

после перорального теста толерантности к глюкозе, МК, а также морфофункциональных показателей сердца методом ультразвуковой диагностики. В исследование не включали больных сахарным диабетом.

**Результаты.** Установлено достоверное увеличение у больных МС и с ГУ, по сравнению с больными АГ ( $p < 0,05$ ), следующих параметров сердца: размера левого предсердия (ЛП) (3,42 (3,28;3,77) см и (3,22 (3,12;3,40) см, соответственно), конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) - (5,37 (5,17;5,48) см и 5,29 (5,00;5,40) см), толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) - (1,12(0,97;1,20) см и (1,00(0,88;1,15) см, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - (1,16(0,01;1,20) см и (1,05(0,97;1,18) см), массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) - (277,00(224,75; 299,25) г и (238,00(198,00; 287,00) г). Показатели размера ЛП, ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ у больных МС и с ГУ были достоверно выше, чем у больных АГ. Больные МС имели более высокие показатели индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и более низкую фракцию выброса, чем больные. В группе больных МС уровень МК крови достоверно коррелировал с размерами ЛП ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,01$ ), КДР ЛЖ ( $r = 0,26$ ,  $p < 0,05$ ), диаметром аорты ( $r = 0,40$ ), ИММЛЖ ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). В группе больных МС и с ГУ уровень МК крови имел достоверную корреляцию с ТЗСЛЖ ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,05$ ), ТМЖП ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие ГУ у больных АГ существенно ухудшает структурно-функциональные параметры сердца, что проявляется достоверным увеличением размеров ЛП, КДР ЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, по сравнению с больными АГ без метаболических изменений. В то же время, у больных МС, даже без ГУ, уже определяются достоверные положительные корреляционные взаимосвязи между уровнем МК крови и показателями размера ЛП, КДР ЛЖ, диаметром аорты и ИММЛЖ. Развитие ССН I-II функциональных классов у больных МС, независимо от наличия ГУ, сопровождается прогрессирующим процессом сердечного ремоделирования и у больных АГ.

### РОЛЬ МАРКЕРОВ ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РАЗВИТИИ ДЕЗАДАПТИВНОЙ ТКАНЕВОЙ ГИПЕРТРОФИИ И ФИБРОГЕНЕЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Усманова Д.Н., Усманов Б.Б.  
Андижанский государственный медицинский институт*

В развитии поражений органов-мишеней при метаболическом синдроме (МС) играют роль как гемодинамические нарушения, так и каскад метаболических и гуморальных факторов, среди которых особое значение имеют адипокины – медиаторы, продуцируемые непосредственно клетками жировой ткани (адипоцитами).

**Целью исследования** явилось изучение уровней адипонектина, лептина, IL-6, ФНО- $\alpha$  в развитии дезадаптивной тканевой гипертрофии и фиброгенеза в органах-мишенях при метаболическом синдроме.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 больных (20 мужчин и 30 женщин) МС в возрасте  $48,7 \pm 2,7$  лет. Согласно общепринятым рекомендациям, у всех пациентов было АО. ИМТ достигал  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Выраженность ИР оценивали с помощью индекса НОМА.

**Результаты исследования** показали, что при оценке корреляционной взаимосвязи антропометрических показателей (ОТ и ИМТ) как с ОТ, так и с ИМТ были ассоциированы концентрации инсулина в плазме натощак ( $r_1 = 0,39$ ,  $r_2 = 0,33$ ), а так же индекс НОМА ( $r_3 = 0,35$ ), уровень А/Д ( $r_4 = 0,32$ ), С-пептида ( $r_5 = 0,30$ ). Обнаружены достоверные прямые корреляции ОТ и ИМТ с признаками поражения органов-мишеней: альбинурией ( $r_6 = 0,39$ ) и ТИМ ОСА ( $r_7 = 0,28$ ). Рост концентрации в плазме лептина был сопряжен с увеличением ИМТ, концентрацией инсулина и С-пептида, индекса НОМА, а также уровня в крови АН, играющего роль физиологического антагониста лептина. По мере увеличения лептинемии отмечено прогрессирование альбинурии.

Увеличение концентрации АН, оказывающего защитное действие на органы-мишени, были ассоциированы со снижением ИА и увеличением концентрации ХС ЛПВП. Констатируется достоверная обратная корреляция между адипонектинемией и ТИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу антиатерогенных свойств АН.

У 25,6% больных был диагностирован синдром обструктивного апноэ во время сна (СОАС), вносящий самостоятельный вклад в формирование поражений органов-мишеней при МС. Наличие СОАС было сопряжено с достоверно большими величинами среднего А/Д, ИМТ, ОТ, концентрацией инсулина натощак и С-пептида. У больных МС страдающих СОАС, достоверно более выражены признаки поражения органов-мишеней: альбинурия у них была достоверна выше ( $r_8 = 0,31$ ), ТИМ ОСА была достоверно большая ( $r_9 = 0,30$ ).

При УЗДС ОСА у 34% больных были выявлены атеросклеротические бляшки, у 68,2% – увеличение ТИМ ОСА. Увеличение ТИМ ОСА было свойственно пациентам более старшего возраста, с большими ИМТ и ОТ, с более высоким средним А/Д и уровнями инсулина и С-пептида, 2<sup>x</sup> кратным снижением уровня АН, лептинемией.

**Заключение.** Таким образом, поражение органов-мишеней у больных МС формируется одновременно, а ИМТ и ОТ являются ведущими детерминантами прироста ТИМ ОСА, что косвенно свидетельствует в пользу единства механизмов органного поражения.

