

%, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринная АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) у 9,8%, синдром Иценко- Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%. Заключение. Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широко

использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80 - 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить количество церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

## ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

*Иванова Е. В.*

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Проведенные исследования установили, что пациенты с атеросклерозом подвержены более высокому риску потери костной массы, что частично объясняется особенностями кальцификации атеросклеротической бляшки. Цель: определение особенностей метаболизма костной ткани у пациентов с ишемической болезнью сердца и ожирением. Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов с ИБС, в том числе - 79 лиц с сопутствующим ожирением (основная группа). В группу сравнения вошло 19 больных ИБС и нормальной массой тела. Средний возраст больных составил  $52,4 \pm 1,44$  и  $51,8 \pm 1,94$  лет; длительность анамнеза -  $4,9 \pm 1,2$  и  $4,4 \pm 1,6$  лет соответственно. Гендерные соотношения выявили преобладание лиц женского пола: 54,8% и 52,9%. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле Кетле. Средний ИМТ составлял  $31,87 \pm 0,26\%$  - в основной группе и  $23,8 \pm 0,24\%$  - в группе сравнения. Показатели контроля были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Состояние обмена костной ткани оценивали по содержанию хондроитинсульфатов сыворотки крови и уроновых кислот суточной мочи. Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) оценивали при проведении рентгенабсорбциометрии поясничного отдела позвоночника). Статистический анализ проводился с использованием пакета «Statistica10.0»

Результаты. В основной группе повышенную массу тела имело 24 пациента, ожирение 1 ст -31 и 2 ст. -24. Проведенное денситометрическое исследование у пациентов основной группы позволило выявить остеопению в 28,5% случаев. В группе сравнения указанные изменения регистрировались у 54% пациентов, при этом у 18,4% из них установлен остеопороз ( $p < 0,05$ ). Наши данные подтверждают результаты других исследований, что избыточная масса тела и начальные проявления ожирения препятствуют формированию остеопороза. Уровни хондроитинсульфатов  $0,11 (0,08; 1,16)$  г/л и уроновых кислот  $7,5 (6,5; 9,5)$  мг/сут основной группы были достоверно ниже группы сравнения  $0,13 (0,18; 7,75)$  г/л,  $8,05 (6,5; 9,65)$  мг/сут, однако превышали значения референтных норм и достоверно отличались от показателей группы контроля  $0,07 (0,07; 0,11)$  г/л,  $4,8 (3,75; 5,5)$  мг/сут, ( $p < 0,05$ ). Заключение: Избыточная масса тела и начальные стадии ожирения у пациентов с ИБС оказывают протективный эффект на состояние минеральной плотности костной ткани, несколько замедляя процессы ее снижения. Исследуемые биохимические показатели МПКТ позволяют говорить о «запуске» резорбтивных процессов в костной ткани с последующим развитием вторичного остеопороза.

## ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА СЕРДЦА ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ.

*Иванченко С.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина.*

В настоящее время циркадный индекс (ЦИ) сердца, как отношение среднедневной к средненочной частоте сердечных сокращений (ЧСС), является одним из стандартных компонентов финальных протоколов результатов холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМ ЭКГ). По данным Макарова Л.Н. у здоровых лиц значение ЦИ сердца не имеет существенных различий по полу и возрасту и составляет от 1,24 до 1,44. Снижение ЦИ менее 1,2 отмечается при заболеваниях, связанных с вегетативной «денервацией» сердца и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом и высоким риском внезапной смерти у больных из группы риска. Цель: оценить особенности циркадного ритма сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от наличия и степени ожирения. Материалы и методы: 82 пациентам с ГБ (из них 34 мужчины и 48 женщин) в возрасте от 38 до 76 лет выполнялось холтеровское мониторирование на диагностическом комплексе sdm 23 «икс-техно» в течение 24 часов. Больные были распределены на 4 группы: 1-я – изолированная ГБ ( $n=17$ ); 2-я – ГБ с

