациентов ХОЗЛ, ХОЗЛ+ИБС содержание NO₂/NO₃ и активность кальпайнов понижены, что может быть обусловлено длительностью формирования патологического состояния организма, возрастными изменениями, вкладом курения.

Кузьмина Н.М.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

**ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, город Ижевск, Россия**

Цель. Оценить степень тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) при остром коронарном синдроме (ОКС) на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено 127 историй болезни пациентов, поступивших в Республиканский Клинико-диагностический центр в 2015 году с диагнозом «острый коронарный синдром». Данные анализировались с помощью программы Microsoft Excel 2007, STATISTICA 10.0. Сахарным диабетом 2 типа страдали 40 человек. При поступлении в стационар в 2015 году всем пациентам проведено стентирование коронарных артерий.

Результаты. Установлено, что ЧКВ только симптом-ответственной артерии проведено 51 пациенту (остались другие стенозы), полный объем ЧКВ-76 пациентам. У 77% пациентов на момент поступления

сформировался патологический зубец Q. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проведена в 27% случаев. При анализе данных выявлены корреляции, в том числе при сахарном диабете 2 типа:

- обратная связь между наличием сахарного диабета (СД) 2 типа с развитием значимого стеноза проксимального отдела передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) ($r_s = -0,20$, $p < 0,05$);

- прямая связь между индексом массы тела и функциональным классом ХСН по NYHA при инфаркте у больных с сахарным диабетом;

в целом во всей выборке:

- прямая связь между стадией ХСН по классификации Василенко В.Х. и Стражеско Н.Д. (1934г) и наличием патологического зубца Q к моменту поступления в стационар с возможностью ЧКВ при ОКС ($r_s = 0,25$, $p < 0,05$);

- прямая связь между стадией ХСН по классификации Василенко В.Х. и Стражеско Н.Д. (1934г) и уровнем КФК-МВ на момент поступления в стационар с возможностью ЧКВ при ОКС ($r_s = 0,26$, $p < 0,05$);

- прямая связь между функциональным классом ХСН по NYHA и объемом ЧКВ при ОКС ($r_s = 0,35$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, при СД 2 типа имеет место поражение дистального русла коронарных артерий и более тяжелая ХСН. Наличие сформировавшегося к моменту поступления в стационар патологического зубца Q усугубляет тяжесть стадии ХСН. При высоких значениях КФК-МВ при ОКС следует ожидать тяжелую стадию ХСН. При полном объеме ЧКВ функциональный класс ХСН по NYHA улучшается при ОКС.

Кулемзина Т.В., Красножон С.В., Криволап Н.В., Испанов А.Н.
ПРЕВЕНТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.
Горького», Донецк

Цель работы – проиллюстрировать применение принципов холистической медицины при разработке санологических программ превентивной коррекции состояния здоровья студентов немедикаментозными методами.

Материал и методы. Подходы холистической медицины основаны на применении природных, немедикаментозных методов (рефлексотерапии, гомеотерапии, оздоровительного питания, двигательных тренировок, психологической разгрузки, общего массажа). Контингентом исследования были студенты медицинского ВУЗа 3-го курса в период осеннего семестра и зимней экзаменационной сессии. Студентов распределили на основную (с

применением вышеуказанных методов) и контрольную (без использования методов) группы по 10 человек в каждой. Методами контроля состояния здоровья были показатель острой заболеваемости, успеваемости, когнитивные психические процессы (память, внимание, утомляемость) по методике А.Р. Лурия «Заучивание 10 слов».

Результаты. Практическое применение превентологических программ коррекции состояния здоровья студентов в основной группе позволило снизить показатель острой заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года на 80%, повысить успеваемость у студентов основной группы на 30% (отмечен рост среднего балла успеваемости с показателя 3,8 до показателя 4,5). Отмечена стабильность когнитивных психических процессов к концу семестра и сессии, по сравнению с контрольной группой, в которой отмечено снижение вышеуказанных показателей на 40%.

Выводы. 1. Выдающийся хирург Н. И. Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической».

2. Профилактика – это сложный многогранный процесс, в котором первичная (донозологическая, превентивная) профилактика должна занимать ведущие позиции, особенно в молодом возрасте.

3. Состояние здоровья студента медицинского ВУЗа – индикатор здоровья будущего врача-специалиста.

4. Холистический подход является наиболее правильным для обеспечения жизненных функций и повышения качества жизни.

Лебедева Е.Н., Сетко Н.П., Афонина С.Н.

ГЕНОМНЫЕ АСПЕКТЫ Д-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет» Минздрава РФ, Оренбург, Россия**

Цель работы. Проведение биоинформационного анализа взаимодействия рецептора витамина Д с ДНК генома детей с избыточной массой тела.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 2 группы детей в возрасте 10-15 лет, у которых была установлена недостаточность витамина Д от 20,5% до 40% (по результатам оценки питания). Первую группу (15 человек) составили дети с избыточной массой тела в соответствии с классификацией ВОЗ по показателю индекса массы тела (ИМТ); вторую группу (10 человек) с нормальной массой тела. У обследуемых обеих групп

из клеток буккального эпителия выделена ДНК методом переосаждения и исследована экспрессия гена рецептора VDR.

Результаты. При генотипировании полиморфизма VDR гена установлено, что у детей обеих групп с Д-витаминной недостаточностью отсутствовали носители двух нормальных генов; в группе детей с избыточной массой тела у 12,5% выявлена патологическая гетерозигота и у 87,5% - патологическая гомозигота.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что дети с низкой обеспеченностью организма витамином Д являются носителями большого количества патологических полиморфизмов гена VDR

Поскольку при активировании витамином VDR взаимодействует с активаторами и репрессорами этого рецептора, оказывает комплексное воздействие на процессы транскрипции генома, иммуномодуляцию и другие процессы, что позволяет рекомендовать проведение исследований полиморфизма гена VDR для диагностики риска развития ожирения и связанных с ним осложнений.

Ломако В.В., Самохина Л.М.

**ВЫЗВАННЫЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
ХЛОРПРОМАЗИНА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.**

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины»,
Харьков, Украина

Цель работы. Исследовать активность реакций ограниченного протеолиза и содержание оснований Шиффа (ОШ) в тканях внутренних органов крыс при пролонгированном действии хлорпромазина.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на самках белых беспородных крыс (5-6 мес) с соблюдением всех биоэтических норм. Хлорпромазин (аминазин 2,5%) в объеме 0,2 мл вводили внутривентально 1 раз в 3 суток в течение 2 недель. Контролем служили интактные крысы (n=5). В безъядерной фракции 10% гомогенатов тканей сердца, легких, почек и печени твердофазным ферментативным методом исследовали активность нетрипсиноподобных протеиназ (НТПП), общую активность протеиназ (ОАП) и активность их ингибиторов – α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) и α -2-макроглобулина (α -2-МГ), выражали в мг/л ч. Содержание ОШ

определяли в гептан-изопропанольных экстрактах (4:6) спектрофотометрическим методом ($\Delta E/\text{г ткани}$).

Результаты. Установлено, что инъекции хлопромазина вызывали резкую активацию ОАП (в почках ~ в 60 раз, в сердце и печени – в 40 раз, в легких – в 16 раз) и НТПП (в почках – более чем в 30 раз, в печени – в 17 раз, в легких – в 15 раз, в сердце – в 5 раз). Отмечено снижение активности α -2-МГ, коррелирующее с активацией НТПП (в почках – в 21 раз, в печени – в 19 раз, в легких – в 6 раз, в сердце – в 1,6 раза), активность α -1-ИП не изменялась. Наиболее выраженный дисбаланс в системе протеиназа/ α -2-МГ выявлен в ткани почек. Содержание ОШ повышалось в фосфолипидах во всех изученных тканях, наиболее выражено – в сердце, легких и почках (в 8, 7 и 5 раз, соответственно), в нейтральных липидах только в ткани легких (в 2,5 раза), указывая на высокий уровень оксидативного стресса.

Выводы. Таким образом, применение хлорпромазина (в течение 2 недель) вызывает резкую активацию протеолиза на фоне высокого уровня оксидативного стресса в тканях внутренних органов крыс. Наиболее выраженное оксидативное повреждение проявляется в сердце на фоне активации ОАП и снижения α -2-МГ.

Лысый И.С., Саморукова В.В., Збинева В.О., Волошина Е.Б., Дычко Т.А., Дукова О.Р.

РОЛЬ ДОМАШНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ.

Одесский национальный медицинский университет, Украина.

Цель исследования: определить информативность домашнего мониторинга артериального давления в сравнении с комплексным мониторингом артериального давления (суточного, офисного, домашнего) в определении чувствительности к антигипертензивным препаратам

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 120 пациентов, в возрасте 45-74 года, с эссенциальной артериальной гипертензией (ЕАГ) II стадии, 2 степени. У Средняя длительность артериальной гипертензии составляла $8,3 \pm 2,4$ мм.рт.ст. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составлял $162,4 \pm 5,5$ мм.рт.ст. и диастолического $103,3 \pm 4,8$ мм.рт.ст. Все пациенты были обследованы в соответствии с национальным протоколом по артериальной гипертензии с определением сердечно-сосудистых рисков.

Все пациенты были распределены на 2 группы. Пациентам обеих групп назначался антигипертензивный препарат Лизиноприл 20 мг. Пациентам первой группы, осуществлялось комплексное мониторирование артериального давления. Пациентам второй группы - осуществляли лишь домашнее мониторирование артериального давления через каждые 2-3 часа.

Результаты: Во всех подгруппах отмечалось снижение АД, но процент снижения был разным по подгруппам в зависимости от наличия или отсутствия чувствительности к Лизиноприлу, и особо не отличался в зависимости от того какой методикой проводилось мониторирование АД. В статье была определена информативность домашнего мониторирования артериального давления (Дом АД) .

Выводы: Анализ показал, что проведение лишь домашнего мониторирования АД по своей информативности не уступает комплексному монитору-рованию, и в то же время причиняет пациентам меньше неудобств при использовании. В связи с некоторыми ограничениями использования су-точного мониторирования артериального давления или комплексного монитору-рования АД, домашнее мониторирование можно рекомендовать как не менее информативный метод в определении чувствительности к антигипертензивным препаратам в практике семейного врача.

Мазниченко Е.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью работы было повышение эффективности лечения пациентов с гетерезиготной семейной гиперхолестеринемией (ГСГХ) путем использования гепатопротектора «Гепадиф» на фоне статинотерапии.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ лабораторных данных липидограммы за 2012-2017 год у 982 пациента (из них 632 (64,4%) составили женщины и 350 (35,6%) мужчины в возрасте 45±9 лет), которым был выставлен диагноз дислипидемии. На основании дальнейшего проведенного комплекса исследований, включающий физикальное обследование, лабораторное (общеклинические, печеночные трансаминазы, липидограмма, креатинин, альбумин, креатинфосфокиназа), инструментальное (УЗИ ОБП), онлайн шкалу фиброза NAFLD, критерии Саймона Брума, было выделено 42 пациента с ГСГХ (из них 22 (52,4%)

женщины и 20 (47,6%) мужчины, в возрасте 47 ± 5 лет), которые получали терапию статинами и гепатопротектор «Гепадиф» (по 2 капсулы 3 раза в день, перорально, курс 90 дней), которые составили основную группу и 42 пациента (21 (50%) женщин и 21 мужчин (50%) составных по критериям и возрасту, с ГСГХ были отнесены во вторую группу пациентов, получающих статинотерапию.

Результаты. В ходе обследования было установлено, что пациенты обеих групп, на момент осмотра, предъявляли жалобы на диспептические расстройства (метеоризм, запоры), периодические ощущения тяжести в правом подреберье. После проведенной терапии на 90 день у пациентов второй группы было выявлено, повышение печеночных трансаминаз (АЛТ 75 ± 8 Ед/л, АСТ 84 ± 9 Ед/л, ГГТ 41 ± 4 Ед/л, и признаки стеатогепатита I-II степени по данным УЗИ печени. Физикальные, лабораторные показатели пациентов первой группы были в пределах нормы. По данным УЗИ печени у 4 пациентов была выявлена жировая дистрофия печени I-II степени.

Выводы. Таким образом использование гепатопротектора «Гепадиф» в комплексной терапии ГСГХ способствует нормализации субъективно статуса и показателей печеночных трансаминаз, что способствует улучшению качества жизни пациента.

Мазниченко Е.А., Касаткин А.И., Хуссейн А.
КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ С
НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТОМ
(экспериментальное исследование)

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью исследования было изучить влияние клеточной терапии, плазмы обогащенной тромбоцитами (ПОТ) на ткань печени при гиперхолестеринемии (ГХ) с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на 70 лабораторных крысах, самцах линии Wistar, возрастом 4-5 мес, весом 120-150 гр. Все животные были распределены на 3 группы, включая интактную (10 животных): 1 - группа с моделированной патологией и коррекцией ПОТ (30 животных); 2 - группа с моделированной патологией без коррекции (30 животных). Патологию моделировали введением в ежедневный рацион питания 15% пальмового масла на протяжении 120 суток. ПОТ получали путем серии центрифугирований периферической крови крыс с помощью аппарата Smart Prep (Harvester Corp.) с двукратным пункционным введением в ткань печени с интервалом 7 дней. Гистологическое

исследование проводили по стандартной методике с использованием окрашивания по гематоксилин-эозину, Ван Газону, Судан III. Было проведено биохимическое исследование крови (печеночные ферменты, липидограмма). Животных выводили из эксперимента на 20 и 40 сутки от начала терапии.

Результаты. При гистологическом исследовании ткани печени на 120 сутки было выявлено: стеатогепатит III-IV степени, выраженную белковую и жировую дистрофию, холестаз, лимфо-гистиоцитарную инфильтрацию с полнокровием сосудов. При исследовании 1 группы на 40 день гистологически было выявлены явления белковой и мелкокапельной жировой дистрофии; картина 2 группы характеризовалась наличием стеатогепатита II-III степени с выраженной белковой и жировой дистрофией, лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией. Биохимические показатели 1 группы животных на 40 день были в пределах референсных величин.

Выводы. Таким образом, использование ПОТ в терапии ГХ с НАСГ приводит к нормализации гистологических и биохимических показателей печени

Мартусевич А.К., Соловьева А.Г., Мартусевич А.А.
СТИМУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА ТКАНЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИМ
ДОНОРОМ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Н. Новгород, Россия
ФГАОУ ВО «ННГУ им. Н.И. Лобачевского», Н. Новгород, Россия

Целью работы явилось изучение динамики метаболизма крови животных с термической травмой при введении динитрозильных комплексов железа с глутатионовыми лигандами (ДНКЖ).

Материал и методы исследования. Исследование проводили на 30 половозрелых крысах-самцах линии Вистар массой 220-250 г., разделенных на 3 группы равной численности: интактную, контрольную (воспроизводили термическую травму) и основную (дополнительное введение раствора ДНКЖ). Животным контрольной и основной групп комбинированную травму наносили по разработанной ранее методике, включающей контактный термический ожог кожи спины (площадь – 20% поверхности тела) в сочетании с термоингаляционной травмой. Крысы основной группы ежедневно внутрибрюшинно получали ДНКЖ в физиологическом растворе (3 мл). Продолжительность экспериментальной терапии животных обеих групп составляла 10 суток. На 3 и 10 сутки после травмы изучали активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в прямой и

обратной реакции. Уровень лактата в эритроцитах оценивали с помощью автоматического анализатора SuperGL Ambulance. В плазме крови и эритроцитах животных регистрировали интенсивность хемилюминесценции, максимальную фотовспышку и общую антиоксидантную активность методом Fe-индуцированной биохемилюминесценции на аппарате БХЛ-06.

Результаты. В нашем эксперименте получены данные о положительном действии динитрозильных комплексов железа на метаболические параметры крови животных с термической травмой, в том числе на состояние про- и антиоксидантных систем, которое обусловлено способностью ДНКЖ защищать компоненты биосистем от активных форм кислорода, продуцируемых в условиях окислительного стресса. Этот эффект проявляется в существенном снижении интенсивности (нормализации) процессов перекисного окисления липидов на фоне значимого нарастания антиоксидантных резервов плазмы крови. Аналогичные тенденции имеют место и в мембранах эритроцитов.

Также выявлено, что ДНКЖ стимулируют энергетический метаболизм эритроцитов крыс с термической травмой за счет преимущественной активации ЛДГ в прямой реакции (на 102% против +21% для обратной реакции) и снижения темпов нарастания уровня лактата.

**Мартусевич А.К., Краснова С.Ю., Галка А.Г., Соловьева А.Г.,
Дубкова Е.С.**

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОРЕГЕНЕРАТОРНЫХ СВОЙСТВ ГЕЛИЕВОЙ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Н. Новгород, Россия
ФИЦ «Институт прикладной физики РАН», Н. Новгород, Россия

Целью данного исследования явилась комплексная оценка возможности применения гелиевой холодной плазмы при ожоговой травме.

Материал и методы исследования. Эксперимент выполнен на 30 половозрелых крысах-самцах линии Вистар, разделенных на 3 равных по численности группы. Первая группа (n=10) была интактной. Животным второй (контрольной; n=10) и третьей (основной; n=10) групп под комбинированным наркозом воспроизводили контактный термический ожог на площади 20% поверхности тела. Поверхность раны у крыс основной группы ежедневно, начиная с 1-х суток посттермического периода, обрабатывали потоком гелиевой холодной плазмы в течение 1 минуты. Курс воздействий включал 5 процедур. Генерацию холодной плазмы

осуществляли с помощью СВЧ-устройства, разработанного в Институте прикладной физики РАН. У животных всех групп (у интактных – однократно, у крыс контрольной и основной групп – до начала и по завершении эксперимента) определяли параметры системной и локальной гемодинамики, а также показатели окислительного и энергетического метаболизма и физико-химических характеристик крови.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить, что воздействие на раневую поверхность холодной гелиевой плазмы способствует ускорению регенеративных процессов, стимуляции микроциркуляции и оптимизации функционально-метаболического статуса животных. При этом уже на 5-е сутки после нанесения ожога и экспериментальной терапии наблюдали нормализацию большинства показателей, о чем свидетельствовало отсутствие значимых различий последних с уровнем, характерным для интактных животных.

Заключение. Таким образом, установлена эффективность применения гелиевой холодной плазмы при термических ожогах.

Мартусевич А.К., Ковалева Л.К., Мартусевич А.А.

**КРИСТАЛЛОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ С
ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Н. Новгород, Россия

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

ФГАОУ ВО «ННГУ им. Н.И. Лобачевского», Н. Новгород, Россия

Цель: оценить информативность изучения кристаллогенных свойств сыворотки крови в мониторинге эффективности озонотерапии у пациентов с ожоговой болезнью.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с термической травмой, разделенных на 2 равных группы. Пациенты первой (основной) группы (n=15) получали стандартное лечение, который дополняли курсом озонотерапии. Данный курс включал 10 ежедневных (с 3-4 суток) процедур в/в введения озонированного физиологического раствора (200 мл; концентрация озона – 3000 мкг/л). Пациенты группы сравнения (n=15) получали лечение в рамках федерального стандарта. До начала и по завершении курса озонотерапии у пациентов производили забор крови с последующим выделением сыворотки. Оценку кристаллогенных свойств последней осуществляли методом тезиокристаллоскопии

(Мартусевич А.К., 2012). Описание кристаллоскопических фаций выполняли с помощью системы параметров.

Результаты. В процессе лечения у пациентов группы сравнения наблюдали умеренное повышение кристаллизуемости и индекса структурности в кристаллоскопических фациях сыворотки крови (до $0,87 \pm 0,16$ и $0,58 \pm 0,20$ балла соответственно; $p < 0,05$ по отношению к первой контрольной точке). Кроме того, регистрировали повышение правильности структуропостроения последних (до $1,70 \pm 0,23$ балла; $p < 0,05$).

У больных с ожогами, которым лечение дополняли курсом введения озонированного физиологического раствора, в кристаллограммах биожидкости обнаруживали существенный прирост кристаллизуемости (до $1,24 \pm 0,19$ балла) и индекса структурности (до $0,98 \pm 0,23$ балла). Кроме того, степень деструкции фации снижается более отчетливо, значимо отличаясь как от уровня начала наблюдения, так и от значения, характерного для последних ($p < 0,05$). Размер краевой зоны микропрепарата также существенно увеличивается (на 29% относительно исходных значений и значения группы сравнения), достигая $1,89 \pm 0,21$ балла ($p < 0,05$).

Заключение. Установлено, что дополнение протокола ведения обожженных пациентов курсом системной озонотерапии способствует оптимизации физико-химических свойств и состава сыворотки крови.

**Марченко Л.Н., Говоруха Т.П., Репин М.В., Строна В.И.
ДЕЙСТВИЕ КРИОЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ РАЗНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА СТРУКТУРУ НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС
С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г.Харьков, Украина

Цель работы. Исследование ультраструктуры клеток клубочковой зоны коры надпочечников крыс с острой почечной недостаточностью (ОПН) при введении криоэкстрактов плаценты аллогенного и ксеногенного происхождения до начала моделирования почечной патологии.

Материалы и методы. Объектом исследования были 65 белых беспородных крыс 4-х месячного возраста. Животным вводили криоэкстракты плацентарной ткани различного происхождения по 0,5 мл трижды в течение недели. Через неделю после введения криоэкстрактов моделировали ОПН однократным внутримышечным введением 50% водного раствора глицерина в дозе 10 мл на 1 кг массы тела. Животные были разделены на 3 группы: 1 – с моделью ОПН; 2, 3 – с моделью ОПН, которым

предварительно вводили криоэкстракты плаценты крысы и человека, соответственно. Животных вы-водили из эксперимента через 1, 2 и 3 недели после введения глицерина. Оценивали функциональные показатели почек: уровни креатинина в крови и моче, скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Ультраструктуру клеток исследовали с помощью электронного микроскопа ПЭМ-125К (АО «Selmi»).

Результаты. Введение криоэкстракта плаценты крысы восстанавливало уровень креатинина крови до нормы, что сопровождалось 8-кратным увеличением экскреции креатинина с мочой на 2 неделе ОПН, в отличие от введения криоэкстракта плаценты человека, при котором показатели выделительной функции почек улучшались только на 3-ю неделю, однако уровень креатинина крови и СКФ были достоверно ниже нормы.