### ФИТОКОМПЛЕКС РАВИСОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРЕДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Шапкин В.Е.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность проблемы.** Заболевания сердечно-сосудистой системы представляют одну из самых больших проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения данная группа болезней является основной причиной смерти во всем мире. Такие особенности сердечно-сосудистой патологии как распространенность, неизлечимость, ранняя инвалидизация, высокий уровень смертности делают ее чрезвычайно актуальной не только с медицинской, но и социальной точки зрения. Именно поэтому в «Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 годы», принятом Всемирной организацией здравоохранения две из девяти целей непосредственно направлены на профилактику и лечение болезней сердечно-сосудистой системы.

Следует отметить, что закономерным и непосредственным итогом сердечно-сосудистой патологии является хроническая сердечная недостаточность, которая часто приводит к инвалидизации и смертности пациентов. Трудности в

ее лечении и вторичной профилактике заставляют искать альтернативные методы решения данной проблемы. Одним из них является фитотерапия, которая издревле применяется в т.ч. и в кардиологии. Поэтому мы включили официальный фитокомплекс рависол в комплексную терапию пациентов с первой стадией хронической сердечной недостаточности. Лечебное воздействие в рамках вторичной профилактики на этой стадии представляет большой практический интерес так как именно в этот период у нас имеется практическая возможность уменьшить прогрессирующее патологическое процесса, и таким образом, продлить жизнь человеку и улучшить качество его жизни.

Рависол (Ravisol) представляет собой спиртовую настойку (1:10) целого ряда лекарственных растений. В его состав входят: побеги и листья омелы белой 1,5 г, трава хвоща полевого 1,0 г, плодов софоры японской 1,5 г, семена каштана конского 15 г, плоды боярышника 2,0 г, цветки клевера 1,0 г, трава барвинка малого 1,5 г. Компоненты рависола обладают разносторонними лечебными эффектами: это ангиопротективное, капилляроукрепляющее, гипотензивное, седативное, спазмолитическое, дезинтоксикационное, противоотечное, общеукрепляющее и кардиотоническое воздействие. Примечательно, что такой компонент Рависола как семена каштана конского обладает гипополипидемическим эффектом, уменьшает липоидоз аорты и печени.

**Целью исследования** было изучение эффективности применения официального фитокомплекса рависол в составе комплексной вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности первой стадии.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 46 больных с хронической сердечной недостаточностью I стадии в возрасте от 49 до 72 лет, из них 19 женщин (41,3%) и 27 мужчин (48,7%). Хроническая сердечная недостаточность у выбранных пациентов развилась в следствии гипертонической болезни II стадии и ишемической болезни сердца (атеросклеротический кардиосклероз и стабильная стенокардия напряжения I – II функционального класса).

Всем больным назначалось комплексное лечение, включавшее оптимизацию режима жизни, лечебное питание и медикаментозную терапию, с учетом которой все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 26 больных, получавших рависол в составе общепринятого медикаментозного лечения. Второй группе (20 пациентов) рависол не назначался. Рависол принимался перорально с небольшим количеством воды по 1 чайной ложке (5 мл), за полчаса до приема пищи три раза в день. Исследование проводилось в течение 4 недель.

**Результаты исследования.** Среди многочисленных терапевтических эффектов рависола мы отслеживали прежде всего гипополипидемический и антигипертензивный так как именно атерогенная гиперлипидемия и артериальная гипертензия играют важную роль в формировании и прогрессировании хронической сердечной недостаточности. А значит воздействие на эти звенья является важными механизмами вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности.

Были получены результаты, свидетельствуют о тенденции к более выраженному снижению содержания триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности в сыворотке крови при добавлении рависола в комплексную терапию. Указанная динамика имела место у 23 больных (88,5%) первой группы и 16 пациентов (80,0%) второй группы. На уровень липопротеидов высокой плотности рависол существенного влияния не оказал. Также была отмечена тенденция к более стойкому снижению артериальной гипертензии на фоне применения рависола в составе общепринятой терапии, что имело место у 25 больных (96,2%) первой группы и 17 пациентов (85,0%) второй группы.

При проведении данного исследования побочные эффекты рависола (индивидуальная непереносимость и аллергия на компоненты препарата) не отмечались. Это немаловажная деталь так как вторичная профилактика хронической сердечной недостаточности подразумевает длительное использование лекарственных средств.

**Выводы.** Таким образом, фитопрепарат рависол является действенным дополнительным компонентом комплексной вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности за счет терапевтических эффектов в отношении гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, являющихся важными этиопатогенетическими факторами хронической сердечной недостаточности.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАН (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Шарипов И., Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Махсумова Д.К.  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Цель исследования.** Изучение и оценка клинических проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированного населения.

**Материалы и методы.** ВИЧ-инфицированное население подвергалось эпидемиологическому исследованию. В репрезентативной группе ВИЧ-диагноз хронических гастродуоденальных заболеваний ставился на основании стандартных опросных данных, результатов биохимических и инструментальных исследований. Диагнозы хронических гастродуоденальных заболеваний (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки формулировались согласно критериям «Сиднейской системы» (1990).

**Результаты и выводы.** Оказалось, что большинство проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспептические симптомы (в 57,8% случаев).

В дальнейшем в клинической картине хронических гастродуоденальных заболеваний начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний: симптомы поражения тонкой кишки-хронические профузные поносы в сочетании с болями в животе, рвотой, лихорадкой и потерей массы тела у 34,9%); симптомы поражения толстой кишки (у 18,9 %), клинические категории А, В и С; ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши (у 0,3%), явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами КС хронических гастродуоденальных заболеваний, снижение аппетита, похудание, наличие крови в кале, наличие слизи в кале и дегтеобразный стул (у 16,6 % больных) и сочетание хронических гастродуоденальных заболеваний с симптомами туберкулеза - у 18,6 % пациентов хронических гастродуоденальных заболеваний с ВИЧ- инфекцией. Отмеченные