избыточной массой тела ( $n=26$ ); 3-я – ГБ и ожирение I ст. ( $n=16$ ); 4-я – ГБ и ожирение II-III ст. ( $n=23$ ). Статистический анализ данных проведен с использованием компьютерного пакета прикладных программ statistica 6.1 for windows (statsoftinc., США). Количественные признаки описаны медианой (me), значениями верхнего (uq) и нижнего (lq) квартилей выборки. Результаты и обсуждение. Наиболее неблагоприятное значение ЦИ сердца выявлено у больных с ГБ и ожирением I ст.:  $1,09 (1,0; 1,17)$ , что статистически значимо ниже чем в группах с изолированной ГБ:  $1,19 (1,12; 1,27)$ ; избыточной массой тела:  $1,16 (1,1; 1,23)$  и ожирением II-III ст.:  $1,15 (1,09; 1,21)$ ,  $p < 0,05$ . При этом, в процентном соотношении, группа с ожирением I ст. характеризовалась снижением ЦИ сердца ниже 1,2 у 100% больных ГБ, что достоверно выше чем у пациентов с изолированной ГБ (64%), избыточной массой тела (69%), у пациентов с высокими степенями ожирения (83%),  $p < 0,05$ . Проведение анализа по гендерному признаку, возрастным группам, длительности анамнеза ГБ у пациентов данной когорты не выявило статистически значимых различий.

Выводы: присоединение ожирения у больных гипертонической болезнью сопровождается сглаживанием циркадного профиля сердечного ритма с наиболее неблагоприятными значениями

при наличии ожирения I стадии, независимо от пола, возраста и длительности течения заболевания.

## СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ТӘЖДІК АРТЕРИЯЛАРДЫҢ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫНЫҢ СОЛ ЖАҚ ҚАРЫНШАНЫҢ АЙДАУ ФРАКЦИЯСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТИІМДІЛІГІ

Игимбаева Г.Т.<sup>1</sup>, Махадиева Н.Ш.<sup>1</sup>, Жашкеев А.К.<sup>2</sup>, Мағзумов А.Г.<sup>2</sup>, Мухамедия А.С.<sup>1</sup>, Жумабаева А.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, <sup>2</sup>Облыстық кардиохирургиялық орталық, Қарағанды

Зерттеу мақсаты. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) бар науқастардағы тәждік артериялардың ревакуляризациясының сол жақ қарыншаның айдау фракциясына (СЖҚАФ) байланысты тиімділігі.

Зерттеу құралдары мен әдістері. Жұмыс барысында біз 300 гемодинамикалық маңызды тәждік артериялардың тарылулары бар және бір немесе бірнеше тәждік артериялардың болғанды ангиопластикамен бірге стенттеу жүргізілген, СЖЖ бар әр түрлі функционалды дәрежедегі жүректің ишемиялық ауруымен (ЖИА) сырқаттанатын науқастардың 2015-2016 ж. амбулаторлы карталарын ретроспективті зерттедік. Әр науқастың эхокардиографиялық зеттеу (ЭхоКГ) нәтижесіндегі тәждік артериялардың стенттеуге дейінгі және стенттеуден кейін 6 айдан соң сол СЖҚАФ. СЖҚАФ байланысты науқастар 3 топқа бөлінді: бірінші топқа СЖҚАФ сақталған (>50%) науқастар, екінші топқа СЖҚАФ аралық деңгейге жататын (49-40%), үшінші топқа СЖҚАФ төмендеген (<40%) науқастар енгізілді. Әр топта науқастар саны 33,3%-дан болды. Үшінші топ науқастарына миокардтың өміршеңдігін бағалау мақсатында қосымша медикаментозды күштемелі-ЭхоКГ (добутаминамен) жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. 300 науқастың 56,3% 45-71 жас аралығындағы ер, 43,7% 52-78 жас аралығындағы әйел адамдар болды. Стенттеуден соң 6 айдан кейін бірінші топ науқастарында СЖҚАФ 53,78%-ден 59,31% дейін, екінші топта СЖҚАФ 44,87%-дан 48,12% дейін жоғарлауы байқалған. Үшінші топта медикаментозды күштемелі –ЭхоКГ нәтижесі бойынша 78% науқаста зақымданған артерияның қанмен қамтамасыз ету аймағында миокардтың өміршеңділігі анықталмаған. Соған сәйкес, айтылған соңғы топ науқастарында СЖҚАФ ревакуляризациядан кейін жоғарлауы байқалмаған. Ал миокардтың өмір сүру функциясы сақталған науқастарда СЖҚАФ 25,36%-дан 41,12% дейін жоғарлауы байқалған.

