

ISSN 2181-5887



# O`ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2014

# О‘ЗБЕКИСТОН ТЕРАПИYA

## AХВОРОТНОМАСИ

ilmiy-amaliy jurnal

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

## УЗБЕКИСТАНА

научно-практический журнал

2014. №4

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор **А. Л. Аляви**

Абдуллаев А.Х. (заместитель главного редактора), Алиахунова М.Ю., Гадоев А.Г., Даминов Б.Т., Зуннунов З.Р.,  
Каримов М.М. (заместитель главного редактора), Каюмов У.К., Каримов М.Ш., Камилова У.К., Курбанов Р.Д.,  
Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Убайдуллаев А.М., Хамрабаева Ф.И., Садыкова Г.А.  
Ответственный секретарь: Расулова З.Д.

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Арипов Б.С. (Ташкент)  
Мамасолиев Н.С. (Андижан)  
Бахрамов С.М. (Ташкент)  
Назаров О.А. (Ташкент)  
Гафуров Б.Г. (Ташкент)  
Раимжанов А.Л. (Ташкент)  
Губергриц Н.Б. (Донецк)  
Рустамова М.Т. (Ташкент)  
Джумагулова А.С. (Бишкек)  
Закирходжаев Ш.Я. (Ташкент)

Усманов Р.И. (Ташкент)  
Зияев Ю.Н. (Ташкент)  
Фозилов А.В. (Ташкент)  
Зуфаров М.М. (Ташкент)  
Хужамбердиев М.А. (Андижан)  
Искандарова С.Д. (Ташкент)  
Шек А.Б. (Ташкент)  
Карпов Ю.А. (Москва)  
Якубов А.В. (Ташкент)  
Ливерко И.В. (Ташкент)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0572 от 28.12.2010 г.

Учредитель — Ассоциация терапевтов Узбекистана

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:

100084, Узбекистан, Ташкент, ул. Хуршида, 4. Научно-организационный отдел.

Тел. : (998 71) 234-30-77. Факс: (998 71) 235-30-63 E-mail: [tervestuz@mail.ru](mailto:tervestuz@mail.ru); Web: [www.therapy.okis.ru](http://www.therapy.okis.ru)

Формат А4. Усл. печ. л. \_\_\_\_\_. Заказ № \_\_\_\_\_. Тираж: \_\_\_\_\_ экз. Дата подписания в печать: \_\_\_\_\_

Отпечатано в СП ЗАО Seal MAG, г. Ташкент, ул. Афросиаб, 6

---

<i>ЗАКИРОВ Н.У., ИРИСОВ ДЖ.Б., ГАНИЕВ Т.З.</i> .....	52
<b>БЕТА-БЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b>	
<i>ИСАХАНОВА П.Н., ЗИЯЕВ Ю.Н., АХМЕДОВА Д.А.</i> .....	53
<b>ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ</b>	
<i>ИСАХАНОВА П.Н., ЗИЯЕВ Ю.Н., ИСХАКОВА С.Т.</i> .....	53
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ</b>	
<i>ИСМАТУЛЛАЕВА С.Ш., АЛЯВИ Б.А.</i> .....	54
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ</b>	
<i>КАДЫРОВА Ш.А., ХОДЖАНОВА Ш.И., НАЗИРОВА М.Х.</i> .....	54
<b>ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ II В/IIIА ТИРОФИБАНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST</b>	
<i>КАДЫРОВА Ш.А.</i> .....	55
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ ПРИ ОКСИДАТИВНОМ СТРЕССЕ И ПОВЫШЕНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ</b>	
<i>КАМИЛОВА Н.К., ТУРСУНОВА Н.С., ЗИЯЕВ Ю.Н.</i> .....	55
<b>СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ АНИҚЛАШ</b>	
<i>КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., ЛЫСЕНКО Т.Е., УСАНОВА С.Т., НУРМАТОВА Д.Б.</i> .....	56
<b>БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ</b>	
<i>КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., ИБАБЕКОВА Ш.Р., ИСМАИЛОВА Ж.А., ТАГАЕВА Д.Р.</i> .....	56
<b>СОСТОЯНИЕ ЛИГАНДОБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПАТОЛОГИЯХ</b>	
<i>КАСИМОВ А.Ш., АБДУЛЛАЕВ А.К.</i> .....	57
<b>КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПОМОЩЬЮ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	
<i>КЕНЖАЕВ М.Л., ГАНИЕВ У.Ш., АБДИЖАЛИЛОВА С.И., РАХИМОВА Р.А., КЕНЖАЕВ С.Р.</i> .....	57
<b>ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНАЦИЕЙ АТОРВАСТАТИН + НЕБИВОЛОЛ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ</b>	
<i>КЕНЖАЕВ М.Л., ГАНИЕВ У.Ш., АБДИЖАЛИЛОВА С.И., ХОЛОВ Г.А., КЕНЖАЕВ С.Р.</i> .....	58
<b>СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ОБРАТИМОЙ И НЕОБРАТИМОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА</b>	
<i>КЕНЖАЕВ М.Л., АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ С.Р., ГАНИЕВ У.Ш.</i> .....	58
<b>СУХОЙ ПЕРИКАРДИТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ</b>	
<i>КЕНЖАЕВ М.Л., ОБЕЙД М.А., АБДУРАХМАНОВ А.А., ГАНИЕВ У.Ш.</i> .....	59
<b>УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 33 И 1В СВЯЗАН С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СОСУДОВ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ</b>	
<i>КОВАЛЁВА О.Н., АЩЕУЛОВА Т.В., СМЕРНОВА В.И., ГОНЧАРЬ А.В., ИВАНЧЕНКО С.В.</i> .....	60
<b>ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ И МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО</b>	
<i>КОВАЛЬ С.Н., СТАРЧЕНКО Т.Г., ЮШКО К.О., МИЛОСЛАВСКИЙ Д.К., ШУТЬ И.В.</i> .....	60

---

це, часто встречающееся осложнение. Развитие синдрома требует внимательного отношения, поскольку подъем ST может натолкнуть на мысль о повторном инфаркте миокарда. В дифференциации большое значение имеет показатель ферментов-маркеров некроза миокарда КФК МВ и тропонина, характер изменений ЭКГ, отсутствие признаков потери жизнеспособного миокарда на ЭхоКГ (снижение ФВ). Тщательный дифференцированный подход позволяет своевременно установить диагноз и начать лечение, которое заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов.

### УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 33 И 1В СВЯЗАН С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СОСУДОВ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Ковалёва О.Н., Ащеулова Т.В., Смирнова В.И., Гончарь А.В., Иванченко С.В.

*Харьковский национальный  
медицинский университет,  
Харьков, Украина*

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь между концентрацией интерлейкина 33 (ИЛ-33) и 1β (ИЛ-1β) сыворотки крови и особенностями ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с ожирением.

**Материал и методы.** Обследовано 80 больных ГБ, включая 51 пациента с ожирением. Всем больным проведено УЗИ ОСА с оценкой ее геометрического типа по классификации А.В. Агафонова (2007) (награничным значением при выявлении гипертрофии сосудистой стенки была масса артериального сегмента (VM) > 0,275 г/см, концентрическое ремоделирование было диагностировано при относительной толщине стенок (ОТС) ОСА > 0,2). Сывороточные уровни ИЛ-33 и ИЛ-1В определялись иммуноферментным методом.

**Результаты исследования.** Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1β сыворотки крови были выше у больных гипертонической болезнью ( $p < 0,001$ ), независимо от наличия и степени ожирения. Для выявления совместного влияния концентрации обоих цитокинов на особенности геометрии ОСА проведен кластерный анализ методом К-средних, получено 4 непересекающихся кластера. Уровни ИЛ-33 > 73 пг/мл, ИЛ-1β > 25 пг/мл ассоциировались с 80,0% распространенностью нормальной геометрии ОСА и 20,0% ее концентрической гипертрофии. ИЛ-1β > 20 пг/мл при ИЛ-33 < 71 пг/мл характеризовались 80,0% частотой нормальной геометрии, 10,0% негипертрофического концентрического ремоделирования ОСА, 5,0% концентрической и 5,0% эксцентрической гипертрофии. ИЛ-33 > 71 пг/мл при ИЛ-1β < 25 пг/мл были связаны с уменьшением доли нормальной геометрии ОСА до 50,0% и увеличением встречаемости концентрической гипертрофии до 41,7%; оставшиеся 8,3% пациентов имели эксцентрическую гипертрофию ОСА. При уровне ИЛ-33 < 71 пг/мл и ИЛ-1β < 20 пг/мл ( $p > 0,05$  против контрольной группы) 57,9% па-

циентов имели нормальную геометрию, 15,8% концентрическое ремоделирование, 15,8% концентрическую и 10,5% — эксцентрическую гипертрофию ОСА.

**Выводы.** Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1β сыворотки крови были повышены у больных гипертонической болезнью независимо от наличия ожирения. Выраженное изолированное увеличение концентрации ИЛ-33 ассоциировалось с резким увеличением частоты гипертрофии стенки ОСА, особенно ее концентрического варианта. Параллельное увеличение уровня ИЛ-1β сглаживало этот эффект.

### ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ И МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Юшко К.О., Милославский Д.К., Шуть И.В.

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

**Цель исследования.** Изучить уровни микроальбуминурии и малонового диальдегида у больных гипертонической болезнью (ГБ) с и без сахарного диабета (СД) 2 типа под влиянием комбинированной терапии.

**Материал и методы.** Обследовано 52 больных ГБ без СД в возрасте от 40 до 70 лет и 32 пациента с сопутствующим СД 2 типа. Контрольную группу составили 14 здоровых лиц. Изучение состояния перекисного окисления липидов проводили по уровню малонового диальдегида (МДА) фотометрическим методом. Уровень экскреции альбумина с мочой определяли иммуноферментным методом. Всем больным назначалась комбинированная антигипертензивная терапия БРА оломесартаном медоксомилом в суточной дозе 10–30 мг, в сочетании с антагонистом кальция лерканидипином 10–20 мг 1 раз в сутки, при необходимости добавляли аторвастатин 20 мг вечером и метформин в дозе 1000 мг в сутки. Курс лечения составил 3 месяца.

**Результаты исследования.** При назначении оломесартана с лерканидипином отмечался выраженный антигипертензивный эффект. Так, у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа установлено достоверное снижение уровней систолического артериального давления (САД) (от  $179,4 \pm 1,5$  мм рт. ст. до  $146,8 \pm 1,6$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ) и диастолического АД (от  $106,2 \pm 1,4$  мм рт. ст. до  $91,8 \pm 1,4$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ). Целевые уровни АД были достигнуты у 79% пациентов этой группы. У больных ГБ без СД также отмечено достоверное снижение уровней САД (от  $177,5 \pm 1,4$  мм рт. ст. до  $142,7 \pm 1,5$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ) и ДАД (от  $101,9 \pm 1,3$  мм рт. ст. до  $90,7 \pm 1,4$  мм рт. ст.,  $p < 0,05$ ). Целевые уровни АД были достигнуты в 82% случаев. Установлено, что частота МАУ при ГБ с СД 2 типа и без тако- го составила соответственно 68% и 40%. На фоне про-