

**МЕЖНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
МЕЖНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ**

Сборник тезисов научных работ

**II МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ:
«НАУЧНЫЙ ДИСПУТ: АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ»**

«20» февраля 2016

**Санкт-Петербург–Стокгольм
2016**

ББК 20
УДК 5
Н-34

Н-34 Научный диспут: Актуальные вопросы медицины: сборник тезисов научных работ II Международной научно-практической конференции (Санкт-Петербург–Стокгольм, 20 февраля 2016 года / Международный научный центр, 2016. — 82 с.

В сборнике представлены материалы II Международной научно-практической конференции: «Научный диспут: Актуальные вопросы медицины».

Материалы публикуются на языке оригинала в авторской редакции.

Редакция не всегда разделяет мнения и взгляды автора. Ответственность за достоверность фактов, имен, географических названий, цитат, цифр и других сведений несут авторы публикаций.

При использовании научных идей и материалов этого сборника, ссылки на авторов и издания являются обязательными.

ББК 20
УДК 5

© Авторы статей, 2016
© Международный научный центр, 2016
© Международный научный журнал, 2016



Edited with the demo version of
Infix Pro PDF Editor

To remove this notice, visit:
www.iceni.com/unlock.htm

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ 1. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	5
Бектемирова Н.Т. Изучение обезболивающего действия различных местных анестетиков в офтальмохирургии и их влияние на внутриглазное давление, гидродинамику и релаксацию глазных мышц	5
СЕКЦИЯ 2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ.....	10
Атаян Н.С., Масунова О.В. Особенности нарушений центральной гемодинамики у больных диффузным токсическим зобом	10
СЕКЦИЯ 3. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	12
Бугаевский К.А. Особенности немедикаментозного восстановительного лечения пациенток после перенесённого самопроизвольного аборта	12
СЕКЦИЯ 4. ГИГИЕНА.....	16
Рыстигулова Ж.Б., Куандыков Е.К., Байконсова Л.О., Джамашева Г.Ш. Условия и особенности питания медицинских работников	16
СЕКЦИЯ 5. КАРДИОЛОГИЯ.....	19
Альмухамбетов М.К., Жангелова М.Б., Альмухамбетова Э.Ф., Кулжанова Ф.С., Саткеева Д.Г., Мауленова М.Б., Омарова Ф.М., Мырзалиева А.А. К оценке элевации сегмента ST	19
Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Сембиева Г.Б., Сейтбекова А.С., Калдарбекова Г.М., Усербаева А.Ж., Абдилова Д.С. Шесть шагов выявления нарушений проводимости	23
Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А., Шапошникова Ю.Н. Особенности развития инсулинорезистентности при изменении геометрической модели сердца у больных с артериальной гипертензией.....	27
Капсултанова Д.А., Ползик Г.Б., Тулегенова Б.Г. Использование метаболических средств в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности	29
Кодасбаев А.Т., Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Токсанбаева Ф.Т., Алифтенова Н.Ж., Кыдыралиева А.У., Косыбаева Н.А. К анализу результатов коронароангиографии в группе больных высокого и умеренного риска	33

Бобронникова Л.Р.

д.м.н., профессор,

зав. кафедрой клинической фармакологии

Харьковского национального медицинского университета,

г. Харьков, Украина

Беловол А.Н.

д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии

Ильченко И.А.

к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии

Шапошникова Ю.Н.

к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

При артериальной гипертензии (АГ) развивается каскад гемодинамических, структурных, метаболических нарушений. Инсулинорезистентность (ИР) является обязательным компонентом патогенетических нарушений у пациентов с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2 типа (СД-2), метаболическим синдромом, снижением функции щитовидной железы и рядом других метаболических нарушений. ИР является независимым фактором риска, влияющим на прогрессирование болезней, формирование сердечно-сосудистых (СС) осложнений, прогноз заболевания [1; с. 24].

Цель исследования: выявить особенности развития ИР у пациентов с АГ в зависимости от изменения геометрической модели сердца (ГМС).