В процессе развития ОПН независимо от введения криоэкстрактов плаценты наблюдалась тенденция к истончению клубочковой зоны коры надпочечников, которая сопровождалась в ультраструктуре адренокортикоцитов признаками усиления стероидогенеза: гипертрофией ЭПР и митохондрий, набуханием митохондрий, образованием миелоноподобных структур и митохондриальных вакуолей, а также тесных комплексов митохондрий, ЭПР и липосом. Данные изменения были наиболее выражены при введении ксеногенного криоэкстракта.

Выводы. Аллогенный криоэкстракт плаценты, обладая нефропротекторными свойствами, тем не менее не изменяет морфологические признаки усиления стероидогенеза в клубочковой зоне коры надпочечников, вызванные развитием ОПН.

Матмуротова С.О.

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 15-49 ёшдаги аёллар орасидан 100 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Текшириш давомида аёлларни ижтимоий-демографик хусусиятлари, зарарли одатлари, овқатланиш тартиби, акушерлик анамнези, наслийлиги, ўтказилган касалликлар анамнези, аёлларни ўзини саломатлигига муносабати ва врачлар берган маслаҳатларга

қай даражада амал қилишлари ўрганилди. Асосан туғиш ёшидаги аёлларда гиподинамия ва овқатланишнинг бузилиши ва гармонал ўзгаришлар метаболик синдромга сабаб бўладиган хавф омилларининг энг катта қисмини ташкил қилиши аниқланилди.

Натижалар. Туғиш ёшидаги аёллар орасида тана вазнининг ошиши кейинги вақтларда катта муаммо ҳисобланади. 35 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Висцерал-абдоминал ёғ босиши билан кечувчи гармонал бузилишлар аниқланди, бунга кўра кортизол ошиши, аёлларда тестостерон ва андростендион ошиши, прогестерон камайиши, инсулиннинг ошиши, норадреналиннинг ошиши кузатилди. Гармонал бузилишлар биринчи навбатда ёғнинг асосан висцерал соҳада йиғилишига олиб келади, шунингдек бевосита ёки билвосита инсулинорезистентлик ва метаболик бузилишларга сабабчи бўлади. Инсулинорезистентликнинг шаклланиши ва ривожланишида висцерал ёғ тўқимаси муҳим ўрин эгаллайди. Аёллар орасида метаболик синдромни учраши асосан 35 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар микдорининг ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Кортизол метаболизмга турлича таъсир кўрсатади. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 16%ни гипертриглицеридемия 20%ни ташкил қилди.

Хулоса. Аёллар орасида абдоминал соҳа ёғ тўқимаси, абдоминал ёғ босиши билан кечувчи нейрогормонал бузилишлар, симпатик нерв системаси фаоллигининг ошиши муҳим аҳамиятга эга. Аёллар орасида метаболик синдромни белгилари кўпроқ кузатиляпти. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини олдин олиш усулларини излаб топиш катта ва муҳим аҳамиятга эга эканлигидан далолат беради ва изланишлар ўтказишни тақозо этади.

Матмуротова С.О.

АЁЛЛАР ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМИНИ УЧРАШИ

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали .

Мақсад. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни олдини олиш усуллари ва туғриқлар орасидаги ўзгаришларнинг учрашини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 18-49 ёшдаги аёллар орасидан 180 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Текшириш давомида аёлларни ижтимоий-демографик хусусиятлари, ҳар бир туғруқдан кейин аёллардаги вазн ошиши, ҳар бир туғруқдан кейин аёлларда метоболик синдромга учшаши

текширишлар давомида кузатилди. Аёлларнинг зарарли одатлари, овқатланиш рационали, акушерлик анамнези, наслийлиги, ўтказилган касалликлар анамнези, аёлларни ўзини саломатлигига муносабати ва врачлар берган маслаҳатларга қай даражада амал қилишлари ўрганилди. Қондаги липидлар, иммунореактив инсулин, 2 соатдан кейинги глюкоза аниқланди.

Натижалар. Аёлларда туғруқлар орасида тана вазнининг ошиши 21 % ни ташкил қилар экан. 30 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Висцерал-абдоминал ёғ босиши билан кечувчи гормонал бузилишлар аниқланди, бунга кўра кортизол ошиши, аёлларда тестостерон ва андростендион ошиши, прогестерон камайиши, инсулиннинг ошиши, норадреналиннинг ошиши кузатилди. Гормонал бузилишлар биринчи навбатда ёғнинг асосан висцерал соҳада йиғилишига олиб келади, шунингдек бевосита ёки билвосита инсулинорезистентлик ва метаболик бузилишларга сабабчи бўлади. Инсулинорезистентликнинг шаклланиши ва ривожланишида висцерал ёғ тўқимаси муҳим ўрин эгаллайди. Аёллар орасида метаболик синдромини учраши асосан 30 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Кортизол метаболизмга турлича таъсир кўрсатади. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 13 % ни гипертриглицеридемия 19 % ни ташкил қилди. Аёлларда эстерогеннинг камайиши ҳам абдоминал ёғ босишига сабаб бўлиши кўпроқ кузатилиши аниқланди.

Хулоса. Туғруқлар орасида аёлларда вазн ошиши ва липидлар алмашинувининг бузилиши сезиларли даражада кенг тарқалган. Аёллар орасида метаболик синдромни белгиларининг камида 2 тасини учраши кузатиляпти. Бу эса туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини эрта аниқлаш муҳим эканлигини ва олдин олиш чораларини излаб топиш кераклигини кўрсатади.

Милославский Д.К., Снегурская И.А., Божко В.В., Щенявская Е.Н.

**ПРЕВЕНТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМПОНЕНТАМИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина

Цель: изучение превентивных эффектов диетотерапии (ДТ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с компонентами метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: проведено анкетирование и ДТ среди 57 больных ГБ II ст., 2-3 степени с признаками МС. Группу сравнения составили 17 пациентов, которые не получали ДТ. Проводили антропометрические измерения, определяли уровни мочевой кислоты (МК), С-реактивного белка (СРБ), глюкозы крови натощак (ГлН) и в условиях глюкозо-толерантного теста (ГТТ), параметры развернутого липидного спектра. В качестве ДТ использовали адаптированную низкосолевою диету DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). ДТ проводили на фоне антигипертензивной терапии препаратами 1-го ряда. Эффективность ДТ оценивали через 6 месяцев по достижению больными целевых уровней артериального давления (АД), липидов, снижению массы тела (МТ).

Результаты: установлено, что через 6 месяцев целевых уровней АД достигли 88,6% больных, липидный профиль улучшился у 79,4 % пациентов, МТ снизилась на 7,8 %, что было значительно выше, чем в группе сравнения (59,8%, 55,7%, 4,8% соответственно), ($p<0,05$). Благоприятные эффекты ДТ также ассоциировались со снижением МК и СРБ среди всех обследованных больных ($p<0,001$). После ДТ у мужчин высоко достоверно улучшились уровни МК, ГлН, общего и альфа - холестерина ($p<0,001$), у женщин - уровни МК, СРБ, ГлН и в условиях ГТТ ($p<0,001$). Метаболические показатели у больных группы сравнения изменились менее достоверно ($p<0,05$). Желание продолжить и в дальнейшем ДТ выразило 95,2% больных. 45,6% пациентов, которые получали ДТ, кроме того, смогли уменьшить дозы и количество антигипертензивных препаратов.

Заключение: таким образом, оптимальным вариантом для ДТ у больных ГБ с компонентами МС можно считать адаптированную низкосолевою диету DASH с редуцированным калоражем. ДТ в комбинации с антигипертензивной терапией приводила к достижению целевых уровней АД, липидов крови, снижению МТ, нормализации уровней провоспалительных факторов (МК и СРБ) крови, показателей углеводного гомеостаза в условиях ГТТ, в большей степени, чем у лиц, которые его не получали.

Мухамеджанов Э.К.

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ,
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Цель работы: Предложит этиологию и патогенез метаболического синдрома, пути профилактики и лечения заболевания.

Материалы и методы: Были использованы литературные источники по базе PubMed за последние 20 лет и результаты собственных исследований для разработки модели поддержания гомеостаза глюкозы при различной обеспеченности организма глюкозой.

Результаты: Разработана концептуальная модель взаимосвязи между обменом белков, жиров и углеводов исходя из путей транспорта углеродного скелета и этапов взаимосвязи между процессами образования и утилизации АТФ при различной обеспеченности организма энергией (цикл кормление/голодание). Концепция учитывает координирующую роль белка в поддержании гомеостаза углеводов и липидов.

Установлено регуляторное значение скелетной мускулатуры и нарушение синтеза белка в утилизации глюкозы (инсулинрезистентность), накопления ее в крови (гипергликемия), повышения уровня инсулина (инсулинемия) или развития **диабета**.

Под влиянием инсулина усиливается сброс углеродного скелета глюкозы в липиды и отмечается развитие **дислипидемии**, повышается синтез липидов в печени и происходит их отложение в адипоцитах, т.е. развивается **ожирение**. Жировая ткань – это не просто депо лишней энергии, а активный метаболический орган, в который идет инфильтрация макрофагов и происходит секреция воспалительных цитокинов (интерлейкина 6 и фактора некроза опухоли альфа), т.е. проявляются симптомы воспаления.

Поэтому диабет и ожирение относятся к заболеваниям вялотекущего хронического воспаления. Воспалительные цитокины поступают в печень и происходит секреция С реактивного белка, который повышает артериальное давление и происходит развитие **сердечно-сосудистых заболеваний**. Отмечается междисциплинарная связь в развитии заболеваний **метаболического синдрома**.

Выводы: 1. В механизме развития метаболического синдрома ключевая роль отводится процессу синтеза белка в мышечной ткани.

2. В вопросах профилактики и лечения необходимо использовать технологии по обеспечению процесса синтеза белка в субстрате (аминокислотах) и применения средств активации синтеза белка (физическая нагрузка, анаболические аминокислоты, витамины В и Д, микроэлементы Са и Mg, роль которых широко обсуждается в литературе).

Найдёнова Е.В., Шишман Ю.М.

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (УПОТРЕБЛЕНИЯ МЯСНЫХ И РЫБНЫХ ПРОДУКТОВ) НА УРОВНИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Одной из основных причин формирования метаболического синдрома (МС) является пищевое поведение. Избыточное употребление мясных и рыбных продуктов (основных источников пуриновых оснований) приводит к развитию гиперурикемии, инсулинорезистентности и повышения артериального давления (АД).

Цель работы. Изучить влияние частоты употребления мясных и рыбных продуктов на уровень мочевой кислоты (МК) и офисного АД у пациентов с МС.

Материалы и методы. В исследование было включено 31 пациент (мужчин – 14, женщин – 17), средний возраст $63,1 \pm 2,5$ года, с диагнозом МС, которые были проанкетированы при помощи специально разработанной анкеты. У всех пациентов было измерено офисное АД и определен уровень МК в плазме крови. В зависимости от частоты употребления мясных продуктов все пациенты были разделены на три группы: I группа ($n = 6$) – 1-2 раза, II группа ($n = 10$) – 3-4 раза, III группа ($n = 15$) – 5-7 раз в неделю.

Результаты. Пациенты с МС достоверно чаще (в 3,4 раза) употребляют мясные продукты $4,22 \pm 0,31$ раз в неделю по сравнению с рыбными – $1,16 \pm 0,15$ раз в неделю, ($p < 0,001$). Повышенный уровень МК (> 320 мкмоль/л) выявлен у 17 (54,8%) пациентов. Установлена прямая корреляционная связь между частотой употребления мясных и рыбных продуктов и уровнем МК ($r = 0,53$) и между уровнем МК и АД ($r = 0,33$). Средний уровень МК в I группе составил $270,7 \pm 38,4$ мкмоль/л, во II – $337,5 \pm 27,5$ мкмоль/л, III – $386,2 \pm 20,3$ мкмоль/л. Разность показателей достоверна для I и III групп, ($p < 0,01$).

Выводы. 1. Пациенты с МС предпочитают мясные продукты ($4,16 \pm 0,31$ раз в неделю) рыбным ($1,22 \pm 0,16$ раз в неделю, $p < 0,001$). 2. Установлена корреляционная связь между частотой употребления мясных и рыбных продуктов и уровнем МК ($r = 0,53$) и уровнем МК и АД ($r = 0,33$). 3. Средний уровень МК в группе частого употребления мясных продуктов выше нормы ($386,2 \pm 20,3$ мкмоль/л), и достоверно выше, чем при их редком употреблении ($270,7 \pm 38,4$ мкмоль/л, $p < 0,01$).

Невзоров В.П.

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Федеральное Государственное бюджетное учреждение

«Государственный научный Центр Российской Федерации – Федеральный медицинский био-физический центр им. А.И. Бурназяна», Москва, Россия

Цель работы: По результатам анализа цепочки обмена веществ организма разработать формализованную модель состояния здоровья организма с оценкой индивидуальной величины «биологического времени» функционирования конкретного организма.

Материалы и методы: Проанализированы более 30 видов известных по публикациям концепций МС, в основу которых положены рекомендации ВОЗ (1998) и АТР III (2001), нами в качестве полигона использованы отчетные материалы в объеме МКБ-10 с МКФ и МКФ-ДП за 2010-2016 годы по отдельным областям России, Белоруссии и Казахстана. Методической основой анализа послужило представление обмена веществ в организме в виде основного цикла, состоящего из совокупности явлений и процессов кругооборота в течение известного промежутка времени.

Результаты: Основной цикл функционирования представлен перемежающимися частями технологического процесса в сочетании с проявлениями внешнего результата относительно рассматриваемого цикла, которые в основном и фиксируют клиницисты, что и привело к более 30 видам публикаций по описанию МС. В итоге при трехкомпонентном представлении цикла можно действительно его описать без фиксации центра. Именно этот момент функционирования организма по существу является единицей времени его индивидуального значения для конкретного организма, т.е. его «биологическим временем».

Выводы:

1 Количественная характеристика цикла функционирования организма отражает единицу индивидуального значения «биологического времени» и представляет описание основного обмена веществ.

2 Стабильность и отклонения этой единицы времени отражают изменения состояния здоровья человека под влияниями факторов внешней среды и других воздействий.

3 Оценка эффективности и качества работы служб охраны здоровья человека обеспечивается влиянием на единицу индивидуальной величины «биологического времени» конкретного организма.

4 В литературных источниках среди показателей МС присутствуют параметры отдельных этапов обмена веществ, не входящие в функциониро-

вание рассматриваемого нами основного цикла, а потому не обеспечивают получение количественной характеристики состояния здоровья на основе «биологического времени» функционирования конкретного организма.

Несен А.А., Шкапо В.Л., Валентинова И.А.
КОМОРБИДНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ
ПОВЫШЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН
Украины», Харьков, Украина

Цель работы - повысить эффективность диагностики коморбидности ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) 2 типа среди лиц высокого кардиоваскулярного риска (КВР).

Материалы и методы. Обследовано 1041 больных с сочетанием ИБС и АГ. Больные были разделены на мужчин - 624 (59,9 %) и женщин - 417 (40,1 %), средний возраст - (57,4±8,19) года. Расчет КВР проведен с использованием Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); расчет индекса коморбидности Чарлсона проведен по методике (М.Е. Charlson et al., 2012). Согласно критериям Международной диабетической федерации (2005, 2011) проведена верификация метаболического синдрома и СД 2 типа.

Результаты. Установлена высокая частота встречаемости сопутствующего СД 2 типа, которая составила 27,8 % обследованных лиц. Наличие ожирения (ИМТ≥30,0 кг/м²) установлено у 52,1 % в группе лиц с ИБС, АГ и сопутствующим СД 2 типа и 39,4 % - в группе без СД 2 типа. При этом окружность талии была выше 94 см у мужчин и в 80 см у женщин у 73,3 % лиц с СД 2 типа и у 66,4 % лиц без СД 2 типа. Коморбидность ИБС с АГ и ожирением ассоциируется с достоверным повышением индекса коморбидности, риска развития сопутствующей патологии печени, желчевыводящих путей, нарушений углеводного обмена, а также риска развития сердечно-сосудистых осложнений у лиц с установленным СД 2 типа. В группе лиц с ИБС, ГБ и сопутствующим СД 2 типа оценивают свою физическую активность как низкую (продолжительность физических упражнений менее 4 часов в неделю) 68,5 % лиц, в группе больных ИБС, ГБ без СД 2 типа - 61,3 %, $p=0,032$.

Выводы. Возможность стратификации группы пациентов с риском развития СД 2 типа на фоне сердечно-сосудистой патологии и высокого КВР является важной в рамках превентивной медицины, своевременного

назначения лечения и модификации факторов риска и образа жизни, что позволит предупреждать прогрессирование метаболических нарушений и сосудистых осложнений.

Ноябрёв Д.В.

**КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Медицинский центр спортивной реабилитации «АртроМед», г. Одесса,
Украина.

Цель исследования. Изучить влияние сбалансированной низкокалорийной диеты (СНД) и повышения физической активности на организм пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 67 человек с МС (IDF, 2005), из них 31 мужчины и 34 женщины. Средний возраст составил 47,0 лет. Средние показатели окружности талии (ОТ) у мужчин - $111,0 \pm 1,6$ см, у женщин $95,7 \pm 1,2$ см. Индекс массы тела (ИМТ) $33,0 \pm 1,7$. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (16 мужчин и 18 женщин) и 2-я группа (15 мужчин и 18 женщин). Пациентам 1-й группы была рекомендована низкокалорийная диета с дефицитом калорий -10% в сутки в комбинации с лечебной физкультурой (ЛФК) (два занятия в неделю по 60 минут и одна кардиотренировка длительностью 40 минут.) Длительность периода коррекции 60 дней. Вторая группа коррекцию питания не проводила и физическую активность не меняла. Липидограмма до коррекции: Группа №1 общий холестерин (ОХ)– $6,21 \pm 0,2$ ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – $1,6 \pm 0,02$ ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – $3,2 \pm 0,3$ ммоль/л, коэффициент атерогенности (КА) – $3,9 \pm 0,33$ ед. Группа №2 ОХ – $6,18 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП – $1,4 \pm 0,01$ ммоль/л, АПНП – $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л, КА – $3,7 \pm 0,02$ ед.

Результаты. После прохождения периода коррекции в первой группе наблюдались стойки изменения лабораторных показателей, в том числе снижение среднего показателя индекса НОМА на 37%.

Группа №1 ОХ – $5,11 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,8 \pm 0,01$ ммоль/л, АПНП – $2,4 \pm 0,2$ ммоль/л, КА – $2,9 \pm 0,02$ ед. Группа №2 ОХ – $6,19 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,2 \pm 0,02$ ммоль/л, АПНП – $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л, КА – $3,6 \pm 0,02$ ед. Средние показатели окружности талии (ОТ) у мужчин - 101,0 см, у женщин 89,7 см. Индекс массы тела (ИМТ) $29,0 \pm 1,7$.

Выводы. Таким образом, одной из важных составляющих лечения МС является коррекция питания в виде применения низкокалорийной диеты,

модификация образа жизни путем повышения физической активности в виде ЛФК, включающей аэробные нагрузки. Очевидно, что данная методика требует более длительного периода применения для нормализации ИМТ, уменьшения ОТ, восстановления липидного и углеводного обменов.

**Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Рузметова И.А.
ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
ЖЕНЩИН С МЕТАБЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В
ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности системной энзимотерапии у женщин с менопаузальным метаболическим синдромом(МС) и вегетососудистыми нарушениями в перименопаузальном периоде.

Материал и методы. Женщины с менопаузально метаболическими нарушениями получали менопаузальную гормональную терапию (МГТ)(I группа, 20) и на фоне МГТ Вобэнзим(II группа , 20) по 5 таблеток 3 раза в день по 1 месяцу – каждый квартал. До и в динамике лечения через 3 и 6 месяцев изучали общий холестерин(ОХС), триглицериды(ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности(ХСЛПВП) и ЛП низкой плотности (ХСЛПНП), гормоны (фолликулостимулирующий и эстрадиол), показатели коагулограммы, электрокардиограммы(ЭКГ).

Результаты. До лечения пациенток беспокоили «приливы», слабость и депрессии, бессонница, раздражительность, кардиалгии, артериальная гипертензия (АГ), выявлены изменения в показателях липидного обмена, коагулограммы и ЭКГ. Повышенная возбудимость симпатической нервной системы, приводила к изменениям сосудистого тонуса и развитию АГ. Метаболические нарушения были взаимосвязаны с другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития атеросклероза, ишемической болезни сердца и АГ резко возрастал у этих женщин. В динамике лечения состояние женщин значительно улучшилось, что проявилось и в нормализации изученных показателей липидного обмена, гормонов, коагулограммы. Эти благоприятные изменения проявились раньше и носили более выраженный характер у пациенток, получавших на фоне МГТ Вобэнзим. У них отмечена более благоприятная динамика

фракций ЛП, уменьшились индекс атерогенности, ОХС, ХСЛПНП, ТГ. Энзимотерапия с использованием Вобэнзима позволила уменьшить проявления МС и риск развития атеросклероза. Это связано с противовоспалительным, фибринолитическим, дезагрегантным, гипокоагуляционным, противоотечным и вторичным анальгезирующим эффектами энзимотерапии. Лечение с включением Вобэнзим не сопровождалось осложнениями МГТ. Отмечена положительная корреляция лабораторных данных и других показателей.

Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать Вобэнзим в комплексе с МГТ женщинам с МС для профилактики различных кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений.

**Паненко А.В., Серафимова Э.В., Омеляненко Н.П., Прокопчук Ю.В.,
Волянская В.С.**

ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Государственное учреждение специальный (специализированный) клинический санаторий им. В.П. Чкалова МОЗ Украины, Одесса, Украина
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель работы: оценить распространенность наиболее часто встречающихся компонентов метаболического синдрома.

Материал и методы исследования: обследованы 70 пациентов с метаболическим синдромом в возрасте от 40 – 65 лет. Проведены общеклинические, биохимические исследования, функциональные пробы.