Қорытынды. Жоғарыда айтылып кеткен ақпаратты қорытындыласақ, миокардтың өміршеңділігін эхокардиографиялық көрсеткіштер бойынша бағалау СЖЖ бар науқастарды жүргізу тактикасын таңдауда маңызды рөл атқарады. Тәждік артериялардың ревакуляризациясын жүргізу СЖҚАФ сақталған науқастарда тиімділігі жоғары. Себебі, нәтижесінде сол қарыншаның систолалық қызметі жоғарлап, жүрек жеткіліксіздік белгілері төмендейді де, науқастардың өмір сүру сапасы жақсарады.

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Абдуғулова Г.З., Игисина К.К., Култаев М.С., Кушимбаева К.Ш.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ГП №3 в Алматы

Целью исследования явилось определение значимости эхокардиографии в амбулаторно-поликлинической практике в выявлении патологии со стороны сердечно-сосудистой системы.

За период с октября 2016 года по апрель 2017 года в ГП№3 г. Алматы было проведено 917 исследований эхокардиографии. Результаты исследований показали, что женщины чаще мужчин подвергались обследованию. Не менее 63% (579 женщин) из числа обследованных составляли женщины и чуть более трети обследованных - 37% (338) мужчины. Средний возраст обследованных пациентов составил 65-70 лет. Чаще всего обследовалась возрастная категория 60-69 лет. Из них 236 обследованных составляли женщин (25,6 %) и 126 - мужчин (13,8%). Затем по числу убывания была возрастная категория 70 лет и старше. Женщин в этой группе было 186 (20,3%), а мужчин – 86 (9,4%). На группу 40-49 и 20-29 лет соответственно приходилось женщин 113 (12,3%), мужчин - 81 (8,8%) и 44 женщины (4,8%), 45 мужчин (4,9%).

Наиболее часто по данным заключений эхокардиографии у пациентов диагностировалась диастолическая дисфункция левого желудочка по I типу - 413 обследованных, мужчин - 145 (35%) человек, женщин - 268 (65%). Далее, по частоте встречаемости - митральная регургитация - 27 (мужчин- 9(32%)), женщин- 18 (68%). На 3 месте - выявлялась легочная гипертензия, мужчин-9 (35%), женщин-18(64%). На дилатацию полостей приходилось 89 (64%) мужчин и 50 (44%) женщин. При ориентации критериями Симпсона со значениями менее 50% и Тейхольцу менее 55% выявлено снижение фракции выброса

разной степени у не менее 15% (138 из 917 исследованных) пациентов. Из них мужчин было 80 (57%), а женщин – 43% (68 исследованных). Признаки склерозирования аорты выявлено у 121(13%) обследованных (30 мужчин и 91 женщины). Гипертрофия левого желудочка выявлена у 106 (11%) больного (41 мужчина и 65 женщин). Аортальный стеноз - 25(2%) пациентов (8 мужчин - и 17 женщин). Митральный стеноз - 14 (1,5%) пациентов, у мужчин 7(50%), у женщин- 7(50%). Аортальная регургитация всего- 25(2%), у мужчин-6 (24%), у женщин-19 (76%). Трикуспидальная регургитация всего 25(2%), у мужчин-12(48%), у женщин- 13(52%). Пролапс митрального клапана всего-42(4%), у мужчин- 25(59%), у женщин-17(40%). Аневризма аорты – 3 обследованных (2 мужчин и 1 женщина). Миксома митрального клапана выявлена у 1 женщины. А так же на уровне ПМСП выявлено 4 “новых” случая порока сердца. У 128 (14 %) обследованных пациентов диагностированы случаи гипо-, дис- и акинезии стенок левого желудочка. И у 64 (7 %) пациентов - дилатации полостей, что в комплексе исследовании не исключало наличие недиагностированных инфарктов миокарда у пациентов в амбулаторных условиях. Поликлиника с 2016 года является пилотным проектом политики управления здоровьем по хронической сердечной недостаточности, что позволяет самостоятельно сотрудникам с помощью эхокардиографии, проводить мониторинг состояния сократительной способности миокарда у пациентов.

Таким образом, метод эхокардиографии на уровне ПМСП позволяет: выявлять ряд патологий сердца, в том числе и слож-