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов (36 мужчин и 29 женщин) с мягкой и умеренной АГ без ожирения и манифестного СД; средний возраст – $52,8 \pm 4,6$ года, длительность АГ – $8,4 \pm 3,2$ года; индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле у мужчин и женщин составлял соответственно: $25,4 \pm 3,3$ кг/м² и $24,2 \pm 2,9$ кг/м²; гликозилированный гемоглобин (HbA1c) у мужчин и женщин составлял $5,7 \pm 0,04\%$ и $5,6 \pm 0,03\%$.

Определение ИР проводилось с помощью индекса НОМА (Homeostatic Model Assessment), который вычислялся по формуле:

$$\text{НОМА} = \text{инсулин (мЕд/мл)} \times \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} / 22,5.$$

Проанализированы особенности развития ИР в зависимости от ГМС по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) с расчетом:

1) массы миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ) по формуле:

$$\text{ММЛЖ} = 0,8 \times (1,04 \times [(\text{КДР} + \text{ТЗСд} + \text{ТМЖПд})^3 - (\text{КДР})^3]) + 0,6\text{г};$$

2) индекса относительной толщины задней стенки (ИОТЗС) ЛЖ по формуле:

$$(2 \times \text{ТЗСд}) / \text{КДР},$$

где: КДР — конечный диастолический размер ЛЖ;

ТЗСд — толщина задней стенки ЛЖ в диастолу;

ТМЖПд — толщина межжелудочковой перегородки в диастолу.

Критерием ИР был НОМА-ИР выше 2,86 баллов; гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) — индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) более 95 г/м² у женщин и более 115 г/м² у мужчин. Концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ диагностировалась при ИОТЗЛЖ выше или равной 0,42 и увеличении ММЛЖ; эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) — при ИОТЗЛЖ менее 0,42 и повышении ММЛЖ; концентрическое ремоделирование (КР) — при ИОТЗЛЖ более или равной 0,42 и нормальной ММЛЖ [2; с. 337].

Результаты. Среди обследованных больных с АГ у 34 (52,3%) пациентов была выявлена нормальная модель (НМ) сердца, изменение ГМС в виде ГР, ЭГ и КГ отмечено у 15 (23,1%), 7 (10,8%) и 9 (13,8%) больных соответственно. Частота встречаемости ИР отличалась у пациентов с различной ГМС. При НМ только у трети больных (11 пациентов — 32,3%) отмечалась ИР. При изменении ГМС частота развития ИР прогрессивно увеличивалась: при ГР — 46,7% (7 больных), при КГ — 66,7% (6 больных) и отмечалась у всех больных (7 пациентов — 100%) с ЭГ. В среднем индекс НОМА-ИР составлял при НМ 2,68±0,06; был умеренно повышен при ГР (2,92±0,04), значительно повышался при ЭГ и КГ (соответственно: 4,06±0,02 и 4,92±0,03).

Выводы. У больных с мягкой и умеренной АГ даже без сопутствующего ожирения и СД достаточно часто регистрируется ИР. Выявлена взаимосвязь между частотой встречаемости ИР и изменением ГМС. Прогностически наиболее неблагоприятными являются ЭГ и КГ, при которых происходит наибольшее повышение значений НОМА-ИР. Наличие ИР и оценка уровня НОМА-ИР могут рассматриваться как метаболические маркеры кардиоваскулярного риска у больных с АГ даже без сопутствующего манифестного СД и ожирения.

Литература

1. Скибицкий В. В. Пациент высокого кардиоваскулярного риска: от орга-нопротекции к улучшению прогноза / В. В. Скибицкий // Consilium Medicum Ukraina — 2013. — т. 7. — № 8. — С. 24–26.

2. Vakili B. A. Prognostic implications of left ventricular hypertrophy / V.A/ Vakili, P. M. Okin, R. B. Devereux // Am. Heart. J. — 2007. — № 141. — P. 334–341.