Результаты: среди обследованных пациентов преобладали женщины – 67% и 33% мужчин. Анализ возрастного состава обследованных лиц показал, что метаболические нарушения наиболее часто встречались в возрастных группах 45 – 50 и 52 – 60 лет, что составляет 32% и 46%, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии была выявлена у 86% пациентов с метаболическим синдромом. Ожирение выявлено у 52 пациентов (74,2%), среди которых ожирение I степени у 50% больных, II степени - у 42,3% и III степени в 7,69% больных. То есть все обследованные пациенты имели абдоминальный тип ожирения и средний объем талии составлял $14,5 \pm 0,5$ см. артериальная гипертензия имела место у 85% больных с метаболическим синдромом. Нарушение углеводного обмена отмечалось у 21 больного, что соответствовало 30% обследованных лиц (среди них тощаковая гликемия и нарушение толерантности к глюкозе установлена у 42 больных). Сахарным диабетом 2 типа страдало 7 человек (10%), средний уровень тощаковой гликемии составил $9,6 \pm 5$ ммоль/л.

Гиперинсулинемия имела место у 30 обследованных пациентов, нарушение липидного обмена выявлены у 36 человек (51,4%), среди лиц с дислипидемией – гипертриглицеридемия установлена у 16 больных (22,8%), снижение холестерина липопротеидов высокой плотности имело место в 50% случаев.

Выводы: таким образом, среди лиц с метаболическим синдромом преобладают женщины, что составило 67% от общего числа обследованных. Ведущими компонентами метаболического синдрома среди обследованных лиц были ожирение – 74,2% и артериальная гипертензия 85%. В 51,4% случаев установлена дислипидемия и у 30% тощаковая гликемия.

**Панюта А.И., Опарина Т.П., Ярмула К.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РАБОТНИКОВ
МОРЕ-ХОЗЯЙСТВЕННОГО КОМПЛЕКСА**

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель. Изучить влияние сердечно-сосудистых заболеваний, как клинических проявлений метаболического синдрома, на трудоспособность работников море-хозяйственного комплекса.

Материалы и методы. Было изучено 870 случаев временной нетрудоспособности работников предприятий Одесского торгового порта за 2016 год. Изучались амбулаторные карты, больничные листы, отчеты о заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Оценивались – заболевание, приведшее к утрате трудоспособности хотя бы на 1 день, количество случаев нетрудоспособности, длительность пребывания на больничном листе. Случаи нетрудоспособности, связанные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), углубленно изучались на основании данных амбулаторных карт.

Результаты. Заболевания органов дыхания составили 593 случая (68%), из которых 583 случая (67%), приходилось на ОРВИ и пневмонии. Заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) составили 142 случая (16.3%), из которых травмы, миозиты и другие острые состояния составили 125 случаев (14.3%). На третьем месте расположились заболевания ССС – 29 случаев (3.3%), из которых на острые нарушения мозгового и венозного кровотока пришлось 3 случая (0.3%).

Среди хронических заболеваний на первом месте оказались заболевания ССС - 26 случаев (3%), преимущественно, артериальная гипертензия в сочетании или без сочетания с ИБС. На втором месте - заболевания ОДА –

17 случаев (2%), в виде артрозов. На третьем месте – хронические заболевания легких 10 случаев (1.1%), в форме бронхиальной астмы и ХОЗЛ.

Средняя длительность пребывания на больничном листе пациентов с заболеваниями ССС составила 20,7 дня. При анализе данных амбулаторных карт выявлено, что у 23 работников с заболеваниями ССС была зарегистрирована избыточная масса тела, у 12 пациентов имелись типичные сдвиги в липидограмме (повышение ОХС, ХС ЛПНП, снижение ХС ЛПВП), у 2х пациентов – ранее установленный сахарный диабет 2 типа.

Выводы.

1. Заболевания ССС занимают третье место среди всех причин временной утраты трудоспособности у работников море-хозяйственного комплекса, и первое место – среди хронических болезней.
2. У 79% работников с заболеваниями ССС, которые привели к временной утрате трудоспособности, отмечались признаки метаболического синдрома – увеличение массы тела, дислипидемия, нарушение обмена глюкозы.

Плакида А.Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА БЕРЕМЕННЫХ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы. Изучение частоты метаболического синдрома у беременных в зависимости от композиционного состава тела.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 женщин на протяжении от 2-4 недели беременности до момента родов, возраст от 22 до 41 года. Методом биоимпедансометрии исследовался композиционный состав тела с определением мышечной и жировой составляющих и уровня висцерального жира. Биохимические исследования включали определение глюкозы крови, толерантности к глюкозе, инсулина, триглицеридов, липопротеидов различной плотности.

Результаты. Установлено, что взаимосвязь между исходным весом до беременности и весом новорожденного описывается коэффициентов корреляции Пирсона $r = (+0,46)$, что характеризуется как слабая. В тоже время взаимосвязь между величиной прибавки в весе во время беременности и весом новорожденного оценивается как сильная $r = (+0,73)$. Обнаружена тесная взаимосвязь между исходным значением жировой составляющей и величиной прибавки в весе в период беременности. Также

выявлена сильная взаимосвязь между индексом массы тела в начале беременности и уровнем висцерального жира в предродовой период ($r=0,82$). Аналогичная корреляция наблюдалась с уровнем триглицеридов и глюкозы. Следовательно, величина ИМТ в начале беременности может быть использована в качестве прогностического фактора развития одного из основных компонентов метаболического синдрома, а именно, центрального абдоминального ожирения. Это позволяет с самого раннего срока беременности проводить адекватную физическую реабилитацию.

Выводы. Таким образом, исследование композиционного состава тела беременных является релевантной для прогностической оценки развития метаболического синдрома. Основное значение имеет величина прибавки в весе во время беременности. Эта прибавка, в основном, наблюдается во втором триместре. Следовательно, в этот период в особой степени должны быть применены методы физической реабилитации, направленные на коррекцию веса беременной.

Репин Н.В., Марченко Л.Н., Говоруха Т.П., Строна В.И., Васькович А.М., Чиж Ю.А.

**ПРИМЕНЕНИЕ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ И
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ РААС ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков, Украина

Цель работы: изучение морфо-функциональных изменений в ткани почки крыс с острой почечной недостаточностью (ОПН) при введении криоэкстракта плаценты крысы (КП) и применении медикаментозной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материалы и методы. Для моделирования ОПН внутримышечно однократно вводили 50% водный раствор глицерина, через 1 неделю после чего животным разных групп вводили КП, применяли медикаментозную блокаду РААС верошпироном и эналаприлом, а также ее комбинацию с криоэкс-трактом. Использовали электронно-микроскопические и гистологические методы, оценивали уровень креатинина, ионов калия и натрия в моче и крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Проводили анализ форм-улы крови и расчет индексов лейкоцитарной интоксикации и сдвиг ядра.

Результаты. Анализ функциональных показателей почек крыс свидетельствует о существенном снижении СКФ у животных всех групп,

что при недостоверном увеличении уровня креатинина крови указывает на начало развития хронической почечной недостаточности через 3 недели после введения глицерина. Колебания содержания ионов натрия и калия в сыворотке крови и в моче крыс свидетельствовали об обратимых нарушениях канальцевой реабсорбции в главных отделах нефронов, вызванных развитием ОПН. Применение медикаментозной блокады РААС, введение КП и ком-плексное воздействие КП и блокады РААС достоверно не улучшали электролитный обмен на этапе перехода ОПН в ХПН.

Гистологические и морфометрические исследования показали, что несмотря на развитие очаговой дистрофии канальцевого эпителия у крыс всех групп, только при введении КП и в комплексе КП с медикаментозной блокадой РААС наблюдалось восстановление кровообращения в корковом слое почек, что уменьшало ишемизацию коркового слоя и замедляло развитие воспалительных процессов. Введение КП вместе с медикаментозной блокадой РААС способствовало снижению ядерного индекса крови по сравнению с группой нелеченных животных.

Выводы. Использование криоэкстракта плаценты в комплексе с медикаментозной блокадой РААС улучшало выделительную функцию и кровообращение в почках крыс на этапе перехода острой почечной недостаточности в хроническую фазу.

Садыкова Г.А, Рахматуллаев Х.У., Базарова С.А.
КЛЕТОЧНАЯ РЕАКЦИЯ СЕРДЦА, ЛЁГКИХ И УРОВЕНЬ
ИНТЕРЛЕЙКИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ
ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ

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

Цель: анализировать влияние озон терапии на уровень интерлейкина IL1 β , клеточную реакцию сердца, лёгких в эксперименте на модели хронического гнойного воспаления лёгких (э-ХВЛ).

Материал и методы. У (34) беспородных крыс э-ХВЛ, в первой группе озон терапия проведена путём подкожного или внутривентрального введения озонированного физиологического раствора, 3 мл 1 раз ежедневно в течении 10 дней. Во 2 группе – озон терапия проводилась внутримышечным введением 5 мл озонированного физиологического раствора, ежедневно №10. В контрольной группе лечение не проводилось.

Результаты. Уровень IL1 β составил до лечения 120,29 $\pm$ 3,8 пг/мл (контроль 6,3 $\pm$ 0,3 пг/мл). После 10 процедур в 1 группе оно составило 86,10 $\pm$ 1,45, во второй группе 86,8 $\pm$ 2,00 пг/мл, а в ближайшие отдалённые сроки в I группе составил 70,49 $\pm$ 1,15 пг/мл и во 2 группе 40,49 $\pm$ 1,0 пг/мл. В исходном состоянии в ткани лёгкого превалировала лимфоцитарно-микрофагальная реакция. В ткани лёгкого после 10 процедур в обеих группах выявлено: Миокардиоциты крупного размера составили 43,3%, среднего 34,2%, мелкого 22,5% по сравнению с контрольной здоровой группой (соответственно 26%, 32%, 42%). Установлено наличие различных типов клеток: лимфоцитов, неактивных макрофагов, эозинофилов, плазматических и гигантских клеток. После 10 процедур в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов мелкого диаметра соответственно (63,0%-68,0%) во 2 группе крупного (55,3 – 62,0%) по сравнению с группой контроля. В отдалённые сроки в 1 группе увеличилось количество миокардиоцитов крупного диаметра (52,0%) и мелкого калибра во 2 группе (55,0%). Количество лейкоцитов и эозинофилов уменьшилось, увеличилось количество макрофагов с выраженными пищеварительными вакуолями (p<0,05).

Таким образом, при воздействии дозированной озон терапии у э-ХВЛ выявлено снижение провоспалительных интерлейкинов, активация миокардиоцитов и исходно сниженных показателей легочной макрофагальной реакции, что может найти практическое применение для профилактики и лечения хронических воспалительных процессов в дыхательных путях.

Садыков Р.А.¹, Исмаилов Б.А.¹, Тураев А.С.²

**БИОДЕГРАДАЦИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА
ГЕПРОЦЕЛ**

ГУП «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», г.Ташкент,
Узбекистан²

Институт биоорганической химии Академии Наук Республики
Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан²

Цель работы: изучение биологические свойства гемостатического имплантата из производных целлюлозы.

Материал и методы. Для исследования биодegradации использовали КМЦ меченую радиоактивным изотопом (14С-КМЦ) приготовленную по известной методике. Стерилизацию полученной КМЦ проводили гамма

облучением из источника ^{60}Co при поглощенной дозе облучения 300 кГр, затем образец меченный ^{14}C -КМЦ передан для следующих назначений.

Результаты: Установлено, что распределение ^{14}C -КМЦ по органам и тканям и выведение препарата из организма гемостатического имплантата значительная часть рассасывается уже в первые дни после имплантации. Растворенный имплантат выносится с током крови из печени, распределяется по органам и элиминируется из организма с мочой и фекалиями. В первые 10 дней выводится около 43,00% препарата.

При этом 81% экскретируемой метки выводится с мочой и только 19% с фекалиями. По-видимому, можно предположить, что с мочой выводится фракция КМЦ достаточно низкомолекулярная для проникновения через постгломерулярные щели почечной ткани. Фракция с большей молекулярной массой захватывается элементами ретикулоэндотелиальной системы (РЭС) и выводится через желудочно-кишечный тракт.

Выводы: Впервые показано, что гемостатический имплантат Гепроцел, при имплантации в живой организм полностью рассасывается, причем продукты метаболизма полностью выводятся из организма.

Самохина Л.М., Ломако В.В. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТКАНИ ПОЧЕК И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины »,
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г.Харьков, Украина

Цель работы. Исследовать влияние хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) и ритмического холодового воздействия (РХВ) на активность отдельных ферментов в тканях почек.

Материалы и методы. Под наблюдением находились самцы и самки крыс 7-8 месяцев, у которых моделировали ХАИ 10 месяцев «двухбутылочным» методом и подвергали РХВ с частотой, близкой к эндогенным ритмам организма - 0,1 Гц, 65 мин (воздух 5 ± 1 °C) ($n=5$ в каждой группе). Животных декапитировали. В безъядерной фракции 10% гомогената ткани почек исследовали активность эластаз (Эл), эндотелиальной эластазы (ЭЭл), макрофагальной металлоэластазы (МЭл) и эластазоингибиторную активность (ЭИА) α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) твердофазным ферментативным методом с использованием Ала-Ала-субстрата, связанного с пероксидазой хрена, и эластазы в качестве контроля.

Результаты. ХАИ у крыс-самцов приводит к снижению активности Эл, ЭЭл, МЭл, что может обуславливать развитие осложнений, связанных с угнетением функций нейтрофилов, функциональной активности эндотелия сосудов, деградацией экстрацеллюлярного матрикса. У самок при ХАИ активность Эл, ЭЭл повышается, что связано, скорее всего, с развитием оксидативного повреждения вследствие образования избыточного ацетальдегида, а МЭл – не изменяется. Этанол приводит к эскалации сосудистых нарушений, дистрофии субклеточных структур. ЭИА α -1-ИП независимо от пола повышена, обеспечивая защищенность почек от активности эластаз. Учитывая, что у самцов не было активации эластаз при ХАИ, РХВ после ХАИ проводили только у самок. Отмечено, что РХВ подавляют активность Эл, ЭЭл и МЭл ниже контрольных значений. РХВ приводят к снижению ЭИА, т.е. к противоположно направленным изменениям, вызванным алкоголем, указывая на отсутствие поступления α -1-ИП из мест синтеза.

Выводы. Таким образом, ХАИ приводит к гендер-специфическим изменениям активности Эл, ЭЭл, МЭл в тканях почек, активации у самок Эл, ЭЭл, что может быть скорректировано влиянием РХВ.

Самохина Л.М., Стародуб Н.Ф.

НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИИ В ТКАНЯХ ПОЧЕК
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины»,
Харьков, Национальный университет биоресурсов и природопользования
Украины, г. Киев, Украина

Цель работы. Исследовать влияние интоксикации солями тяжелых металлов на активность отдельных энзимов в тканях почек.

Материалы и методы. Под наблюдением находились крысы-самцы линии Wistar 3х-месячного возраста, которым вводили однократно внутривентриально хлорид кобальта ($\text{CoCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$) в 0,9% NaCl 3 мг / 100 г массы тела или хлорид ртути в 0,9% NaCl 0,7 мг / 100 г массы. Животных декапитировали через 2 ч после введения. Контрольным животным вводили соответствующий объем физиологического раствора. В безъядерных фракциях го-могенатов тканей почек определяли активность энзимов независимых от ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) путей образования ангио-тензина II (АП) - химазы, тонина, катепсина G (катG), эластазы-2 (Эл-2), а также эндотелиальной эластазы (ЭЭл) энзиматическим методом с использованием протеинового субстрата, связанного с пероксидазой хрена.

Результаты. Установлено, что при введении CoCl_2 в почках существенно повышается активность химазы, Эл-2, ЭЭл, а при введении HgCl_2 - химазы, тонина, Эл-2 (в 2 раза) и снижается активность ЭЭл. Повышение химазы, тонина, Эл-2 свидетельствует об активации образования АП. При этом хи-маза крыс скорее расщепляет АП, а образует только при высоких концен-трациях АП. Активация АПФ-независимых путей в почках может приводить к реструктуризации тканей с последующей органной дисфункцией. Почки, как и печень, являются органом, где максимально аккумулируется кобальт, но изменения активности указанных энзимов при введении HgCl_2 более существенные. Последнее может быть обусловлено высоким сродством ионов ртути к сульфгидрильным группам протеинов. Отличия активности ЭЭл обусловлены тем, что CoCl_2 является гипоксия-зависимым фактором, а эндотелиальные клетки реагируют на гипоксию снижением деградации гипоксия-индуцибельного фактора 1α , накопление которого приводит к повышению транскрипции многочисленных протеинов, в том числе ЭЭл. Снижение ЭЭл при введении HgCl_2 может непосредственно влиять на образование соединительнотканых протеинов, связано с увеличением содержания эластина.

Вывод. Таким образом, влияние интоксикации солями кобальта и ртути приводит к разной степени активации в тканях почек ферментов АПФ-независимых путей образования АП и ЭЭл-специфическим эффектам.

**Снегурская И.А., Мысниченко О. В., Милославский Д.К., Божко В.В.,
Юшко К.А.**

**РОЛЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ИЗМЕНЕНИИ
СТРУКТУРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН
Украины», г. Харьков

Цель работы. Изучить влияние абдоминального ожирения (АО) на частоту кардиометаболических нарушений, показатели сердечно-сосудистого ремоделирования у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы та методы. Обследовано 117 больных ГБ 2-3-й степени в возрасте от 36 до 69 лет. У 86 больных диагностировано АО. Изучали показатели углеводного обмена, характер дислипидемий (ДЛП), уровни мочевой кислоты крови, показатели ремоделирования сердца.

Результаты. Среди больных ГБ с АО гипергликемия натощак (ГГН) выявлена у 30 % больных, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – у 5% больных, сочетание ГГН и НТГ - у 5% пациентов. Тогда как только у 17% больных ГХ без АО диагностирована ГГН и у 8% - НТГ. Инсулино-резистентность выявлена у 78% больных ГБ с АО и у 61% больных без АО. У больных ГБ с АО достоверно чаще встречалась ДЛП (у 91%), чем у больных ГБ без АО (у 34%), $p<0,05$. Большинство пациентов с АО (48%) имели комбинированную ДЛП. Но среди больных ГБ без АО она была диагностирована лишь у 10% больных. В структуре ДЛП у пациентов без АО преобладала гиперхолестеринемия (у 22% пациентов). Гиперурикемия (ГУ) достоверно чаще регистрировалась у больных ГБ с АО (у 41%), чем у больных без АО (у 27%), $p<0,05$. Выявлен достоверно больший процент прогностически неблагоприятной концентрической гипертрофии левого желудочка (КГЛЖ) – 47% у пациентов с ГБ и АО, в сравнении с пациентами без АО (у 36%), $p<0,05$.

Повышенное пульсовое артериальное давление, подтверждающее повышение жесткости сосудистой стенки, также чаще диагностировалось у больных ГБ с АО (у 38%), чем у больных без АО (у 23%), $p<0,05$. Сердечная недостаточность (СН) I степени диагностирована у 51% больных ГБ с АО и у 38% пациентов без АО ($p<0,05$). Среди обследованных больных очень высокий сердечно-сосудистый риск (ССР) отмечен у 51% больных ГБ с АО, что достоверно выше чем у больных без АО (у 23% пациентов), $p<0,05$.

Выводы. У больных ГБ с АО, в сравнении с аналогичными больными без АО, выявлено достоверное повышение частоты атерогенной ДЛП (комбинированной), большее количество начальных нарушений углеводного обмена, ГУ, ухудшение структурно-функциональных показателей сердца и сосудов (увеличение больных с КГЛЖ, повышенной жесткостью сосудистой стенки), больше больных с СН. Эти изменения и обусловили очень высокий ССР у большинства больных ГБ с АО.

Снегурская И.А., Божко В.В., Милославский Д.К., Старченко Т.Г.
СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И
ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ
ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ
ГУ «Национальный Институт терапии им. Л.Т.Малой» НАМН
Украины (г. Харьков, Украина)

Цель работы – изучить особенности состояния липидного, углеводного, пуринового обменов и показателей неспецифического воспаления у больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО) и гиперурикемией (ГУЕ).

Материалы и методы. Были обследованы 172 больных ГБ 2-3 степени. АО считали объем талии >102 см - у мужчин и, >88 см – у женщин. В крови определяли показатели общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ХЛПВП), низкой (ХЛПНП) и очень низкой (ХСЛПОНП) плотности; глюкозы (натощак и после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), инсулина (с расчетом индекса НОМА); С-реактивного белка (СРБ). ГУЕ считали плазменный уровень мочевой кислоты (МК) >360 мкмоль/л.

Больные были поделены на группы: с наличием АО (128 пациентов и без АО (44 больных); с наличием ГУЕ (98 пациентов) с наличием нормоурикемии (НУЕ) - 74 больных.

Результаты. Больные с ГБ и АО отличались от больных ГБ без АО достоверно более высокими уровнями ТГ, ХЛПНП и достоверно более низким уровнем ХЛПВП. У 18 % больных с ГБ и АО диагностировалось нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). У больных ГБ без АО НТГ не наблюдалось. Больные с ГУЕ отличались от больных с НУЕ более высокими показателями ТГ и ХЛПОНП: ($2,33 \pm 0,28$) ммоль/л против ($1,65 \pm 0,14$) ммоль/л, $p < 0,05$ и ($1,03 \pm 0,12$) ммоль/л против ($0,76 \pm 0,07$) ммоль/л, $p < 0,05$), соответственно.

У больных с ГБ и ГУЕ достоверно большими оказались показатели гликемии после ПГТТ, уровень инсулина и индекс НОМА. Частота комбинированной дислипидемии при сочетании ГБ+АО+ГУЕ оказалась достоверно выше, чем при сочетании ГБ только с АО либо только с ГУЕ. При сочетании ГБ с АО и ГУЕ отмечено повышение уровня СРБ до ($9,2 \pm 0,7$) мг/л (у больных с АГ и АО – ($3,6 \pm 0,2$) мг/л, $p < 0,05$; у больных с ГБ и ГУЕ – ($7,1 \pm 0,3$) мг/мл).

Выводы. Наличие АО у больных ГБ ассоциировалось с повышением уровня ХЛПНП, снижением уровня ХЛПВП и нарушением толерантности к глюкозе. ГУЕ ассоциировалась с гипертриглицеридемией и повышенным уровнем ХЛПОНП. При сочетании ГБ с АО и ГУЕ прогрессировали негативные изменения липидного и углеводного обменов и отмечалось повышение плазменного уровня СРБ.

