

реакцию плечевой артерии после выполнения окклюзионной пробы. У лиц контрольной группы во всех случаях вазодилатация превышала 10% ( $p < 0,008$ ). Средний прирост диаметра плечевой артерии в группе наблюдения был в 1,6 раза меньше, чем в группе сравнения ( $10,50 \pm 2,27\%$  и  $17,19 \pm 1,49\%$  соответственно,  $p < 0,000$ ). Установлена достоверная прямая причинно-следственная связь между концентрацией в крови hs-CРБ, глюкозы, холестерина, малонового диальдегида и исходным диаметром плечевой артерии ( $r = 0,443-0,626$ ,  $p = 0,001-0,027$ ), между hs-CРБ и диаметром артерии после пробы ( $r = 0,513$ ,  $p = 0,009$ ).

Полученные результаты исследований позволяют сделать вывод, что у работников нефтеперерабатывающих предприятий под воздействием комплекса вредных производственных факторов (химических, физических, эмоционального напряжения) возникают патохимические и морфофункциональные нарушения эндотелия с формированием эндотелиальной дисфункции.

**Вьюн Т.И.**

Харьковский национальный медицинский университет  
г.Харьков, Украина

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТАРТРАТРЕЗИСТЕНТНОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Сочетание социально-значимых распространенных хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов, взаимодействие их патогенетических звеньев довольно часто приводит к развитию осложнений, усугубляющих течение основной нозологии. Среди таких тандемов рассматривают хронический панкреатит (ХП) и гипертоническую болезнь (ГБ) - кальций-зависимые заболевания, коморбидность которых может усугубить нарушения в кальциевом обмене, тем самым способствуя формированию остеопенических состояний.

Цель исследования. Определение содержания тартратрезистентной кислой фосфатазы (TRACP) в сыворотке крови пациентов с сочетанным течением ГБ и ХП, как маркера резорбции костной ткани и возможного механизма формирования остеопороза.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 58 пациентов с изолированной ГБ и 70 лиц с коморбидностью ГБ и ХП. Группы обследованных соответствовали по возрасту ( $39,4 \pm 5,2$  и  $38,2 \pm 4,1$  соответственно) и полу (преобладали мужчины - 53,4% и 54,3% соответственно). Длительность анамнеза ГБ находилась в диапазоне 2-10 лет, ХП - 3-8 лет.

Диагностику нарушений структурно-функционального состояния костной ткани проводили методом ультразвуковой диагностики - скрининг метод денситометрии.

При исследовании TRACP в сыворотке крови использовали коммерческие наборы фирмы DAC - СпектроМед (Молдова). Контрольные результаты биохимических и инструментальных методов были получены при обследовании 50 практически здоровых людей.

Результаты исследования обрабатывали методом анализа таблиц связи с использованием пакета программ Statistica.

Материалы и методы исследования. Проведенное денситометрическое исследование показало, что из 58 пациентов с изолированной ГБ изменения минеральной плотности костной ткани регистрировалось в 23 случаях (39,7%). При ее сочетании с ХП - в 32 (45,7%). При этом в группе с ГБ признаки остеопении были подтверждены у 14 лиц (24,1% из 58 обследованных), а остеопороза - в 9 (15,5%). В группе ГБ+ХП - 19 (27,1% из 70 лиц) и 13 (18,6%) соответственно. При исследовании содержания TRACP в сыворотке крови было установлено его повышение в среднем по группе с изолированной ГБ составило  $2,72 \pm 0,2$  ед. при контроле -  $0,9 \pm 0,15$  ед. У пациентов с ГБ и ХП уровень TRACP составил  $3,14 \pm 0,2$  ед. При этом среди пациентов с остеопоретическими изменениями величина TRACP в группах превышала  $3,12 \pm 0,3$  ед. и  $3,32 \pm 0,2$  ед. соответственно. Уровень TRACP имел тенденцию к повышению при увеличении длительности анамнеза сочетанной патологии, а также зависел от пола пациента - несколько превышал у лиц женского пола.

## **Клинические аспекты терапии и педиатрии**

Выводы.

Гипертоническую болезнь и хронический панкреатит можно рассматривать в качестве предиктора, способствующего нарушению процессов ремоделирования костной ткани, происходящего за счет нарушения кальциевого обмена: при ГБ - его перераспределения, а при ХП - нарушения всасывания. Сочетанное течение ХП и ГБ, учитывая общность механизма кальциевых нарушений, может быть причиной формирования остеопоротических состояний.

Анамнез сочетанного течения указанных заболеваний, превышающий пятилетний рубеж, является основанием к проведению исследований на выявление изменений в структурно-функциональном состоянии костной ткани, как методом денситометрии, так и биохимическим контролем маркеров остеопороза. Частое и раннее развитие остеопоротических изменений у пациентов с коморбидностью ГБ и ХП является основанием к коррекции диеты и использованию препаратов кальция в лечении таких больных.

**Галиев Ш.Ш.**

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии  
г.Фергана, Узбекистан

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, не имеющего полного представления об этом заболевании, а также о профилактике. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза остаются лидерами среди причин смерти в мире. Среди этих заболеваний преобладают ишемическая болезнь сердца и острые нарушения мозгового кровообращения. Сегодня особую актуальность приобретает первичная профилактика развития атеросклеротических поражений сосудов. Профилактика ССЗ - это координированный комплекс действий, направленный на ликвидацию или минимизацию влияния факторов риска.

Профилактика ССЗ на общепопуляционном уровне - это пропаганда здорового образа жизни и соответствующие законодательные инициативы, а на индивидуальном - ликвидация факторов риска у людей с высокой вероятностью или установленным диагнозом ССЗ.

Последние рекомендации европейского кардиологического общества сердечно-сосудистых заболеваний 2017 года предлагают оценивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по системе SCORE у определенной группы пациентов: у мужчин старше 40 лет, у женщин старше 50 лет и в постменопаузе; при наличии одного или более факторов риска (курение, гиперлипидемия, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиподинамия, несбалансированное питание), если в анамнезе есть сведения о наличии ССЗ или имеются «большие» факторы риска (сахарный диабет или гиперлипидемия); при наличии симптомов ССЗ; по желанию пациента. После определения уровня риска необходимо провести оценку факторов риска в плане наличия среди них модифицируемых и соответственно провести их коррекцию. Каким образом можно корректировать изменяемые факторы риска?

Первое - это отказ от курения. На сегодняшний день считается, что количество и качество выкуренных сигарет не имеет значения, риск одинаков во всех случаях.

Второе - это позиция, касающаяся здорового питания: употребление 500 граммов фруктов и овощей в день - это примерно 5 разных продуктов, причем акцент лучше сместить в сторону овощей; ограничение соли - менее 5 граммов соли в сутки; в суточном рационе должно быть менее 10% (от суточной калорийности) насыщенных жирных кислот. Таким образом, акцент на цельнозерновые продукты, фрукты и рыбу.

Третье - это достаточная физическая активность: по крайней мере, 150 минут в неделю умеренные аэробные физические нагрузки (30 минут в течение 5 дней/неделю) или 75 минут в неделю энергичной аэробной физической активности (15 мин 5 дней/неделю) или их сочетание.

Четвертое: контроль веса - индекс массы тела должен быть в пределах 20-25, окружность талии менее 94 см у мужчин и менее 80 см у женщин.

Пятое - уровень артериального давления должен быть менее 140/90 мм рт.ст.