Султонова Д.М.
МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА ОВҚАТЛАНИШНИ АХАМИЯТИ
Анджон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Соғлом овқатланиш соғлом турмуш тарзининг асосини ташкил қилади. БССТ (2002) бериши бўйича касаллик ва ўлимга сабаб долзарб 10 та омиллардан 6 таси овқатланиш характери билан боғлиқ. Тана вазнининг камайиши, семириш, темир танқислиги анемияси, хавфсиз бўлмаган сув, санитар гигиеник шароит, юқори қон босими, қонда холестеринни юқорилиги. БССТнинг Европа регионал бюроси учта йўналишни тавсия қилади: овқатланишни саломатлик ҳолатига қараб йўналтириш, озуқа моддаларни хавфсизлигини ва мустахкам озиқ овқат билан таъминлаш.

Материал ва усул: Ўзбекистонда 90- йиллардан буён гўдаклар ва болалар ўлимини камайтиришда маълум даражада ютуқларга эришилди. Шунга қарамай маълумотларга қараганда бу кўрсаткичлар юқори даражада сақланмоқда.

Текширишлар натижасига кўра 2005- йил сурункали овқат етишмовчилиги 1 ёшгача бўлган болаларнинг 17.6% ни ташкил қилади. 1 ёшдан 3 ёшгача овқат етишмовчилиги энг юқори, улардан 7% оғир даражада. Бу болаларнинг нораціонал овқатланиши билан боғлиқ. Бу болаларнинг жисмоний тараққиётида намоён бўлади. Бўйнинг пастлиги, тана вазнининг озлиги 1 ёшли болаларда 35% ни, ундан 11% бўйини ўсиши ўта орқада қолиши билан фарқланади. Бу кўрсаткичлар қишлоқда шаҳарга нисбатан юқори даражада. 52 % 5 ёшгача бўлган болаларда витамин А нинг етишмовчилиги ва ич ўтки касалликлари юқори даражада кичик ёшдаги болаларда сақланиб қолаяпти. Кўкрак сути билан болани озиқлантириш бизни одатларимизга оид бўлишидан қатъий назар 20% гина болалар фақат кўкрак сути билан боқиш 6 ойгача бўлаяпти. Болаларни кўкрак судидан сунъий овқатлантиришга ўтиши стресс ҳолат омили бўлиб ҳисобланади .

Хулоса: Булардан келиб чиққан ҳолда аҳолинини сифатли ва хавфсиз доимий озиқ - овқат маҳсулотлари билан таъминлаш. Аҳолини айниқса 5 ёшгача болалар, ҳомиладор аёллар, туғруқ ёшидаги аёллар, ёшлар ва кексалар ўртасида соғлом овқатланиш кўникмалари билимларини ошириш мақсадга мувофиқдир.

Султонова Д.М.

**ДИЗМЕТОБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ФОНИДА РЕЦИДИВЛАНУВЧИ
ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ.**

Андижон Давлат тиббиёт институти

Мақсад. Бизнинг мақсадимиз оксалатли нефропатияси мавжуд бемор болаларда, рецидивланувчи обструктив бронхитнинг клиник кечишини ўрганиш ва касаллик асоратларга олиб келмасдан эрта самарали даволашга эришиш.

Материал ва усуллар. 28 нафар оксалатли нефропатияли беморларда рецидивланувчи обструктив бронхитнинг клиник кечишини ўрганилди, ушбу беморларда клиник таҳлиллار умумий қон, сийдик, ахлат таҳлили, биохимиявий қон таҳлили, қон зардобидида микдори аниқланди, буйраклар ЎТТ ва НЧЮТ аниқлаш мақсадида пикфлуорометрия ўтказилди.

Олинган натижалар. 28 нафар 6 ойдан 3 ёшгача беморлар текширилганда ҳамма беморлар сийдик таҳлилида ажраётган оксалатлар суткалик микдори 200мг юқори, умумий қон таҳлилида эозинофиллар юқорилиги ҳамда НЧЮТ 80% дан паст эканлиги аниқланди. Шу туфайли рецидивланувчи обструктив бронхит дизметоболик нефропатия фонида оғирроқ кечиши ва рецидивлар сони юқори эканлиги ҳамда клиник манзарасида эрта ёшданок буғимларида оғриқлар ва уларнинг шишинкираши, кориндаги оғриқлар (буйрак санчиги), ўпкалар зарарланиши кузатилиб, бу белгилар юқорида айтиб утилган аъзоларда оксалатлар чуқишига боғлиқ.

Биз рецидивланувчи обструктив бронхитнинг даволашни оксалатли нефропатия биланан биргаликда даволаш амалга оширилди ва беморларга махсус пархезлар буюрилди ва натижада касаллик рецидивлар сони камайишга эришилди.

Хулоса. Тажрибалардан ушбу хулосаларга келинди текширилган беморларда рецидивланувчи обструктив бронхит оксалатли нефропатия фонида оғир кечиши рецидивланиши кўп эканлиги. Рецидив обструктив бронхитнинг даволаш билан оксалатли нефропатияларнинг даволаш биргаликда амалга оширилиши зарур. Сийдик кислотали диатезли беморларнинг эрта аниқлаб даволаш олиб бориш ва натижада организм гиперсенситиблизация ҳолатини камайишига ва турли хил аллергия касалликларнинг олдини олишга эришиш мумкин.

Таджиев Б.М.¹, Максудова Л.И.¹, Ташпулатова М.Х.²

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ, ПРОИСХОДЯЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹,
Ташкентская медицинская академия², Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить результаты клинико-лабораторных, инструментальных исследований больных с хроническим гепатитом, вызванный жировой болезнью печени (ЖБП). Оптимизация принципов терапии.

Материалы и методы: Обследованы 40 больных в возрасте 25-45 лет. В динамике болезни проводились: общеклинические (общий анализ крови, мочи, кала), биохимические (общий билирубин и его фракции, ферменты АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза); липидограмма; маркёры к вирусным гепатитам А, В, С (ПЦР, ИФА), которые были отрицательны. УЗИ печени, аппарат фиброскан. Больные были распределены на 2 группы: 1-получавшие базисную терапию (рациональное питание, физкультура) (15); 2– базисную терапию и урсосан (10-15 мг/кг в сутки в течение 1 месяца) (25).

Результаты: Наиболее частыми были жалобы на слабость, быструю утомляемость, раздражительность (100%). Диспептический синдром: боли в эпигастрии у 30 (75%), вздутие живота 35 (87%), тошнота, изжога 23 (57%), запоры 31 (77%). Гепатоспленомегалия- у 28 (70%) больных. Средние уровни АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы в крови превышали норму в 1.5-2,5 раза. Общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, триглицериды превышали нормативные величины у 22 (55%) больных. Среди пациентов 34 (85%) имели изменения УЗИ печени (повышение эхогенности печени, увеличение размеров печени), хронический холецистит. У 10 (25%) фиброз отсутствовал F0, минимальным F1 был у 23 (57%), портальный фиброз F2 у 7 (16%) пациентов. У 32 больных (80%) отмечено ожирение 1,2 степени. Исследования показали, что во 2 группе больных быстрее сокращалась продолжительность основных клинических симптомов заболевания ($P>0,05$). Уровни АлАт, АсАТ, щелочной фосфатазы снижалась в обеих группах, но во 2 группе это снижение было более значимо ($P>0,05$). Нормализация этих показателей произошло у 80 % (2 группа) и 33% больных (1 группа) соответственно.

Выводы: таким образом, длительное применение препарата урсосана, обладающий гепатопротекторным и холелитолитическим средством рекомендуется для лечения жировой болезни печени.

Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Азизова Ф.Ф., Хусанов А.А.
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ.

Ташкентский институт усовершенствования врачей. Узбекистан.

Цель исследования: изучить особенности влияния variability артериального давления на поражение органов мишеней у беременных с различными формами артериальной гипертензии, а также оценить эффективность антигипертензивной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 59 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, ср. возраст $28 \pm 5,6$ лет, беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ). В конце I, во II (20-22 неделя) и III (30-32 неделя) триместрах беременным проводили клинико-лабораторные исследования, суточное мониторирование АД (СМАД), анализ дневников самоконтроля артериального давления (АД), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и др. Анализировались исходы беременности и родов, наблюдение проводилось в течении 6-12 недель после родов. СМАД у беременных выполняли в амбулаторных условиях на 10-11, 32-33 неделях беременности. Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакета STATISTICA-6 и возможностей Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. При оценке variability АД оказалось, что у большинства пациенток в группе исследования не только не контролировалось клиническое АД, но они имели неблагоприятный суточный индекс АД. Наиболее серьезные нарушения были отмечены в отношении снижения САД в ночные часы, 27% включенных в исследование беременных имели нормальную (оптимальную) степень ночного снижения САД (dipper), в то время как нормальный показатель суточного индекса ДАД был у 13% пациентов, с недостаточной степенью ночного снижения САД и ДАД (non dipper) было 30%, стабильное повышение ночного САД (night peaker) было у 10% пациентов, но не выявлялось в отношении ДАД. Пациенток с повышенной степенью ночного снижения САД и ДАД (over dipper) было приблизительно равное количество. При этом у женщин с высоким нормальным артериальным давлением и высокой variability АД течение беременности осложняется ранним токсикозом, угрозой прерывания беременности, декомпенсированной плацентарной недостаточностью с задержкой роста плода, а также гестозом

различной степени тяжести. Причиной этих осложнений, по-видимому, являются эндотелиальная дисфункция.

Выводы. Таким образом: на момент включения в исследование пациентки имели не только не контролируемое клиническое АД, но и АД в ночные часы, в особенности САД. Непродолжительный, гипертензивный анамнез у беременных определяется увеличением пульсового давления в течение суток, особенно выраженное в дневное время при повышенной вариабельности АД, что является предиктором эндотелиальной дисфункции.

Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Атаханова Л.Э.
ИЗУЧЕНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ МОКСОНИДИНА У
ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность, переносимость и плеiotропные эффекты моксонидина у женщин с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне менопаузального метаболического синдрома (ММС) в постменопаузе.

Материал и методы. Обследовано 30 женщин с ГБ (АГ 1-2 степени) и ММС в постменопаузе в возрасте от 47 до 55 лет (в среднем $52,5 \pm 0,4$ года). Уровень АДс у обследованных до начала медикаментозной терапии варьировал от 136 мм рт. ст. до 167 мм рт. ст. (в среднем $146,3 \pm 1,4$ мм Рт. ст.), а АДд - от 76 мм рт. ст. до 100 мм рт. ст. (в среднем $88,6 \pm 1,2$ мм рт. ст.). Окружность талии у обследованных составляла 89-131 см (в среднем $97,0 \pm 2,1$ см). Индекс массы тела варьировал от 26,5 кг/м² до 39,2 кг/м² (в среднем $31,9 \pm 0,8$ кг/м²). Пациенткам проводилась антигипертензивная терапия селективным агонистом имидазолиновых рецепторов моксонидином (Физиотенз®, Abbott Products) в течение 12 недель в рамках открытого клинического исследования.

Исходно и на 12-ой неделе терапии проводили измерения антропометрических показателей (масса тела, окружность талии и бедер), АД и ЧСС, полное физикальное обследование, ЭхоКГ исследование сердца с оценкой структурно-функциональных показателей миокарда и дуплексное исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ ОСА). Наряду с этим, оценивали влияние терапии Физиотензом на показатели углеводного, липидного спектра. Статистическая обработка материала выполнялась общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашем исследовании из 30 женщин с гипертонической болезнью (артериальной гипертензией 1-ой и 2-ой степени) и метаболическим синдромом в постменопаузе на фоне терапии Физиотензом через 8 недель лечения целевой уровень АД был достигнут у 19 (63,3%) больных. После того, как у пациенток с неполным антигипертензивным эффектом через 12 недель лечения доза препарата была увеличена, АД эффективно контролировалось - то есть было ниже 140/90 мм рт. ст. у 26 (86,7%) больных, что доказывает высокую антигипертензивную эффективность Физиотенза. Нужно отметить, что целевой уровень АД менее 130/80 мм рт. ст., к которому нужно стремиться у пациентов с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском, к числу которых относятся и пациенты с метаболическим синдромом, достигли лишь 12 (40%) пациенток. У 3 (10%) пациенток из числа тех, кому на 4-й неделе лечения доза Физиотенза была увеличена до 600 мкг в сутки, к 6-й неделе лечения АД не достигло целевого уровня и снизилось недостаточно по сравнению с исходным. Значение АД у этих женщин до начала терапии достоверно не отличалось от АД в целом по группе, но отмечена тенденция к более высокому его уровню. Отсутствие антигипертензивного эффекта монотерапии Физиотензом потребовало у этих 3-х пациенток добавления к лечению второго препарата и исключения этих больных из исследования. Обращает на себя внимание тот факт, что на фоне терапии Физиотензом наблюдалось не только снижение систолического и диастолического АД, но и достоверное уменьшение пульсового артериального давления. Важно подчеркнуть и хорошую переносимость лечения. Лишь у 4-х (13,3%) пациенток была зарегистрирована сухость во рту - побочное явление. По нашим данным, у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом при достижении нормальных уровней АД через три месяца терапии Физиотензом наблюдалась также тенденция к снижению уровня глюкозы, а также отмечено повышение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП). Динамика лечения продемонстрировала улучшение структурно-функциональных показателей сердца характеризующих диастолическую функцию левого желудочка. Время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) уменьшилось, а соотношение пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка (Е/А) увеличилось, что отчасти согласуется с результатами других исследований. Кроме того, уменьшились диаметр и объем левого предсердия. Толщина комплекса интима-медиа общих сонных артерий на фоне терапии Физиотензом

достоверно не изменилась, но отмечена тенденция к уменьшению этого показателя.

Выводы. Физиотенз - эффективный антигипертензивный препарат для лечения женщин с гипертонической болезнью на фоне метаболического синдрома в постменопаузе, на фоне лечения которым зарегистрировано снижение массы тела и ИМТ, улучшение показателей углеводного и липидного обмена, улучшение показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка и уменьшение объема и диаметра левого предсердия. Полученные результаты свидетельствуют также о достоверном снижении пульсового артериального давления на фоне терапии Физиотензом, повышение которого является независимым и значимым фактором риска неблагоприятного прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ташметова Г.Т.

СОЧЕТАНИЕ АЛЛЕРГОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Узбекистан

Цель. Изучение клинико-anamnestических особенностей аллергозов у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В пульмонологическом отделении 1 городской клинической больницы №1 под наблюдением находилось 86 больных с бронхиальной астмой в возрасте от 20ти до 60ти лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 20ти лет.

Диагноз бронхиальной астмы устанавливался на основании анамnestических, клинико-функциональных и лабораторных данных.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных данных установлено, что 56% обследованных подтверждают наличие бронхиальной астмы в анамнезе, в том числе по материнской линии – 63%. Наличие аллергопатологии в семье у 28% обследованных, 16% - заболевание ни с чем не связывают. У подавляющего большинства - 68% обследованных манифестация бронхиальной астмы приходилась на ранний детский возраст, остальные 32% стали отмечать заболевание в более зрелом возрасте.

В ходе исследования было выявлено, что 36% больных бронхиальной астмой имели персистирующий аллергический ринит, 9% - риноконъюнктивальную форму поллиноза, 7% - atopический дерматит, 3% - полипы носа.

Всем больным исследован общий иммуноглобулин Е в крови, который в 58% оказался выше нормы.

Выводы: Таким образом, атопический фон имеет существенную роль в возникновении бронхиальной астмы. Бронхиальной астме часто сопутствует аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит. Манифестация бронхиальной астмы происходит в раннем детском возрасте.

Ташметова Г.Т.

КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Узбекистан

Цель. Анализ режимов терапии, рациональности их применения и влияния базисной терапии форматеролом и будесонидом на контролируемость бронхиальной астмы и отказ от системных глюкокортистероидов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 423 пациента с бронхиальной астмой с различными степенями тяжести. Определены уровень контроля и варианты базисной терапии.

Результаты и обсуждение. 7% обследованных имели неконтролируемое течение бронхиальной астмы, что было связано с нерациональной терапией в виде применения системных гормонов внутрь в дозах от 10 до 30мг/сут, вместо базисной терапии ингаляционными кортикостероидами (ИГКС) (11% от общего количества больных), неправильным владением техники применения аэрозольных устройств - ИГКС), в том числе и В2 агонистов (32% от общего количества больных), с синдромом перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (Оверлап синдром) (13% от общего количества больных), несоблюдение режимов терапии по ступеням, который встречался в 44% случаев.

Выводы. У пациентов принимавших только системные кортикостероиды удалось снизить дозы, а в некоторых случаях (у 50% из всех принимавших системные стероиды) отменить их на фоне форматерола (Форалес) и будесонида (Будектон). У остальных пациентов отмечен контроль или же частичный контроль на фоне применения вышеуказанной комбинации для базисной терапии. У пациентов с тяжелой степенью астмы удалось добиться контроля в 73% случаев.

Тилляшайхова И.М., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИДПП-4 И АГПП-1 С
МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С СД 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии и детской эндокринологии ТашПМИ,
Кафедра эндокринологии ТашИУВ.

Цель работы: Оценить сравнительную эффективность препаратов инкретинового ряда аГПП-1 лираглутида (Виктоза) и иДПП-4 линаглиптина (Традженда) в комбинации с метформинном.

Материалы и методы: В анализ включены 40 пациентов с СД2, принимавшие метформин, но не достигшие компенсации. Пациенты наблюдались в РСНПЦ Эндокринологии МЗ РУз в течение 12 недель. Пациенты были в возрасте от 45 до 65. Продолжительность заболевания в среднем 6,5 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по получаемой терапии: 1) получавшие лираглутид+метформин (n=10); 2) линаглиптин+метформин (n=30) Лираглутид назначался пк в дозе 0,6мг в течение 2-4 недель, с 4 недели доза препарата была увеличена до 1,2 мг ежедневно. Линаглиптин принимали внутрь, в дозе - 5 мг (1 таб.) 1 раз/сут. Оценивали: ГН и ППГ, уровень HbA1c, ИМТ, ОТ. Повторное обследование проводили через 3 месяца. Оценку компенсации проводили согласно критериям EASD от 2012-2015г.

Результаты исследования и их обсуждение: По результатам анализа в обеих группах отмечается достоверное снижение показателей ГН,ППГ. В 1 группе отмечалось более выраженное снижение ГН на 1,9 ммоль/л, а ППГ снизилась на 2,3 ммоль/л, уровень HbA1c на 1,0%, ИМТ на 0,9 кг/м², ОТ 5см. Во 2 группе отмечалось снижение ГН на 0,9 ммоль/л и ППГ снизилась на 0,7 ммоль/л, уровень HbA1c снизился на 0,65 %, ИМТ 0,8 кг/м², ОТ 2 см. При этом в 1 группе целевой уровень HbA1c достигнут у 20% пациентов HbA1c <7,0%, у 60% пациентов HbA1c был выше целевых значений, но ниже <8,0%. Во 2 группе целевой уровень достигнут у 33%, у 47%, пациентов показатель HbA1c был выше 7,0%, но ниже 8,0%. У остальных пациентов 1 и 2 групп (20% в каждой из групп) уровень HbA1c к концу лечения был ниже исходных показателей, но выше 8,0%.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование показало более выраженное снижение показателей углеводного обмена, ИМТ, объема талии у больных СД2 типа на фоне 3-месячной терапии лираглутидом, в сравнении с линаглиптином. Результаты исследования позволяют

рекомендовать ли-раглутид (Виктоза) для длительной терапии больных СД 2 типа, в том числе и для больных с ожирением, в стадии декомпенсации.

Топчий И.И., Самохина Л.М., Кириенко А.Н., Якименко Ю.С.
СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины»,
Харьков, Украина

Цель. Исследовать содержание кальция и фосфора на фоне структурных и функциональных изменений почек при диабетической нефропатии (ДН) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. Наблюдали 68 больных среднего и пожилого возраста с СД 2-го типа в сочетании с ДН II-IV стадий до лечения. Стадию ДН устанавливали согласно С. Mogensen (1981 г.). Контрольная группа - 8 здоровых лиц. Концентрацию кальция и фосфора исследовали в сыворотке крови с использованием наборов Cormau (Польша). Оценивали наличие кальциноза коронарных артерий методом рентгенологического обследования органов грудной клетки и морфологические изменения сосудистой стенки общих сонных артерий (ОСА) количественной эхокардиографией.

Результаты. Установлено повышение концентрации кальция при ДНIV, более существенное повышение по сравнению с контролем отмечено у мужчин среднего возраста. Выявлены гендер-специфические особенности: повышение содержания кальция у мужчин пожилого возраста по сравнению с женщинами. Рентгенологическое обследование позволило обнаружить наличие кальцификации сосудов у лиц с повышенным содержанием кальция, изучение кровотока и морфологии ОСА - наличие 3 типов изменений сосудов: атеросклеротические бляшки при нормальной толщине комплекса интима-медиа (КИМ) (49%); диффузное утолщение КИМ при отсутствии воспалительных изменений сосудистой стенки (26%); наличие и атеросклеротических бляшек, и утолщения КИМ (25%). Выявлено повышение содержания фосфора, кроме мужчин пожилого возраста, более выраженное у женщин по сравнению с мужчинами. Однонаправленные изменения концентрации кальция и фосфора отмечены у мужчин среднего возраста, обратная корреляция - у женщин пожилого возраста: повышение содержания фосфора на фоне снижения концентрации кальция.

Выводы. Таким образом, у больных СД 2-го типа на фоне структурных и функциональных изменений почек наблюдается повышение концентрации кальция и фосфора при ДНIV у мужчин среднего возраста, у

мужчин пожилого возраста - повышение концентрации кальция отмечается на фоне отсутствия изменений содержания фосфора, а у женщин более выражено повышение концентрации фосфора.

Тулабоева Г.М., Нуралиева Д.М., Отамирзаев Н.Р., Сагатова Х.М.
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА
У БОЛЬНЫХ С СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования. Изучить мембраностабилизирующий эффект телмисартана на фоне 8-недельной монотерапии у пациентов со стабильной стенокардией в сочетании с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследованы 81 пациент в возрасте 38-76 лет с верифицированным диагнозом АГ I-II степени в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ (1999 г.) и ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения преимущественно II функционального класса по классификации Канадского общества кардиологов. Группа контроля состояла из 25 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 49 лет. Длительность АГ составило от 7,5 до 11,1 лет, длительность ИБС от 3,9 до 4,6 лет. Все пациенты после 7-10-дневного обследования в условиях стационара или амбулаторно на фоне отмены предшествующей терапии случайным методом были рандомизированы на 2 группы; 1-группа (40 пациентов) получали телмисартан в дозе 40-80 мг\сут. пациенты 2-группы (n=41) получали эналаприл в дозе 10-20мг\сут. Для изучения показателей липидного обмена использовали мембраны тромбоцитов. Методом тонкослойной хроматографии получали уровень свободного холестерина (СХ), эфиров холестерина (ЭХС) и фракции фосфолипидов; лизофосфатидилхолин (ЛФХ), сфингомиелин (СМ), фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилсерин(ФС) и фосфатидилэтаноламин (ФЭА).

Результаты исследования. уровень САД снизился в 1-группе на 26% ($p<0,0001$), ДАД на 20 % ($p<0,0002$), во 2-группе САД на 23,4% ($p<0,0001$), ДАД на 17% ($p<0,0002$). Достоверная динамика ЧСС как в 1-ой ($79\pm 5,7$ против $70\pm 5,6$ уд/мин.), так и во 2-ой группе ($77\pm 5,8$ против $72\pm 5,1$ уд/мин.) не имело место. По результатам контрольных ВЭМ пробы, мы получили достоверное увеличение пороговой мощности с $99,4\pm 2,8$ до $112\pm 6,5$ Вт ($p<0,05$) в 1 группе и со $100,5\pm 3,7$ до $112,3\pm 5,1$ Вт (недостоверные-НД) во 2-группе; продолжительности нагрузки увеличено с $8,4\pm 0,6$ до $9,9\pm 0,7$ мин. В 1 группе с $8,5\pm 0,6$ до $9,7\pm 0,6$ мин. Результаты биохимических исследований

клеточных мембран тромбоцитов на фоне терапии показали, что наиболее положительная динамика имела место в 1 группе пациентов. На фоне телмисартана выявили достоверное снижение ЛФХ на 30% ($p < 0,05$), ФС на 42% и ($p < 0,0001$) увеличение ФХ на 17 % ($p < 0,01$) по отношению к исходным значениям. Во 2-группе пациентов значимая положительная динамика фосфолипидного обмена на уровне мембран тромбоцитов не прослеживается.

Выводы. Таким образом, прием телмисартана и эналаприла в виде монотерапии в течение 8 недель у пациентов со стабильной стенокардией напряжения в сочетании с артериальной гипертонией проявлялся положительной динамикой клинических показателей, однако, телмисартан оказал существенное положительное влияние на мембранно-клеточные параметры, что демонстрирует его антиишемический эффект.

Убайдуллаева Н.Н., Ташметов Х.М.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Цель: выявить побудительные причины и возраст начала курения табака юношами и подростками профессиональных колледжей и проанализировать мотивации продолжения в период обучения в колледже.

Методы исследования: проведено проспективное когортное исследование методом анонимного опроса (в форме анкетирования) 1817 учащихся колледжа (средний возраст) - $17,2 \pm 2,6$ лет.

Результаты: частота курения табака среди учащихся колледжа составляет $17,7 \pm 1,14\%$. Потребность в ежедневном курении испытывают $22,0 \pm 2,38\%$ юношей. Подавляющее большинство ($75,2 \pm 2,38\%$) респондентов начало курить в подростковом возрасте. Среди побудительных причин начала курения лидируют любопытство ($52,48 \pm 2,14\%$) и желание соответствовать стандартам поведения курящих сверстников ($23,88 \pm 2,51\%$). Продолжение курения в период обучения в колледже мотивировано у $22,37 \pm 3,94\%$ - влияние курящих друзей. Каждый 4-й юноша потребляет табак при возникновении проблемных жизненных ситуаций, $9,92 \pm 2,88\%$ респондентов продолжают курить в связи с безуспешностью попыток бросить курить. При отказе от табака $15,50 \pm 4,28\%$ курящих юношей испытывали непреодолимое желание закурить, а $21,94 \pm 4,11\%$ отмечали плохое настроение и самочувствие, которые улучшались при поступлении в организм никотина. В тоже время

80,44±2,56% респондентов утверждают, что при желании могут бросить курить. По результатам теста Фагерстрема, табачную зависимость высокой степени имеют 5,40±2,08% ежедневно курящих учащихся, средней степени – 14,70±2,33%, слабой – 35,50-3.32%.

Вывод: табачная зависимость является одной из причин продолжения курения табака учащимися колледжа. Эти данные диктуют необходимость внедрения в учебный процесс элементов антисмокинг-программ.

**Усманкулова Х.М., Гарифуллина Л.М., Холмурадова З.Э.
СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ
ТАШКИЛ ЭТУВЧИЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

Самарқанд давлат медицина институти. Самарқанд. Ўзбекистон.

Ишнинг мақсади. Ўрганилди семизлиги бор болаларда МС ни ташкил қилувчи компонентларни учраш частотасини аниқлаш.

Текширишнинг материаллари ва усуллари: текширувимиз остида экзоген-конституционал семизлиги бор 12 ёшдан 18 ёшгача булган 50 та бола булди. Қўйидаги клиник текширувлар ўтказилди: ҳаёт анамнезини ўрганиш, антропометрия, ортиқча тана массасини фоизларда ҳисоблаш, ТМИ(тана массаси индекси), бел айланаси (БА).Семизлиги бор болалар абдоминал семизлигига қараб гуруҳларга ажратилди. I гуруҳга 19 та тананинг барча қисмларида бир хил типдаги семириш билан болалар киритилди, 2 гуруҳга абдоминал семизлиги бор 31 та бола киритилди. Шунингдек назорат гуруҳини 20 та 14 ёшдан 16 ёшгача булган ТМИ 18 дан 24,9 кг/м² гача булган болалар ташкил этди.

Текшириш натижалари. Шунинг курсатдики, ТМИ I гуруҳда 27,05 ±0,41 кг/м² ни ташкил этди; II гуруҳда эса нисбатан юқори курсатгичларда эди 32,11±0,38 кг/м², солиштирма гуруҳда ўртача 18,14±0,41кг/м² ни ташкил қилди. Холестириннинг ўртача курсатгичи ҳам ТМИ ва БА билан боғлиқ булиб, АС бор болаларда унинг миқдори (5,52±0,41 ммоль/л) ни ташкил этган булса, 1 гуруҳдаги болаларда унинг миқдори 3,51±0,32 ммоль/л ни ташкил этган. 19,3% АС бор беморларда ПЗЛП миёрий курсатгичларга мос булса, 38,7% болаларда эса юқори чегаравий курсатгичларда, 22,5% энг юқори курсатгичларда аниқланди. ЮЗЛП АС бор болаларда энг паст курсатгичларда 1,21±0,14 ммоль/л (1,34±0,11 ммоль/л 1 гуруҳда) эди. 31,5 % болаларда сийдик кислотаси миқдорининг ошганлиги аниқланди (АС бор болаларда ўртача 0,425±0,31 ммоль/л ва тананинг барча қисмларида бир хил типдаги семизлиги бор болаларда 0,309±0,28 ммоль/л), қиёсий гуруҳда эса бу курсатгич кузатилмади (P<0,001).) Асосий гуруҳдаги болаларда нахорда

глюкоза миқдори $5,62 \pm 0,05$ ммоль/л семизлик типидан қатъий назар, қиёсий гуруҳда эса нисбатдан паст $4,08 \pm 0,07$ ммоль/л эди. Корреляцион таҳлил шуни курсатадики, АС бор болаларда БА нинг ошиши билан ИРИ ва НОМА_R ($r = +0,608$ и $r = +0,702$) ошиши кузатилган. Аниқландики МСнинг хавф гуруҳига (АС + 1 омил: углевод ёки липидли маркер, ёки АГ) 14 (45,1%) болаларда кузатилган бўлса, тулиқ МС (АС + 2 ва ундан кўп қўшимча омиллар) 7 та болада (22,5%) кузатилди.

Хулосалар. Шундай қилиб, АС бор болаларнинг 1/5 да тулиқ метаболик синдром аниқланди, 1/2 қисм абдоминал семизлиги бор бўлган болаларда 1 та қўшимча омил аниқланди ва бу эса бу гуруҳдаги болаларни метаболик синдром юзага чиқиш хавфи бор болалар гуруҳига киритишга асос бўлади.

Фазылов А.В., Низомутдинова Ф.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения СД у лиц с избыточной массой тела и психическими нарушениями, разработать пути повышения эффективности его лечения.

Материалы и методы. Обследовано 34 больных СД – 2 типа лёгкой и средней степени тяжести (14 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 38 до 72 лет - средний возраст составил 49,6 лет с длительностью заболевания 6,4 лет. Контрольную группу составили 28 больных с нормальным индексом тела. Больным проведены соответствующие клинические и лабораторно-инструментальные исследования до и после лечения. Они получали комплексное медикаментозное лечение с включением препарата глюкофан (метформин) в дозе от 500 до 1000 мг на приём 1-2 раза в день и применением препарата просульпина 100 мг по 0,5 таблетки утром и препаратом одаптол по 0,5 таблетки 1-2 раза в день днём и на ночь.

При неэффективности монотерапии с глюкофажем, лечение было комбинировано с другими сахароснижающими препаратами.

Оценку качества жизни пациентов определяли с помощью опросника SF-36, а также опросника по Бека. Определение пищевого поведения воспользовались помощью Голландского опросника ДЕВО.

В клинической картине обследованных больных с СД преобладали жалобы на плохое настроение, расстройства сна, появление соматической тревоги и были выявлены основные депрессивные симптомы.

После проведённого комплексного лечения заметно улучшилось общее состояние больных уже на 7-10 день от начала приёма препаратов. Продолжительность лечения составила 1-2 месяца.

Таким образом, существенную роль в клинической картине СД – 2 типа с избыточной массой тела играет нарушение психоэмоционального состояния больных, которое сопровождается различными вегетативными, болевыми проявлениями и сочетается с тревожными расстройствами.

Глюкофаж можно назначать в качестве стартового препарата, а при включении антидепрессивного препарата просульпина с адаптолом был получен положительный эффект в виде регресса тревожно - депрессивной симптоматики.

Фазылов А.В., Касимова О.М., Зайнутдинов Ф.Ш.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЁГКИХ.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования – изучить эффективность фармацевтического препарата Серетид в зависимости от выраженности обструктивных нарушений у больных ХОЗЛ.

Материалы и методы исследования: обследованы 49 больных ХОЗЛ, которые находились на диспансерном учёте при центральной поликлинике АК УТИ со средней и тяжёлой степенью тяжести течения в возрасте от 48 до 76 лет. Все обследованные больные были подвергнуты комплексному лабораторно-инструментальному обследованию с включением аппарата «Спиrolит» (фирма SCHILLER) для определения функции внешнего дыхания: форсированный выдох, жизненную ёмкость лёгких, максимальную и минутную вентиляцию лёгких. Больные были распределены на 2 группы: 1 группа 19 больных средней (за 3 года три и более обострений) и тяжёлого течения- 30 больных, из них 31- мужчины и 18 женщины. 2 группа контрольная – 18 больных, получавшие лечение традиционным методом без Серетид. На фоне комплексной медикаментозной терапии назначался Серотид дискус 50/250 один вдох 2 раза в день утром и вечером. После улучшения общего состояния в зависимости от степени тяжести - не менее 1 месяца, один вдох в день до 6 месяцев. Только у трёх больных отмечалась индивидуальная непереносимость препарата.

У всех обследованных нами больных ХОЗЛ средней и тяжёлой степени тяжести обструктивные нарушения, в виде снижения ОФВ, ЖЗЛ,

после короткого курса лечения на 6-7 сутки начала приёма отмечалось регрессия клинических симптомов, достоверно уменьшились интенсивность приступов разного кашля с продуктивным отхождением мокроты, одышка и сухие хрипы, с одновременным улучшением данных лабораторно-инструментальных показателей. В то же время отмечалось улучшение общего состояния больных: восстанавливался нормальный ночной сон, повышался аппетит. Далее улучшилось качество жизни больных, что в итоге привело к нормализации работоспособности. Несмотря на общее улучшение состояния больных и данных лабораторно-инструментальных показателей рекомендовано в дальнейшем продолжать поддерживающие лечение Серотидом 50/125 до 6 месяцев. Следует отметить, что у больных средней тяжести ХОБЛ сравнительно ремиссия наблюдалась дольше, чем в группе больных тяжёлой степенью тяжести.

Таким образом, включение у больных ХОБЛ на фоне комплексной терапии Сератид за короткое время способствовал значительному улучшению клинической картины заболевания, параметров качества жизни по сравнению с контрольной группой.

Файзиев А.Н.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкенский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Изучение состояние сердечно-сосудистой системы у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 57 пациентов в возрасте от 9 до 15 лет с ожирением у которых установлен метаболический синдром. Исследование проводились на базе 6 семейной поликлинике города Ташкента. Из общего числа больных было обследовано 26 мальчиков и 31 девочек. Контрольную группу составили 17 детей аналогического возраста. Критерии диагноза метаболический синдром основывалось на предложениях международный диабетической федерации (IDF) 2007 г. В обследование входило изучение жалоб, генеалогического анамнеза, анамнеза заболевания. Проводилась оценка физического развития, включающиеся определения роста, масса тела, индекса масса тела (ИМТ), окружности талии, полового развития. Проводили измерения артериального давления (АД).

Результаты. В настоящей работе установлено, что при опросе обследуемые предъявляли жалобы на головные боли, повышение АД,

быструю утомляемость, слабость, одышку при физической нагрузке. Наследственная отягощенность по ожирению выявлено у 71% детей, по артериальной гипертензии (АГ) 84%, по сахарному диабету 2-типа – у 18%. Близкие родственники, имеющие ожирение и АГ, выявлены у 21% детей. ИМТ у детей с ожирением превышал 95 перцентиль и его медиана составила 28 кг/м², в группе сравнение ИМТ был 22 кг/м². Практически все дети имели раннее половое созревание и к 14-15 годам достигли IV-V стадии пубертата. По результатам мониторингирования АД у 55% детей с метаболическим синдромом выявлено АГ, из них 17- стабильная, 13- изолированная систолическая АГ. У детей с метаболическим синдромом характеризуется максимальными значениями как систолического АД, так и диастолического АД в течение суток, повышением индексов гипертензии и гипотензии.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют что детское ожирение представляет серьезную социально значимую проблему, приводящую к увеличению развитию сердечно-сосудистых заболеваний и риску ранней смертности. Ожирения ассоциируется с метаболическим синдромом, одним из компонентов которого является АГ.

Хидоятова М.Р., Ярмухамедова Г.Х.
ВЛИЯНИЕ КАВЕРГАЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И
ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У КРОЛИКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния кавергала на показатели углеводного, липидного обменов у кроликов с экспериментальным МС.

Материал и методы. Эксперименты были проведены на 18 кроликах - самцах, массой от 1600 до 2100 г. Моделирование МС продолжалось 30 дней. В течении всего эксперимента, каждую неделю всех животных взвешивали и измеряли объём живота. Через месяц на фоне дальнейшего моделирования МС животных разделили на 3 равные группы. Кроликам 1-ой группы, вводили кавергал, растворенный в дистиллированной воде, перорально в дозе 50 мг/кг массы тела, ежедневно, в течение 30 дней, 2-ая группа получала милдронат (фирмы Grindex, Латвия) в дозе 50 мг/кг массы тела. В 3-группе, продолжалось моделирование МС без экспериментальной терапии.

Результаты исследования. Вес нелеченных животных (1 группа) к концу исследования достоверно превысил показатель остальных животных

2 и 3 групп (лечённые кавергалом и милдронатом). Выявленное различие составило более 40,0 и 30,1%, соответственно. Ещё более выраженные различия между группами мы обнаружили при изучении липидного спектра сыворотки крови. В ходе лечения выявлено достоверное уменьшение уровня ТГ и ЛПОНП крови у кроликов во 2 группе на 43,7% ($p<0.05$) по сравнению с показателями до проведённого лечения. В 3 группе эти показатели снизились на 27% соответственно. Данное различие значений при сравнении результатов в группах оказалось достоверным ($p<0.05$). Концентрация ХС в конце исследования у животных с МС в 3,6 раз и в 1,8 раз превысил значения во 2-ой и 3 группе подопытных. Средние показатели атерогенных фракций липидов продолжали увеличиваться в течении всего исследования, а уровень ХС ЛПВП имел тенденцию к незначительному увеличению. При изучении углеводного обмена выявлено наиболее благоприятное влияние кавергала на уровень глюкозы сыворотки крови. Показатель снизился на 22,1%, по сравнению с уровнем глюкозы до лечения ($p<0,05$). Через 1 месяц у животных без экспериментальной терапии было отмечено увеличение уровня глюкозы в сыворотке крови на 13,1%. Что на 24,1% и на 21,5% превышало показатель во 2 и 3 группах соответственно.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о благоприятном влиянии кавергала как на липидный спектр крови, так и на степень гипергликемии. В отличие от милдроната, кавергал показал более сильный гиполипидемический эффект, а именно, снижением ОХС, ТГ, ЛПНП.

Хамидова Г.С., Матмуротова С.О.

НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁГЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ
АХОЛИ УРТАСИДА КЕНГ ТАРКАЛИШИ ВА ГЕПТРАЛ
ПРЕПАРАТИНИНГ БУ КАСАЛЛИКДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ
УРГАНИШ.

Тошкент Тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: ҚВП шароитида жигарнинг алкохолсиз ёгли гепатоз касаллигини метаболик синдромга боғлиқлигини ўрганиш ва касаллик клиникаси, лаборатория анализлари (қон биохимик анализидаги умумий билирубин, АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатаза, қонда глюкоза миқдори ва триглицеридемияни аниқлаш.

Кутилаётган натижа маълум бир контингент ўртасида бу касалликни тарқалишининг кўрсаткичини аниқлаш ва традицион даволашга қўшимча

гептрал препаратини ҳам қўллаш орқали касалликни эрта босқичида аниқлаш.

Тадқиқот ишлари: текширилаётган 56 та аҳолининг 30 тасини аёллар ташкил қилиб, эркакларни ўртача ёши 20- 52 ёшни ташкил қилди. Аёлларни ўртача ёши 18-55 ни ташкил қилди. Текширилган гуруҳлардаги кўрсаткичлар бўйича 45- 55 ёшлардаги 30 та аёлда 18 тасида, 40-55 ёшли эркакларнинг 9 тасида ортиқча вазн, гипертоник босимни ошиши, 6 та аёл ва 5 та эркакда гиперхолестеринемия, 8 та аёл ва 6 та эркакда қон биохимик анализида АЛТ, АСТ, умумий билирубин ошиши, қондаги глюкоза миқдорини ошиши, ишқорий фосфатазани кўпайиши аниқланди. 22 та аёл ва 19 та эркакда УЗДа жигар диффуз гиперэхогенлиги ошиб, томирлар визуализацияси ёмонлашган, 5 та аёл ва 2 та эркакда ичак дисбактериози аниқланди.

Текшириш натижаси: жигарнинг алкогольсиз ёғли гепатоз касаллиги 40-50 ёшли контингент орасида кенг тарқалган бўлиб, аёллар ва эркаклар, кўпроқ аёлларда аниқланди.

Бу аёлларга ортиқча вазнни камайтириш машқлари, углеводга ва ҳайвон ёғларига бой маҳсулотларни чеклаб, ўсимлик оқсиллигига ва витаминларга бой маҳсулотлар буюрилди.

Гепатопротекторлар, витаминлар (Е,К,А,Б гуруҳлари), метаболиклар, пробиотиклар, эубиотиклар тавсия қилинди.

Гептрал 400мг в\и суткада ёки 1таблеткадан змахал, овқат билан

Метформин (Сиофор)500-2550 мг

Дюфалак кунига уч маҳал

Берлитион 600 бирликда в\и уч ой давомида берилди.

Шунингдек антиоксидантли терапия,ичак микрофлорасини яхшиловчи препаратлар.

Уч ойдан кейин 16 аёлда УЗДа жигар эхогенлиги камайган, лаборатор курсаткичлар нормага яқинлашиб,аёллардаги диспепсик шикоятлар(астеноневротик симптомлар, ўнг қовурға остида оғриқ,умумий дармонсизлик, тез чарчаш, хансираш камайган.

Бундан **хулоса** чиқариш мумкинки, алкогольсиз жигарнинг ёғли гепатоз касаллиги қандли диабет касаллиги билан боғлиқ бўлиб, касаликни дастлабки босқичида ташхисни тўғри қўйиб, вақтида даволаш бу касалликни кейинги босқичларга ўтишини тўхтатади.

Ҳамидова Г.С.

**ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШАРОИТИДА ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛСИЗ
ЁҒЛИ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ ВА
ТАРҚАЛИШИ.**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Текшириш мақсади: Жанубий Орол минтақасида экологик жихатдан ноқулай шароитда жигар алкоғолсиз ёғли гепатоз касаллигини тарқалиши ва унинг метаболик синдромга боғлиқлигини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Тадқиқот ишларида 45 та ортиқча вазнли аҳоли кузатувдан ўтказилди, 30 та аёл ва 15 та эркек. Аёлларнинг ўртача ёши 30-58 ёш, эркекларни ўртача ёши 25-55 ёш. 30 та аёлдан 16 тасида семизлик //даражали, қон биохимик анализида АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатаза, триглицеридлар миқдори сал ошган, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия аниқланди. 10 тасида гипергликемия, А/Б ошган, 30тадан 19 тасида УЗДа жигар эхогенлиги ошиб, томирлар визуализацияси ёмонлашиб, эхоструктураси донатор ва нотекислиги аниқланди. 3 та аёлда ичак дисбактериози аниқланди. 20 та эркекдан 4 тасида А/Б ошган, 12 тасида УЗДа ўзгаришлар, 4тасида гипергликемия, ҳамда ичак дисбактериози аниқланди, шунингдек 20 тасидан 7тасида биохимик ўзгаришлар аниқланди.

Текшириш натижалари: Тадқиқот натижаларидан маълум бўлдики, жигарнинг алкоғолсиз ёғли гепатоз касаллиги метаболик синдром билан ҳамбарчас боғлиқ бўлиб, метаболик синдром таркибига кирувчи комплекс белгилар текширилган контингентнинг 80% ида аниқланди.

**Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.И., Атабаева С.М., Туляганова Ф.М.
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

На развитие болезней системы пищеварения оказывают влияния нарушение кровообращения, местные воспалительные процессы в брюшной полости и слабость мышц брюшного пресса.

В комплексном лечении болезней системы пищеварения широко применяется ЛФК, так как физические упражнения оказывают укрепляющее и нормализующее влияние на нервную систему. В своих наблюдениях многие отмечали положительное действие физических упражнений на больных с заболеваниями ЖКТ, печени и желчного пузыря, применяемых в комплексном лечении с другими лечебными факторами в

условиях санаториев и на курор-тах,однако вопрос об оценке непосредственного воздействия процедур ЛФК на больных с этими заболеваниями в литературе освещены недостаточно.

Под нашим наблюдением находилась 84 больных в возрасте от 30 до 50 лет, страдающих спастическими колитами в сочетании хроническими холециститами. Мужчин было 33, женщин -51. Давность заболевания у большинства была свыше 5 лет.Больные получали процедуры ЛФК в комплексе с другими физиотерапевтическими процедурами в РСНПЦТиМР.

ЛФК состояла из физических упражнений желудочно-кишечного комплекса в сочетании с упражнениями из группы заболеваний печени и желчных путей.Проводились процедуры лечебной гимнастики утром, до приема пищи. На курс лечения 12-15 занятий.

Целью нашего специального исследования у данных больных было за непосредственным влиянием процедур лечебной гимнастики на тонус мышц передней брюшной стенки.

До(1-3-й) и после (10-12-й)процедур лечебной гимнастики при помощи электромиотонометра нами измерялась твердость мышц брюшного пресса в состоянии напряжения и максимального расслабления с последующим вычислением отношений этих двух величин.Изменения производились симметрично с двух сторон всего произведено 464 измерения (у 84 больных).

Получены следующие данные: первые процедуры лечебной гимнастики улучшили состояние мышечного тонуса с правой стороны брюшного пресса у 42 больных, с левой у – 56.

После 10-12-й процедуры лечебной гимнастики из 52 больных улучшения состояния мышечного тонуса наблюдалось у 33, причем симметрично с двух сторон, что свидетельствует о суммации терапевтического эффекта лечебной гимнастики.

Наши данные соответствовали и общеклиническим наблюдениям за больными. Выявленное влияние процедур ЛФК на изменения состояния мышц брюшного пресса при напряжении и расслаблении следует рассматривать не только как улучшение местного процесса в брюшной полости, но прежде всего как влияние лечебной физкультуры на процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

**Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.И., Атабаева С.М., Туляганова Ф.М.
К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ТАШКЕНТСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ
ВОДЫ НА ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЕ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель работы- изучение влияния Ташминводы на желчевыделение как при однократном введении ее в ДПК, так и при длительном приеме (орошении) ее больными с заболеваниями желчного пузыря и печени.

С помощью дуоденального зонда собирали дуоденальное содержимое с целью изучения спонтанного желчевыделения за контрольный час, а после введения через зонд раздражители (Ташминводы 33%-ный раствор сернокислой магнезии или дистиллированная вода) еще два часа. В каждой порции желчи определялись количество, цвет, удельный вес, содержание билирубиновых единиц, производилась микроскопия.

Спонтанное выделение желчи за один час мы наблюдали в 52 случаях. Количество желчи колебалось от 30 до 140 мл и в одном исследовании оно достигло 300 мл. Содержание билирубина, в желчи в большинстве случаев было от 25 до 50 ед., но в 14 исследованиях из 52 происходило периодически выделение темно-оливковой желчи с концентрацией билирубина 80—160 ед., указывающее на периодические сокращения желчного пузыря. У 2 больных не наблюдалось спонтанного выделения желчи (не получена порция А).

В 17 исследованиях этой группы на 3-м часу исследования при законченном от предыдущего раздражителя желчевыделении вводили 33%-ный раствор сернокислой магнезии и получали яркий пузырьный рефлекс, выделение более концентрированной желчи с наличием хлопьев, состоящих из слизи, лейкоцитов, детрита.

Изучение влияния Ташминводы на желчевыделение при включении ее в комплекс лечения на протяжении 26-28 дней, а также эффективности лечения проведено на 72 больных хроническими заболеваниями печени и желчных путей (в возрасте от 31 до 50 лет), находившихся на стационарном режиме в условиях больницы РСНПЦТиМР. Заболевания часто были сочетанными. Назначались кроме питье минеральной воды (200 мл-3 р.в.д.) и физиопроцедуры. У 42 из 72 больных (58%) в конце курса лечения уменьшилась концентрация билирубина в желчи, что говорит о «промывании», «выполаскивании» пузыря и протоков минеральной водой. У 51 больного уменьшились или исчезли элементы воспаления в дуоденальном содержимом.

Таким образом, Ташминвода при однократном введении 200 мл у больных в ДПК и оказывает стимулирующее действие на желчевыделение и использование ее в тюбажах, дуоденальных орошениях показано при необходимости длительного и систематического приема, что имеет место при с заболеванием печени, ЖВП , так как она не вызывает неприятных побочных явлений подобно растворам сернокислой магнезии.

Чепурненко С.А., Шавкута Г.В., Лубенец Н.Н.
ДИСМЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия

Цель исследования: оценка распространенности нарушений метаболизма костной ткани у женщин в постменопаузе с помощью лабораторных методов и выявления модифицируемых патогенетических факторов, замедляющих прогрессирование остеопороза.

Материал и методы: параметры метаболизма костной ткани оценивали у 52 пациенток в возрасте $66 \pm 7,17$ лет. Сроки наступления менопаузы не выходили за пределы физиологической нормы ($48,6 \pm 3,92$ года). Исследуемые пациентки находились в менопаузе от 4 до 29 лет. В среднем длительность менопаузы равнялась $15,9 \pm 7,52$ года. Содержание β -CrossLaps- и паратиреоидного гормона (ПТГ) в крови определяли методом электрохемилюминесценции. Методом иммунохемилюминесценции исследовали содержание общего витамина D, эстрадиола (Э). Анализы выполнялись с использованием автоматического анализатора «Roch Cobas e 602», выпускаемым фирмой Roch Diagnostics. Полученные результаты сопоставлялись с данными литературы и референтными значениями (РЗ).

Результаты и их обсуждение: β -CrossLaps- является продуктом распада коллагена 1-го типа, изомеризованным телопептидом, не подвергающимся дальнейшему катаболизму. Его содержание повышается у пациентов с повышенной резорбцией костной ткани. Показатель специфичен только для костного метаболизма. Средний уровень β -CrossLaps в нашем исследовании составил $0,46 \pm 0,04$ нг/мл, что находилось в пределах РЗ. В 51,92% уровень β –CrossLaps превышал 0,400 нг / мл, что являлось детерминантой тяжелого и / или рецидивирующего образования камней кальция, связанного с усилением костной резорбции. Уровень витамина D общего составил $18,53 \pm 1,88$ нг/мл, что не выходило за пределы референтных значений (6,23-49,9 нг/мл). Дефицит витамина D (менее 12

нг/мл) выявлен в 28,85 % случаев. Недостаточность витамина D (12–20 нг/мл) определялась в 26,92 % случаев. Только в 44,23% случаев витамин D содержался в достаточном количестве. Нормальное функционирование остеобластов, от которого зависит преобладание процессов распада костной ткани над синтезом, во многом определяется содержанием эстрогенов в организме женщины. Исследование уровня эстрадиола не выявило каких-либо различий с референтными значениями, характерными для постменопаузы (11-65 пмоль/л). В среднем этот показатель равнялся $53,19 \pm 1,65$ пмоль/л. В 42,3% случаев уровень Э был ниже 39,6 пмоль/л, что ассоциировалось с высоким риском переломов бедра и деформаций позвоночника.

В этой группе пациентов особенно остро возникала необходимость в медикаментозной коррекции с использованием менопаузальной гормональной терапии (МГТ). В то же время длительность менопаузы более 10 лет не позволяла назначить МГТ у 75% пациенток. Средний уровень ПТГ в нашей выборке находился в пределах 2,99-9,57 пмоль/л составил $5,49 \pm 0,73$ пмоль/л. В 9,62% определялся вторичный гиперпаратиреоз.

Вывод. Более чем у половины обследованных пациенток выявлен дефицит и недостаточность витамина D, сочетающийся с ростом маркера костной резорбции, что требовало активной медикаментозной терапии, направленной на замедление остеопороза.

Чепурненко С.А., Бурцева Н.В., Медведева Ю.А.
**АРХИТЕКТОНИКА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ**
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценить роль ожирения в формировании архитектоники миокарда у пациентов с ишемической дилатационной кардиомиопатией, провести сравнительный анализ кардиогемодинамических параметров у пациентов с ожирением и нормальной массой тела.

Материалы и методы: в основу работы легли результаты клинических и инструментальных исследований у 58 мужчин с ишемической дилатационной кардиопатией (конечный диастолический размер левого

желудочка 60 мм и более) без признаков декомпенсации на момент осмотра. В первую группу вошли 27 пациентов с нормальной и повышенной массой тела. Во вторую группу 31 пациент с различными степенями ожирения. В исследование не включались лица, нуждающиеся в протезировании клапана (клапанов), находящиеся в состоянии декомпенсации. При обследовании все пациенты выполняли тест 6 минутной ходьбы, электрокардиографию (ЭКГ) и эхокардиоскопию (ЭХОКС) по стандартным методикам.

Результаты: по индексу массы тела (ИМТ) пациенты первой группы распределялись следующим образом: в 28% случаев ИМТ был в пределах нормальных значений, повышенная масса тела обнаружена в 72% случаев. Пациенты второй группы в 43% случаев имели ожирение 1 степени, 28,5% - ожирение 2-й степени и 28,5% - ожирение 3-й степени.

Средние показатели объема талии превышали рекомендуемые значения (94 см), в обеих группах, что свидетельствовало о наличии абдоминального ожирения. Во второй группе этот показатель был на 19,16% выше, чем в контроле ($p < 0,05$). По фракции выброса пациенты распределялись следующим образом: в 1-й группе 21% пациентов имели низкую фракцию выброса, 43% - среднюю, 36% - сохраненную. Во 2-й группе 28% имели низкую фракцию выброса, 28% - среднюю, 44% - сохраненную. При оценке кардиогемодинамических параметров у пациентов с ожирением размер левого предсердия на 13,9% был выше, чем у пациентов с нормальной массой тела ($p < 0,05$).

Толщина межжелудочковой перегородки на 20%, а задней стенки на 18,64% в группе больных с ожирением превышала значения в контрольной группе ($p < 0,05$). Индекс массы миокарда левого желудочка превышал значения в группе больных с ожирением на 9,38% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В группе больных с ожирением показатель диастолической дисфункции E/A на 36,36% был выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Фракция выброса в группе больных с ожирением была на 6,8% ниже, чем в контроле ($p < 0,05$). Следует отметить, что размеры левого и правого желудочков достоверно между группами не отличались.

Вывод: у пациентов с ожирением наблюдается более выраженная гипертрофия левого желудочка, сопровождающаяся более значимым нарушением диастолической функции левого желудочка, и как следствие - дилатацией левого предсердия и низкой фракцией выброса. Следовательно, ожирение является дополнительным патогенетическим фактором, утяжеляющим течение ишемической дилатационной кардиомиопатии.

Чепурненко С.А., Шавкута Г.В., Липчак Т.Н.
ОЖИРЕНИЕ И ГИНЕКОМАСТИЯ, У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ
СПИРОНОЛАКТОН

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону,
МБУЗ «Центральная районная больница Егорлыкского района»
Ростовской области, Россия

Цель работы: оценка распространенности гинекомастии у пациентов, принимающих спиронолактон (С) в зависимости от различных степеней ожирения.

Материалы и методы: обследовано 52 мужчины в возрасте от 41 до 67 лет, у которых в схему терапии был включен С. Средний возраст пациентов составил $55 \pm 8,7$ лет. По индексу массы тела больные распределялись следующим образом. Нормальная масса тела встречалась у 7,69%, повышенная – 26,93%, ожирение I степени – 46,16%, ожирение II степени – 15,38%, ожирение III степени - 3,84%. Абдоминальное ожирение выявлено в 80,77 % случаев. Все пациенты получали С для лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН). Пациенты с ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ) составили 25%, промежуточной 35%, с сохраненной ФВ 40%. По функциональному классу (NYHA) на момент осмотра пациенты распределялись следующим образом: I - 38,46 %, II - 46,15 %, III – 15,39%, IV- 0%. Этиологической причиной хронической сердечной недостаточности в 85% была Ишемическая болезнь сердца, у остальных 15%- дилатационная кардиопатия. Перед включением в исследование все пациенты подписали информированное согласие и затем заполнили анкету. Статистическая обработка полученного материала выполнялась в программе Microsoft Excel Windows.

Результаты: Средняя суточная доза С составила $46,2 \pm 4,2$ мг. 25мг С принимали – 30,77%, 50мг – 53,85%, 100мг - 15,38 %. Длительность приема С составила от 2 до 51 мес. Признаки гинекомастии появлялись в основном через 6 -12 мес. от начала приема препарата.

Г отсутствовала у пациентов с нормальной массой тела. У больных с повышенной массой тела и различными степенями ожирения она встречалась с одинаковой частотой (от 47 до 50%). Гинекомастия встречалась с одинаковой частотой у пациентов с абдоминальным ожирением и нормальным объемом талии (ОТ менее 92см). В то же время степень выраженности Г зависела от наличия абдоминального ожирения. У

пациентов с абдоминальным ожирением чаще встречалась выраженная степень гинекомастии, а у пациентов с нормальным ОТ чаще выявлялась слабая степень гинекомастии.

Распространенность Г зависела от дозы С. У пациентов, принимающих 100 мг С в сутки, она выявлялась в 100% случаев. При приеме 50 мг С выявлялась у половины пациентов, а при употреблении 25 мг в сутки обнаружена только у 1/3 обследованных. Выраженность клинических проявлений также зависела от принимаемой дозы препарата. Так при приеме 100 мг С у половины пациентов Г носила выраженный характер. У пациентов, принимающих 50 мг препарата, чаще всего встречалась Г умеренной степени выраженности. У больных, получающих 25 мг С, чаще всего встречалась Г слабой степени выраженности, а выраженная отсутствовала совсем. Пациенты со слабой выраженностью симптомов были готовы лечиться С далее.

Выводы:

1. Частота развития гинекомастии и интенсивность клинических проявлений росла с увеличением принимаемой дозы и продолжительности приема спиронолактона.

2. Распространенность гинекомастии и степень выраженности зависела от индекса массы тела и наличия абдоминального ожирения. У больных с повышенной массой тела и различными степенями ожирения она встречалась чаще (от 47 до 50%), чем у пациентов с нормальной массой тела (10% случаев ($p < 0,05$)).

**Чепурненко С.А., Ляшенко С.А., Шавкута Г.В.
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России,
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,
Ростов-на-Дону, Россия

Цель: определение факторов способствующих прогрессированию фибрилляции предсердий у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: обследовано 86 пациентов с метаболическим синдромом (МС), страдающих постоянной (ПОСТ) и пароксизмальной (ПАР) формами фибрилляции предсердий (ФП). Диагноз МС устанавливался согласно новым критериям Международной диабетической ассоциации. Всем больным выполнялся расчет индекса массы тела (ИМТ),

измерение объема талии и объема бедер, эхокардиоскопия (ЭХОКС) по стандартной методике, электрокардиография в 12 стандартных отведениях, исследование уровня гликемии натощак, липидограммы. Больные с признаками дилатации левого желудочка (конечный диастолический размер 60 мм и выше) по данным ЭХОКС и сердечно-сосудистыми событиями в анамнезе в работу не вошли.

Результаты: объем талии (ОТ) характеризующий наличие абдоминального ожирения у мужчин превышал рекомендуемые показатели соответственно при ПАР и ПОСТ ФП на 13,99% и 14,61%, а у женщин на 33,36% и 42,39% соответственно. По ИМТ мужчины с ПАРФП и ПОСТФП не отличались между собой ($30,19 \pm 5,78$ кг/м² и $31,11 \pm 6,32$ кг/м²). Средний ИМТ у женщин составил при ПАР и ПОСТ ФП $32,93 \pm 6,46$ кг/м² и $35,42 \pm 7,17$ кг/м² соответственно. У мужчин с ПОСТ и ПАР ФП пациенты с ожирением составили 40,74% и 52,93% соответственно. У женщин с ПАР и ПОСТ ФП больные с ожирением встречались с одинаковой частотой в 66,66%.

Согласно рекомендациям ESH/ESC 2013г. индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 115г/м² у мужчин и более 95г/м² у женщин является критерием бессимптомного поражения миокарда при артериальной гипертензии. ИММЛЖ у мужчин с ПАР ФП превышал рекомендуемые показатели на 26,95%, а с ПОСТ ФП на 29,58% ($p < 0,05$). У женщин при ПАР ФП ИМТ превышал рекомендуемые показатели на 54,72%, а при ПОСТ ФП на 50,41%.

При анализе частоты встречаемости бессимптомного поражения миокарда получены следующие данные. ИММЛЖ превышал нормальные значения у 85,19% мужчин с ПАР ФП и у 88,24% мужчин с ПОСТ ФП. У женщин с ПАР и ПОСТ ФП ИММЛЖ был выше нормы в 96,67% и 100% случаев соответственно. Таким образом, у женщин бессимптомное поражение миокарда встречалось чаще, чем у мужчин на 11,48% при ПАР ФП и на 11,76% при ПОСТ ФП ($p < 0,05$).

Выводы: различные степени ожирения встречались у женщин чаще, чем у мужчин в 1,64 раза при ПАР ФП и в 1,23 раза при ПОСТ ФП ($p < 0,05$). Абдоминальное ожирение также носило более выраженный характер у женщин с метаболическим синдромом и ФП. Ожирение являлось дополнительным фактором развития гипертрофии левого желудочка и последующей ФП у женщин с метаболическим синдромом наряду с артериальной гипертензией.

Шкапо В.Л., Несен А.А., Валентинова И.А.
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков, Украина

Цель работы. Оценить влияние сахарного диабета (СД) на качество жизни (КЖ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 69 пациентов с абдоминальным ожирением (АО) и артериальной гипертензией (АГ) а также коморбидной патологией. Были обследованы 24 (34,8 %) мужчины и 45 (65,2 %) женщин. Диагностику компонентов МС проводили согласно критериев Международной федерации по изучению диабета (IDF, 2005). КЖ определяли с помощью специального опросника Sf-36 в соответствии с 36 пунктами, сгруппированных в восемь шкал. Для сравнения использовали данные исследования новозеландской здоровой популяции.

Результаты. У пациентов с МС в сочетании с СД было выявлено снижение КЖ по всем показателям в сравнении с общей популяцией. Достоверные отличия были определены по таким показателям, как влияние физического состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья и жизненная активность. Также достоверные отличия наблюдались по показателям социальной активности (СФ) и психологического состояния (ПЗ, ПКЗ).

Снижение суммарного физического компонента качества жизни было связано с затруднениями в выполнении умеренных повседневных физических нагрузок (уборка, подъем и перенос небольших грузов) и с нарушениями передвижения (затруднениями при ходьбе, подъеме по лестнице, наклонах и приседаниях).

Выводы. Таким образом, у обследованных пациентов с МС и СД отмечалось значительное, в сравнении с общей популяцией, снижение оценок по всем показателям КЖ. А особенно, значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование). Общие показатели физического и психологического здоровья также были достоверно снижены. Таким образом, сахарный диабет негативно влияет на оценку пациентами общего состояния и вызывает снижение жизненной активности.

Эгамбердиева Д.А., Расулев Ё.Э., Рузметова И.А.
ПОКАЗАТЕЛЬ СРЕДНЕГО СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В
ЭРИТРОЦИТЕ — КАК КРИТЕРИИ ДОСТОВЕРНОСТИ
ПРОВЕДЕННОГО АНАЛИЗА

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Цель работы: выявить у больных с ХСН и метаболическим синдромом случаи завышения показателя МСНС - как критерия достоверности проведенного клинического анализа крови на анализаторе.

Материалы и методы: показатель крови - МСНС (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration), отражающий концентрацию гемоглобина в «среднем» эритроците, т. е. отношение содержания гемоглобина к объёму клетки и характеризующий степень насыщения эритроцита гемоглобином в процентах. Этот параметр можно высчитать из показателей гемоглобина и гематокрита: $МСНС = \text{Hb (гемоглобин) г/л} \cdot 10 / \text{Ht (гематокрит) \%}$. В норме этот показатель колеблется от 32 до 37 г/дл. Надо отметить, что среднее содержание гемоглобина в эритроците является самым стабильным, генетически детерминированным показателем, не зависящим для взрослых людей от возраста, пола, расы. В работе включено 20 больных в отделении кардиологии РСНПМЦТ МР, с ХСН II, а стадией с сохраненной фракции выброса (по классификации Стражеско - Василенко); 10 мужчин и 10 женщин. Всем больным проводились клинический анализ крови на анализаторе, включая среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците и получали соответствующие основного заболевания.

Результаты: средний возраст обследованных больных составил 65,55 лет; средний возраст мужчин составил 64,1 года и женщин 67 лет. Среднее значение (ср., знач.) гемоглобина крови в общей группе составило – 120 г/л; у мужчин 129,1 г/л и у женщин 110,9 г/л; ср., знач., Ht в общей группе составило – 35,0 %; у мужчин 37,47 % и у женщин 32,54 % и ср., знач., МСНС в общей группе составило – 343,75 г/л; у мужчин 346,6 г/л и у женщин 340,9 г/л.

Выводы: в ходе работы не было выявлено случаев повышенных показателей МСНС. Однако, анализируя литературные источники необходимо отметить, что, клетка эритроцита может быть большой, а может быть маленькой, их может быть много, а может быть мало, но концентрация гемоглобина в клетке связана со структурой клетки и практически не меняется. Поэтому границы нормы МСНС являются очень узкими. Из всех эритроци-тарных индексов МСНС меньше всего подвержен колебаниям при патоло-гических состояниях. МСНС имеет чётко установленный верхний

предел, поэтому любые неточности, связанные с определением количества эритро-цитов, гемоглобина и MCV (средний объем эритроцита), часто приводят к увеличению МСНС выше предельных значений. Этот параметр эффективен для контроля качества и может быть использован как индикатор ошибки прибора в лаборатории или общей врачебной практики.

Эгамбердиева Д.А., Таджибаева Л.К.
ИЗУЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В
СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент,
Узбекистан

Цель работы. Изучить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у больных бронхиальной астмой (БА) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В исследование включили 60 человек с диагнозом БА смешанного генеза среднетяжелого течения, стадия ремиссии в сочетании с МС в возрасте от 18 до 60 лет (15 мужчин и 45 женщин, средний возраст составил $49,81 \pm 0,77$ лет). Методом случайных чисел было рандомизировано 2 группы: первая группа – 30 человек, которые наряду со стандартной медикаментозной терапией БА прошли курс обучения и физической тренировки (ФТ), вторая группа – 30 человек, получали только традиционную терапию БА. Обучение пациентов осуществлялось в группах по 4-5 человек. В течение одной недели проводили 5 семинаров длительностью 1 ч 30 мин. с перерывом на 10 мин. ФТ включали комплекс лечебной гимнастики (ЛГ) для больных БА с учетом сопутствующего МС с методическими рекомендациями, курс ЛГ проводился ежедневно в течение 10 дней, после обучения. Комплексное обследование больных включало оценку клинико-инструментальных показателей функции внешнего дыхания (ФВД): жизненную ёмкость легких (ЖЕЛ), форсированную ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за 1-ую секунду (ОФВ1), оценка контроля и клинической симптоматики БА (Asthma Control Test™ – АСТ™). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием прикладных программ MS Excel 2003 и Statistica 6.0.

Результаты. В первой группе больных на фоне курса обучения и ФТ достоверно снизилось число обострений заболевания с $3,40 \pm 0,16$ до $1,40 \pm 0,14$ раз, т.е. в 2,4 раза ($p < 0,05$), У больных первой группы достоверно улучшился контроль заболевания: полного контроля БА достигли 40,0% пациентов. По результатам АСТ™ в первой группе уровень контроля над

заболеванием достоверно вырос с $13,50 \pm 0,44$ до $21,87 \pm 0,63$ баллов, т.е. на 8,37 баллов ($p < 0,05$). Анализ ФВД у больных первой группы через 12 месяцев выявил достоверную положительную динамику – нормализация спирометрических показателей у 90,0% пациентов, во второй группе динамика статистически значимой не была.

Выводы. Таким образом, применение комплексной лечебно-профилактической программы с акцентом на обучение и ФТ, разработанной с учетом сопутствующего МС, приводит к достоверному уменьшению частоты обострений основного заболевания и количества госпитализаций.

Якименко Е.А., Кравчук О.Е., Ключко В.В., Тбилели В.В., Гриценко М.В.
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ И ЕГО
ВЛИЯНИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина.

Цель работы. Изучение распространенности метаболического синдрома и его компонентов среди пациентов с подагрой и его влияние на тяжесть течения основного заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 75 мужчин с первичной подагрой, которая была установлена согласно критериям S.Wallace et al., средний возраст $52,4 \pm 10,3$ года, медиана длительности заболевания 6,0 (4,0-15,0) лет. Всем пациентам проводили оценку суставного синдрома, наличия тофусов, измерение окружности талии, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления. Из лабораторных методов всем пациентам выполнялось исследование уровня мочевой кислоты, уровня глюкозы плазмы натощак и постпрандиальной гликемии, креатинина, расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ, скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка, фибриногена, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов.

Результаты. Метаболический синдром выявлен у 69,3% больных. Медиана окружности талии составила 98 (95,0-103,0). Артериальная гипертензия была выявлена у всех пациентов. Гипертриглицеридемия выявлена у 81,5% , нарушение углеводного обмена у 48,1%. Появление первых признаков подагры у пациентов с МС отмечено в более раннем возрасте – $46,53 \pm 11,2$ года ($p < 0,05$). Длительность обострения подагры и частота приступов достоверно выше в группе с МС ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно). Было установлено, что у больных с МС концентрация МК сыворотки крови была выше ($472,5 \pm 112$) в сравнении с группой без МС

(451,3 ± 135,1). Уровень СРБ у пациентов с МС был также достоверно выше 2,93±0,37 мг/л, по сравнению с группой без МС – 2,07±0,21 мг/л (p<0,05). Также нами было отмечено, что СКФ у пациентов с МС достоверно ниже, чем в группе без МС 71,4±3,57 мл/мин/1,73м² и 79,8±2,23 мл/мин/1,73м² соответственно (p<0,05).

Выводы. Таким образом, сочетание МС и подагры утяжеляет течение подагры, что проявляется в более продолжительных приступах и увеличении их частоты. Более выраженное снижение СКФ у таких пациентов прогностически неблагоприятно в плане более раннего развития хронической почечной недостаточности. Следовательно, адекватная коррекция компонентов МС у пациентов с подагрой необходима для улучшения качества контроля над заболеванием и снижении степени выраженности воспалительных реакций.

**Якименко Е.А., Ефременкова Л.Н., Клочко В.В., Кравчук О.Е.,
Закатова Л.В., Тбилели В.В., Антипова Н.Н., Тихончук Н.С.,
Богдан Н.М.**

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА
КОЛЕН-НЫХ СУСТАВОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель работы: изучение влияния комплексной патогенетически обоснованной терапии на течение ОА коленных суставов у женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Мы обследовали женщин в возрасте 50 лет, в количестве 30, индекс массы тела (ИМТ) свыше 25 кг/м². Группа сравнения женщины аналогичного возраста в количестве 30 с ИМТ до 25 кг/м². Всем женщинам проведено рентгенологическое исследование коленных суставов по стандартной методике с оценкой ширины суставной щели в медиальном отделе коленного сустава. Плотность кости определяется методом ультразвуковой остеоденситометрии с оценкой Т-индекса. Проведено исследование острофазовых показателей (СОЭ, СРБ, серомукоиды, фибриноген) для оценки выраженности степени воспаления. Всем пациенткам проведена оценка болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли. Больные основной группы (женщины с МС) были распределены на 2 группы по 15 человек соответственно проводимому лечению. Больным I группы проводилась терапия НПВП в виде препарата мовалис 15 мг в сутки, а также препараты кальция в сочетании с витамином D3 (кальцемин 1т ×

2 р в сутки) в течение 3х месяцев. Больным II группы проводилась комплексная терапия с включением хондропротекторов (хондроитин и глюкозамин сульфата в виде «Артрон-комплекс») по схеме 1т 2р в сутки 1мес, а затем 1 т в сутки 2 мес. А также препарата, уплотняющего кость – бисфосфоната в виде препарата «Алендра» по схеме 1 порция утром перед едой 1 раз в неделю в сочетании с препаратами кальция («Осталон кальций D3») в течение 3 месяцев.

Результаты. Установлено, что у женщин с МС более выражены R-признаки ОА коленных суставов, более выражены признаки воспаления (по клиническим и лабораторным данным) и болевой синдром по шкале ВАШ в сравнении с женщинами без МС. По данным ультразвуковой остеоденситометрии у женщин без МС чаще наблюдались остеопения в 78% случаев, в 20% наблюдался остеопороз, и 2% нормальная плотность кости., а у женщин с метаболическим синдромом в большем % случаев наблюдался остеопороз 56% и 44% остеопения.

Выводы. При проведении комплексной терапии с включением хондропротекторов в виде сочетания хондроитин и глюкозамин сульфата, а также бисфосфонатов наряду с НПВП отмечается выраженный стойкий эффект в отношении купирования болевого синдрома, уменьшении степени выраженности воспалительных реакций, а также увеличения плотности кости.

Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ ОЖИРЕНИЕМ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования. Изучение и оценка эффективности диетотерапии и физической активности при лечении больных с артериальной гипертонией на фоне ожирения.

Методы и исследования. Исследование выполнено на 144 больных: 73 мужчин и 71 женщин в возрасте от 26 до 70 лет с диагнозом, ГБ 1-II ст. на фоне избыточной массы тела и ожирения. Средняя масса тела составляла $99,8 \pm 2,5$ кг. При поступлении индекс массы тела (ИМТ) менее 30 кг/м² (ожирение I степени) имели 9,6% мужчин и 11,4% женщин; ИМТ=30-40 кг/м² (ожирение II степени) соответственно 14,7% мужчин и 34% женщин и ИМТ более 40 кг/ м² (ожирение III степени) - 3% мужчин и 4% женщин. Степень ожирения определяли путем расчета индекса массы тела по

формуле Кетле: $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$. Согласно классификации ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997), диагноз ожирения ставился при величине $ИМТ > 30$ и более. Оценку фактического питания осуществляли как по частоте потребленных продуктов, так и по профилю потребления пищевых веществ. Всем больным назначена диетотерапия согласно национальным рекомендациям, разработанным Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК).

Результаты. Результаты исследования показали, что в сравнении с рекомендуемым для больных ССЗ, рацион больных отличался высокой калорийностью. На фоне лечения уровень систолического АД снижался в процессе лечения на 21%, а диастолического - на 18%. Редукция массы тела и ИМТ у мужчин составила 5,7%, а у женщин - 6,2 %, окружность талии и бедер у мужчин уменьшилась на 4,4 и 3,1%, у женщин - на 4,6 и 3,2% соответственно. Редукция массы тела под влиянием диетотерапии у больных с избыточной массой тела и ожирением 1 степени составила 4,7%, тогда как у больных с ожирением 2 степени и с ожирением 3 степени - по 6,5%. При этом уровень физической активности имел тенденцию к росту как у мужчин, так и у женщин.

Выводы. Под влиянием диетотерапии у большинства больных отмечалась положительная динамика гипертонической болезни, что выражалось снижением артериального давления на фоне нормализации показателей липидного обмена в сыворотке крови. Увеличение физической активности больных приводило к улучшению динамики антропометрических параметров - массы тела, ИМТ, окружностей талии и бедер.

Buheruk V., Voloshyna O., Lysyi I, Dukova O.

**MODIFYING ANTIHYPERTENSIVE, LIPID-LOWERING AND
AN-TIPLATELET TREATMENT TO CONTROL HYPERURICEMIA
IN METABOLIC SYNDROME PATIENTS**

Odesa national medical university, Odesa, Ukraine

The study aimed to evaluate metabolic syndrome parameters in re-sponse to individualized antihypertensive treatment, statin, and tailored choice of clopidogrel over aspirin in high risk and very high risk hypertensive patients.

Patients and methods. 60 hypertensive patients aged $62,3 \pm 5,4$ years, 22 males, 38 females, were enrolled into the study. All patients had manifestations

of metabolic syndrome, including high serum uric acid (UA) with middle level $470,4 \pm 14,22$ mmol/l. Treatment modification was focused on medications, lowering UA levels.

Losartan was used for antihypertensive treatment in daily dose 75-100 mg, combined with calcium channel blockers or vasodilating β -blockers if necessary; use of thiazide diuretics was minimized. Lipid-lowering treatment included atorvastatin in daily dose 20-60 mg. Low-dose aspirin was substituted by clopidogrel 75 mg/daily. Main parameters of metabolic syndrome were controlled before treatment modification and after 3 months.

Results. Main parameters of metabolic syndrome at the baseline and after 3 months of treatment were modified in a following way: body mass index – $34,55 \pm 5,89$ and $33,51 \pm 6,01$ kg/m², ($P > 0,05$); waist circumference – $103,34 \pm 7,88$ cm and $101,5 \pm 8,2$ cm, ($P > 0,05$); average systolic blood pressure (according to 24-hours blood pressure monitoring data) – $149,43 \pm 16,32$ mm Hg and $132,1 \pm 10,43$ mm Hg, ($P < 0,05$); average diastolic blood pressure (24-hours blood pressure monitoring data) – $95,78 \pm 12,45$ mm Hg and $86,4 \pm 10,77$ mm Hg, ($P < 0,05$); LDL cholesterol – $3,78 \pm 0,56$ and $3,04 \pm 0,38$ mmol/l, ($P < 0,05$); triglycerides – $1,71 \pm 0,8$ and $1,44 \pm 0,5$ mmol/l, ($P < 0,05$); fasting blood glucose – $5,81 \pm 1,22$ and $5,44 \pm 1,14$ mmol/l, ($P > 0,05$); UA – $470,4 \pm 14$, and $391,22 \pm 9,87$ mmol/l, ($P < 0,05$); creatinine – $91,34 \pm 14,1$ and $85,57 \pm 11,4$ μ mol/l, ($P > 0,05$).

Conclusions. Modified tailored combination of antihypertensive, antiplatelet, and lipid-lowering medication with agents, lowering serum uric acid levels allows achieving better control of 24-hour blood pressure, hyperuricemia and lipid profile in metabolic syndrome patients after 3 months of treatment. Reduction of hyperuricemia, as one of multimorbidity pathology in patients with metabolic syndrome, positively influences on activity of inflammation process, atherogenesis, insulin resistance level and endothelial dysfunction.

Khamrabaeva F.I.

CHARACTERISTICS OF LIPID AND CARBOHYDRATE SPECTRUM IN THE PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education.

The significant advances have been achieved in the study of isolated pathogenesis as chronic pancreatitis (CP) so as metabolic syndrome (MS) as well as insulin resistance, however in this associated pathology remain many white places among which the role and etiopathogenic value of carbohydrate and lipid metabolism has been seen.

Purpose of this investigation was to study the role of insulin and adipokines (adiponectin, resistin, leptin) in the formation of CP in the patients with MS.

Material and methods. The main clinical group included 52 patients with CP associated with MC at the age from 18 to 68 years. Males were 9 and females – 43. Control group was composed of 14 subjects, mainly of women of fertile age without manifestations of CP and MS.

Glucose blood concentration (mmol/l) was measured by glucoseoxidase method; insulinoreistance index was calculated by formulae HOMA-IR. The value more than 2,27 was considered as presence of insulinoreistance. The insulin level in the blood was measured by immune-enzymatic method. At level of insulin on empty stomach higher than 12,5 mcUN/ml the hyperinsulinemia was diagnosed.

Results: The data obtained indicated about reliable change in the lipid spectrum in the patients with CP associated with MS. Thus, total cholesterol level was increased in 53% of patients, triglyceride – in 72,4%, LDLP CS – in 58% of patients with associated form of disease in a part of patients, concentration of total cholesterol increased 1,5-2 times the high limit of references; triglyceride increased 2-4,5 times the norm< and level of LDLP CS – 1,7-2,2 times. Concentration of LDLP CS which is known by its antiatherogenic effect and participating in the processes of cholesterol elimination, was decreased in more than a half of patients with CP associated with MS.

The observed increase level of leptin in the blood serum in studied patients, which concentration increase 1,5 times in studied pathology< may be considered as one of factors of pathogenesis of arterial hypertension in patients with CP associated with MS.

Resistin plays the key role in the appearance of excessive weigh. This hormone is synthetized by fatty cells (adipocytes) and induced resistance to insulin in the body tissue. The decrease in this hormone level results in increase in adipocyte cell sensitivity to insulin and capture of glucose by these cells that promotes increase in body mass and obesity.

Conclusion: Thus in the patients with CP associated with MS there are noted reliable high values of lipid and carbohydrate blood spectrum, the state of hyperleptinemia and lower content of resistin and adiponectin that should be considered during treatment of these patients.

Khamrabaeva F.I.

ACTIVATION OF COMPONENTS OF COMPLEMENT IN PATHOGENESIS OF A STOMACH ULCER

The Tashkent Institute of improvement of doctors, Uzbekistan

Research objective: to study a role of activation of components of complement in pathogenesis of a stomach ulcer as initiator of a classical way of activation serve as a component of immune complex, a fragment of the factor of Hageman, some viruses and the cells parasitized with a virus.

Material and methods: immunochemical research of a concentration of components of complement in whey of blood sick of a stomach ulcer has shown on authentic decrease of a level of complement C3 and C4 (consumption) in a digestion phase "on an empty stomach" and has averaged $78,0 \pm 1,7$ mg/dl and $21,1 \pm 1,4$ mg/dl of group of comparison.

Activation of components of complement C3, C5 can cause adhesion and aggregation of neutrophils and by that to promote damage of endothelium of vessels by toxic metabolites of oxygen O_2^- and H_2O_2 . Damage of an endothelium of complement by the active leukocytes can be accompanied by strengthening of peroxide oxidation of lipids.

Besides, activation of complement is accompanied by the raised synthesis of leukotrienes, rendering powerful vasculomotor effect. At the same time, such biologically active substances as: histamine, leukothriene, thromboxan, prostaglandin and kinins can be one of the reasons of increase in permeability of a vascular wall and for development of inflammatory process.

Thus, components of complement of C3 and C4 directly or mediately operate on a vascular wall and thrombocytopenic hemostasis in pathogenesis of a stomach ulcer.

Khamrabaeva F.I.

DYNAMIC OF THE RESULTS OF ENDOGENIC INTOXICATION AND BUFFER SYSTEM AT PATIENTS WITH DISEASE OF STOMACH ULCER.

Tashkent Institute of improvement of doctors. Uzbekistan.

Purpose: To study the dynamics of indicators of endogenic intoxication and buffer system at sick of a stomach ulcer after application of quantum therapy and quantum body.

Material and methods: patients of the first group received traditional therapy and quantum bodies.

To the second group in addition assigned quantum therapy. The control group was made by 20 healthy faces.

Conducted therapy at patients of 1 group was accompanied by authentic decrease of concentration of middlemolecular peptids on 25 % in blood that specifies in considerable reduction of biological toxicity of whey of blood. Immunochemical research of the contention of components of complement has shown authentic increase ($P < 0,05$) of the quantitative maintenance of components C3-C4 in blood whey. Naturally, accumulation in blood of components of complement specifies in reduction of quantity of biologically active substances which concern endogenic peptids, lysosomic enzymes and products callicrein-kininic systems. The last inactivates by natural antiproteolysis- α 2-macroglobulin and ceruloplasmin which quantitative maintenance after application of traditional therapy raised on 16 and 12 % accordingly. Application of quantum therapy and quantum body at patients with stomach ulcer was accompanied by authentic decrease in level middle-molecular peptids to control sizes. Naturally, decrease of intoxication led to accumulation in blood of components of complements C3-C4. Similar dynamics is noted in concerning of jet fibers - an α -2-macroglobulin and ceruloplasmin, where which concentration in blood consisted accordingly.

Observable dynamics in indicators of nonspecific humoral immunity has shown on efficiency of quantum therapy and quantum body in treatment of stomach ulcer.

Lysi I., Voloshyna O., Dychko T., Dukova O., Kovalchuk L., Samorukova V., Zbitnieva V.

**THE ROLE OF THE CORRECTION OF THE HYPOMAGNESEMIA
IN RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL
HY-PERTENSION AND CONCOMITANT CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE**

Odessa national medical University, Odessa, Ukraine

The main purpose of work: to determine the role of magnesium level correction in restorative treatment of patients with arterial hypertension (AH) and concomitant chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Material and methods. Examined 62 patients: 39 males (62,9%) and women 23 (37,1%); diagnosed with hypertension of I-III degree and 2-3 categories of COPD (GOLD). Group observations: 1 group (control) was 54,8 % ($n=34$) patients with hypertension, 2 group (main) - 45,2 % ($n=28$) patients with hypertension and concomitant COPD. Anamnesis, complaints, anthropometric

data, tobacco Smoking index, blood pressure levels (BP), results of spirometry, magnesium in blood serum were analyzed.

Results. The analysis showed that the decrease in magnesium level below the age norm (0.65-1.07 mmol/l) was registered in 32,3 % (n=20) patients with AH and 35,5 % (n=22) patients with AH and COPD ($p<0.05$), which averaged 0.64 ± 1.52 mmol/l and 0.61 ± 1.19 mmol/l ($p<0.05$). Both group of patients were additionally treated with fixed combination of magnesium and vitamin B6 – "Magnicum" (470 mg/5 mg) 1 tablet per day. After a month of follow-up, both groups showed clinical improvement: a decrease in cough, shortness of breath, wheezing. Patients who additionally took magnesium had a decrease in systolic BP (SBP) from 146 ± 12 to 139 ± 9 mmHg and diastolic BP (DBP) from 85 ± 4 to 82 ± 3 mmHg ($p<0.01$) and improvement of forced expiratory volume in the first second (FEV1): GOLD 2 - from $59.2\pm1.64\%$ to $64.5\pm1.22\%$, GOLD 3 – from $42.3\pm2.01\%$ to $45.1\pm2.06\%$ ($p<0.05$). The percentage of patients with magnesium deficiency decreased to 14.5 % (n=9) in the control group and to 19.4 % (n=12) in the main group ($p<0.05$), the average magnesium level was 0.84 ± 1.09 mmol/l and 0.73 ± 1.12 mmol/l, respectively ($P<0.05$).

Conclusions: 1. A decrease in the magnesium level below the age norm is equally observed in both group: with AH - 32.3%, with AH and concomitant COPD - 35.5% ($p<0.05$).

2. The use of a fixed combination of magnesium and vitamin B6 in the rehabilitation treatment of patients with AH and concomitant COPD makes it possible to effectively increase the level of serum magnesium - 0.73 ± 1.12 mmol/l ($P<0.05$), reduce SBP - 139 ± 9 mmHg ($p<0.01$) and DBP - 82 ± 3 mmHg ($p<0.01$), to increase FEV1 – 64.5 ± 1.22 ($p<0.05$) and $45.1\pm$ to 2.06 ($p<0.05$) in patients with GOLD 2 and GOLD 3.

Sadykov Rustam A., Kim Olga V.

**STUDY OF BLOOD PURIFICATION METHOD FOR POSTTRAUMATIC
HEPATORENAL FAILURE TREATMENT**

Republic scientific practice specialized medical center of Surgery named after
acad. V.Vakhidov

Background. The development of artificial organs support system remains actual strategy due to a high mortality rate of multi-organ dysfunction. The liver is the most commonly injured organ in blunt abdominal trauma and the second most commonly injured organ in penetrating abdominal trauma. Ischemic hepatitis (also known as shock liver) and acute kidney failure can occur due to

high blood loss and insufficient blood flow to these vital organs. The recovery of liver functions in early postoperative period is important issue.

Objective. The evaluation of AC adsorption capacity during plasma adsorption for hepatorenal syndrome endotoxemia.

Methods. Static adsorption experiments using AC sorbents (SKN-2k) with median diameter 0,3 – 0,6 mm at room temperature were conducted. The inner porous surface ranged between 1200 – 1300 m²/g. 2000 mg (2,8 ml) AC have been prepared by washing with 10 ml normal saline. Further 4 ml human plasma with hyperbilirubinemia was added to AC in lab tube with diameter 2,0 cm. Adsorption lasted 30 min of sorption. Lab tests were checked before and after experiment.

The higher sorbent/plasma ratio is the more effective reducing of target molecules. The most appropriate sorbent to plasma volume ratio is 1:1,4. The contact area plays an important role in adsorption effectiveness due to hydrophobic properties of AC. Past studies revealed that enlargement of contact area induces adsorption intensity.

Results. The results of current experiment revealed high adsorption capacity during static plasma adsorption. Lab test results showed AST decreasing by $49,8 \pm 7,8\%$, total bilirubin – $70,6 \pm 3,7\%$, conjugated bilirubin – $88,9 \pm 4,8\%$, unconjugated bilirubin – $57,3 \pm 6,7\%$, urea – $65,3 \pm 0,4\%$, creatinine – $94,4 \pm 0,9\%$ (n=3). AC removed total protein from plasma by $48,2 \pm 1,9\%$ and albumin – $54,7 \pm 1,9\%$ (n=5).

Conclusion. Static plasma adsorption study revealed effective decreasing of liver and kidney tests levels. AC using for plasma perfusion may be used for postoperative conditions after liver injury, high blood loss, and shock in intensive unit care. However, a high total protein adsorption in liver failure patients may induce hypoproteinemia. Further research and improvement of sorbent selectivity, efficiency, biocompatibility have possibilities to develop a liver support system.

Shodmonqulova Gulruh Rustam qizi.

METABOLIK SINDROMLI BEMORLARDA XOMILADORLIK KECHISHI

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston

Maqsad: Xomilador ayollarda metabolik sindrom (MS) tarqalishini aniqlash va MS ni aniqlashda to'rtta tashxisiy mezonni bir biriga bog'liqligini baholash. Metabolik sindrom Asosiy xavf omillarini uchrashini taxlil etish.

Material va Metod: Tadqiqotda yoshi 18dan 35 yoshgacha bo'lgan 31 ta ayol qatnashdi. Bemorlarda antropometrik ko'rsatkichlari; tana vazni ,bo'yi, qorin

aylanasi, qorin aylanasi, son aylanasi nisbati va siydik analizi, gyukozaga tolerantlik sinamasi, qondagi lipid spektri, qon bosimi ko'rildi

Natija: Tana vaznining oshishini aniqlash uchun (Ketle) indeksidan foydalanildi. TMI 25 dan oshsa ortiqcha tana massasi deb aytish 30 dan yuqori bo'ganda esa Semirish deb aytish mumkin lekin xomiladorlarda raqamlar +3(5) gacha o'zgarishi mumkin ekan. Abdominal semizlik tekshirilayotgan ayollarning 4 tasida (12.9%) da aniqlandi.

Abdominal semizligi bor deb topilgan ayollarda uglevodlarga tolerantlik qondagi lipid spektri sinamasi va qon bosimi o'lchandi. Natijada uglevod almashinuvi buzilishishi uchrashi va qon bosimi yuqoriligi kuzatilishi aniqlandi

Shu guruhdagi (tajribadagi xavf omili aniqlanga) ayollarning yoshi o'rtacha 31,25 yoshni tashkil qildi va bu ayollarda xomiladorlik davri og'ir kechayotganligi haqida ma'lumot olindi.

Xulosa: Ayollarda xomiladorlikni kechishida metabolik sindrom xavf omillari muhim ro'y o'ynaydi. Yoshi katta xomilador ayollarda MS tarqalishi yuqori ko'rsatkichlarga ega bo'ladi. MS ning rivojlanishida asosiy xavf omili bo'lib gipodinamiya va stress xisoblanadi va Shu toifalarga oid ayollarda MS elementlari buzilishi ko'p uchraydi va bu esa xomiladorlikning og'ir asoratlari bilan kechishiga sabab bo'lishi mumkin.

Starodub N.F., Fedelesh-Gladinets M.I., Savchuk M.V., *Yukalo V.G.
EXPRESS TEST FOR THE CONTROL OF GENOTOXICITY OF NUTRITIONAL PRODUCTS TO PREVENT FOOD DISMETABOLISM.

National university of life and environmental sciences, Kiev, Ukraine.

* Ivan Pul'uj National technical university, Ternopil, Ukraine.

The main purpose of work. The development of simple, effective and express approach for the control of the genotoxicity of the different types of the soluble elements of the environmental to prevent undesirable effects on the living organisms. Some nutritional products may contain some elements which are able to induce not toxicity only but genotoxicity too in result of the different types of dismetabolical processes may be aroused. But if for the control of the general toxicity there is existed the appropriate international standards in case of the estimation of the genotoxicity it was proposed a number of approaches only but they are complicate, demand a lot of time for fulfilment and very expensive.

Material and methods. For the observation it was taken the samples of whole milk, whey, water extracts of some sorts of bread as well as ethanol (Et), dimethyl sulfate (DMS) and mitomycin C (MtC) which were as the appropriate standards.

The fibre optics biosensor on the basis of cells combined the SOS system, indicative of DNA-damaging agents, as a receptor component and the bioluminescence system as a rapid reporter one was constructed. Recombinant *E. coli* C600(pPLS-1) carries a plasmid with the promoterless lux operon (luxCDAB-FE) of *Photobacterium leiognathi* under control of a strong SOS promoter that originates from part of the *cda* gene of the plasmid ColD. The needed plasmids were obtained from Pharmacia. In special studies, an effective way of integrating referent cells with optical fibres has been selected.

Results. The developed biosensor can be used for rapid analysis, namely for 20 min, if optical fibres with appropriate immobilized cells are prepared in advance. According to the obtained results, the functional activity of such prepared optical fibres can be stored within one day. Its sensitivity in respect of Et, DMS and MtC corresponds to approaches based on the use of traditional, rather complex and expensive devices. For the DMS and MtC the registered luminescent signal was appeared trough about 15-30 min and achieved maximal level during 150-180 min. In case of the application of Et the appearance of the luminescence was revealed through 30 min and its level was decreased after the exposition about 200 min. As a rule, water extracts from the food and milk products did not stimulated luminescent signal excluding events when they connected a special aro-matic substances. Especially, some synthetic flavourings are able to increase mutation level manifested as bioluminescent signal.

Conclusion. The proposed biosensor may have a future perspective for use in field conditions for the evaluation, even in on line mode, the level of genotoxicity of environmental factors of the chemical nature.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдувакилов Ж.У., Ризаев Ж.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПАРОДОНТАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	1
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турсунбаев А.К., Шукуров У.М. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕН- ЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	2
Абдуллаева Д.Г. К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ.....	3
Абильдаева Д., Турсунбаева К. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	4
Акалаев Р.Н., Хашимов Х.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ...	5
Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. ВЛИЯНИЕ МЕТАБО- ЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	6
Акбарова Д.С., Мусаева Л.Ж. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.....	7
Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Исхаков Ш.А., Узаков Ж.К., Азизов Ш.И., Ибабекова Ш.Р. ВЛИЯНИЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ И СТАТИНОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТРОВАНИЮ	8
Арипов А.Н., Борзова Н.С., Ша-Ахмедова Л.Р. ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН – ПРЕДИКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА.	9
Артёменко В.В., Берлинская Л.И. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	10
Аслонова Ш.Ж., Жураева Х.И. ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА НА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	12

Аслонова Ш.Ж. Жураева Х.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТФОРМИНА НА ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.	13
Бекматова Ш.К. ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	14
Бекматова Ш.К. НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	16
Бекматова Ш.К. ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОСТИ ВЕСА.	17
Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Татузян Е.Г. ДИСМЕТАБОЛИЗМ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННЫМ И АССОЦИИРОВАННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПСОРИАЗОМ	18
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.	19
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Муллағалиева Ф.Г. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	20
Бобрик Л.М., Шаныгин А.В., Хохуля Ю.А., Майстренко М.С. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА.	21
Богдан Н.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.	22
Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Треумова С.И., Иваницкая Т.А., Иваницкий И.В. ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	24

Валентинова И.А., Шкапо В.Л., Несен А.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ.	25
Волошина Е.Б., Дукова О.Р., Лысый И.С., Ковальчук Л.И., Бугерук В.В., Дычко Т.А. Афанасьева Я.С., Горбатюк А.Л. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	26
Волошина Е.Б., Чайка А.А., Богатырева Т.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	27
Гарифулина Л.М., Холмурадова З.Э., Ашурова М.Ж., Гойибова Н.С. СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ХОЛАТИ	28
Гарифулина Л.М., Усманкулова Х.М., Тураева Д.Х. ГИПЕРУРЕКЕМИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	29
Дадабаева Н.У, Эгамбердиева Д.А. РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА.....	30
Даминов Б.Т., Каюмов Н.У. СОСТОЯНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	31
Джураева Р.И., Усербаева А.Т., Латыева.М.Ш. СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D И Са В ПИТАНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	32
Джураева Р.И., Усербаева А.Т. ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ РИСКОВ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ	33
Дитковская Т.П, Яценко Б.А. КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	34
Ермоленко Т.А., Артеменко В.В., Мних Л.В. НОРМАЛИЗАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА – ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИИ.....	35

Жулавский И.А. КОРРЕКЦИЯ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕ 1-2 СТЕПЕНИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ВКЛЮЧАЮЩИХ АЭРОБНЫЕ И АНАЭРОБНЫЕ НАГРУЗКИ.	36
Загородняя Л.И., Ямилова Т.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ.....	37
Закирова У.И., Курбонова М.Б. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	38
Зелинский А.А., Ермоленко Т.А., Шаповал Н.В., Шаблий Т.П., Чумак З.В. МЕНОПАУЗА – УНИКАЛЬНЫЙ «ЖЕНСКИЙ» ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.	39
Златкина В.В., Дунаевская М.М., Котляренко Е.Г. РАЗЛИЧИЯ В СОСТОЯНИИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ.	40
Зубайдуллаева М.Т., Халмухамедов Б.Т. ИЗУЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	41
Ибадова М.У., Каландарова У.А., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Каюмов Н.У. ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	42
Иваницкая Т.А., Бурмак Ю.Г., Иваницкий И.В. УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д И ЕГО КОРРЕЛЯЦИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	43
Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Луговсков Е.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ	44
Игнатъев А.М., Турчин Н.И., Добровольская Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ.	45

Игнатъев А.М., Прутян Т.Л. УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, РАБОТАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА	46
Ильченко И.А., Немцова В.Д. УРОВЕНЬ АДИПОКИНОВ, МАССА ТЕЛА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ.....	47
Ильченко И.А., Немцова В.Д. ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ...	48
Исаева А.С., Резник Л.А., Вовченко М.Н., Буряковская А.А. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У УКРАИНСКИХ ВРАЧЕЙ.....	49
Искандарова Г.Т., Юсупова Д.Ю. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА МЕХАНИКОВ – ВОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕФОЛИАЦИИ ДЕФОЛЕАНТАМИ «УЗДЕФ-К» И «ФАНФЕФ-АЪЛО»	50
Каримова Н.А. Норшодиева Р.У. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.	52
Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Ибадова М.У., Алимов С.С., Нарзикулова С.П., Самандаров А.Р., Саипова Г.А. ОПРОСНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ	53
Кдырбаева Ф.Р. ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	54
Кенджаев П.П., Рустамова М.С., Раджабова Д.А. ОЖИРЕНИЕ – ГЛАВНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	55
Китъян С.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	56
Коваль С.Н., Юшко К.А., Старченко Т.Г., Снегурская И.А. ВЗАМОСВЯЗЬ АНГИОТЕНЗИНА-(1-7) СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	

СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	57
Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Божко В.В., Юшко К.А., Пенькова М.Ю. СУБКЛИНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	58
Кононова О.Н., Коротаев А.В., Зотова О.В., Евдочкова Т.И., Навменова Я.Л. АНАЛИЗ ДАННЫХ УЗИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БЕРЕМЕННЫХ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	59
Кононова О.Н., Пристром А.М, Коротаев А.В., Николаева Н.В. ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	60
Корильчук Н.И. ПОПЫТКИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	61
Крахмалова Е.О., Самохина Л.М., Бондарь Т.Н. КАЛЬПАИНЫ И ОКСИД АЗОТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	62
Кузьмина Н.М. ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	63
Кулемзина Т.В., Красножон С.В., Криволап Н.В., Испанов А.Н. ПРЕВЕНТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	64
Лебедева Е.Н., Сетко Н.П., Афонина С.Н. ГЕНОМНЫЕ АСПЕКТЫ Д-ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	65
Ломако В.В., Самохина Л.М. ВЫЗВАННЫЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ХЛОРПРОМАЗИНА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.	66
Лысый И.С., Саморукова В.В., Збинева В.О., Волошина Е.Б., Дычко Т.А., Дукова О.Р. РОЛЬ ДОМАШНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ	

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ.....	67
Мазниченко Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ.....	68
Мазниченко Е.А., Касаткин А.И., Хуссейн А. КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТОМ.....	69
Мартусевич А.К., Соловьева А.Г., Мартусевич А.А. СТИМУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА ТКАНЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИМ ДОНОРОМ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ.....	70
Мартусевич А.К., Краснова С.Ю., Галка А.Г., Соловьева А.Г., Дубкова Е.С. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОРЕГЕНЕРАТОРНЫХ СВОЙСТВ ГЕЛИЕВОЙ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	71
Мартусевич А.К., Ковалева Л.К., Мартусевич А.А. КРИСТАЛЛОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	72
Марченко Л.Н., Говоруха Т.П., Репин М.В., Строна В.И. ДЕЙСТВИЕ КРИОЭКСТРАКТОВ ПЛАЦЕНТЫ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА СТРУКТУРУ НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	73
Матмуротова С.О. ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ КЕЛИБ ЧИКИШ САБАБЛАРИ.	74
Матмуротова С.О. АЁЛЛАР ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМИНИ УЧРАШИ.....	75
Милославский Д.К., Снегурская И.А., Божко В.В., Щенявская Е.Н. ПРЕВЕНТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ДИЕТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	76
Мухамеджанов Э.К. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	77

Найдёнова Е.В., Шишман Ю.М. ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (УПОТРЕБЛЕНИЯ МЯСНЫХ И РЫБНЫХ ПРОДУКТОВ) НА УРОВНИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	79
Невзоров В.П. ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ..	80
Несен А.А., Шкапо В.Л., Валентинова И.А. КОМОРБИДНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ ПОВЫШЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА.....	81
Ноябрёв Д.В. КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	82
Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Рузметова И.А. ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	83
Паненко А.В., Серафимова Э.В., Омеляненко Н.П., Прокопчук Ю.В., Волянская В.С. ОЦЕНКА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.	84
Панюта А.И., Опарина Т.П., Ярмула К.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РАБОТНИКОВ МОРЕ-ХОЗЯЙСТВЕННОГО КОМПЛЕКСА.....	85
Плакида А.Л. ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА БЕРЕМЕННЫХ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	86
Репин Н.В., Марченко Л.Н., Говоруха Т.П., Строна В.И., Васькович А.М., Чиж Ю.А. ПРИМЕНЕНИЕ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ И	87
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ РААС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	87
Садыкова Г.А, Рахматуллаев Х.У., Базарова С.А. КЛЕТОЧНАЯ РЕАКЦИЯ СЕРДЦА, ЛЁГКИХ И УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ	88

Садыков Р.А., Исмаилов Б.А., Тураев А.С. БИОДЕГРАДАЦИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ГЕПРОЦЕЛ	89
Самохина Л.М., Ломако В.В. ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТКАНИ ПОЧЕК И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ	90
Самохина Л.М., Стародуб Н.Ф. НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНТОКСИКАЦИИ В ТКАНЯХ ПОЧЕК.....	91
Снегурская И.А., Мысниченко О. В., Милославский Д.К., Божко В.В., Юшко К.А. РОЛЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ИЗМЕНЕНИИ СТРУКТУРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	92
Снегурская И.А., Божко В.В., Милославский Д.К., Старченко Т.Г. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ	93
Султонова Д.М. МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА ОВҚАТЛАНИШНИ АХАМИЯТИ.....	95
Султонова Д.М. ДИЗМЕТОБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ФОНИДА РЕЦИДИВЛАНУВЧИ ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ...96	
Таджиев Б.М., Максудова Л.И., Ташпулатова М.Х. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ, ПРОИСХОДЯЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	97
Талипова Ю.Ш., Тулабаева Г.М., Азизова Ф.Ф., Хусанов А.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	98
Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Атаханова Л.Э. ИЗУЧЕНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ МОКСОНИДИНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	99
Ташметова Г.Т. СОЧЕТАНИЕ АЛЛЕРГОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.	101

Ташметова Г.Т. КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ	102
Тилляшайхова И.М., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИДПП-4 И АГПП-1 С МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С СД 2 ТИПА.....	103
Топчий И.И., Самохина Л.М., Кириенко А.Н., Якименко Ю.С. СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА .	104
Тулабоева Г.М., Нуралиева Д.М., Отамирзаев Н.Р., Сагатова Х.М. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	105
Убайдуллаева Н.Н., Ташметов Х.М. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ	106
Усманкулова Х.М., Гарифулина Л.М., Холмурадова З.Э. СЕМИЗЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ ТАШКИЛ ЭТУВЧИЛАРИНИ БАҲОЛАШ	107
Фазылов А.В., Низомутдинова Ф.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	108
Фазылов А.В., Касимова О.М., Зайнутдинов Ф.Ш. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЁГКИХ.	109
Файзиев А.Н. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	110
Хидоятова М.Р., Ярмухамедова Г.Х. ВЛИЯНИЕ КАВЕРГАЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У КРОЛИКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	111
Хамидова Г.С., Матмуротова С.О. НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁГЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ АХОЛИ УРТАСИДА КЕНГ ТАРКАЛИШИ ВА ГЕПТРАЛ ПРЕПАРАТИНИНГ БУ КАСАЛЛИКДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ УРГАНИШ.	112

Ҳамидова Г.С. ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШАРОИТИДА ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛСИЗ ЁҒЛИ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ ВА ТАРҚАЛИШИ.	114
Ҳамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.И., Атабаева С.М., Туляганова Ф.М. ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ	114
Ҳамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.И., Атабаева С.М., Туляганова Ф.М. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ТАШКЕНТСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЕ	116
Чепурненко С.А., Шавкута Г.В., Лубенец Н.Н. ДИСМЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	117
Чепурненко С.А., Бурцева Н.В., Медведева Ю.А. АРХИТЕКТОНИКА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.....	118
Чепурненко С.А., Шавкута Г.В., Липчак Т.Н. ОЖИРЕНИЕ И ГИНЕКОМАСТИЯ, У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ СПИРОНОЛАКТОН	120
Чепурненко С.А., Ляшенко С.А., Шавкута Г.В. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	121
Шкапо В.Л., Несен А.А., Валентинова И.А. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	123
Эгамбердиева Д.А., Расулев Ё.Э., Рузметова И.А. ПОКАЗАТЕЛЬ СРЕДНЕГО СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТЕ — КАК КРИТЕРИИ ДОСТОВЕРНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО АНАЛИЗА ...	124
Эгамбердиева Д.А., Таджибаева Л.К. ИЗУЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	125
Якименко Е.А., Кравчук О.Е., Клочко В.В., Тбилели В.В., Гриценко М.В. РАСПРОСТРЕНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	126

Якименко Е.А., Ефременкова Л.Н., Ключко В.В., Кравчук О.Е., Закатова Л.В., Тбилели В.В., Антипова Н.Н., Тихончук Н.С., Богдан Н.М. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	127
Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ ОЖИРЕНИЕМ	128
Buheruk V., Voloshyna O., Lysyi I, Dukova O. MODIFYING ANTIHYPER-TENSIVE, LIPID-LOWERING AND AN-TIPLATELET TREATMENT TO CONTROL HYPERURICEMIA IN METABOLIC SYNDROME PATIENTS	129
Khamrabaeva F.I. CHARACTERISTICS OF LIPID AND CARBOHYDRATE SPECTRUM IN THE PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME	130
Khamrabaeva F.I. ACTIVATION OF COMPONENTS OF COMPLEMENT IN ПАТОГЕНЕЗЕ А STOMACH ULCER.....	132
Khamrabaeva F.I. DYNAMIC OF THE RESULTS OF ENDOGENIC INTOXICATION AND BUFFER SYSTEM AT PATIENTS WITH DESEASE OF STOMACH ULCER.....	132
Lysyi I., Voloshyna O., Dychko T., Dukova O., Kovalchuk L., Samorukova V., Zbitnieva V. THE ROLE OF THE CORRECTION OF THE HYPOMAGNESEMIA IN RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HY-PERTENSION AND CONCOMITANT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	133
Sadykov Rustam A., Kim Olga V. STUDY OF BLOOD PURIFICATION METHOD FOR POSTTRAUMATIC HEPATORENAL FAILURE TREATMENT	134
Shodmonqulova Gulruh Rustam qizi. METABOLIK SINDROMLI BEMORLARDA XOMILADORLIK KECHISHI	135
Starodub N.F., Fedelezh-Gladinets M.I., Savchuk M.V., *Yukalo V.G. EXPRESS TEST FOR THE CONTROL OF GENOTOXICITY OF NUTRITIONAL PRODUCTS TO PREVENT FOOD DISMETABOLISM.	136

