

встречалась в 1 гр. в 90,5 % случаев (60 % - днем, 30,5 % - ночью), преимущественно 1-2 класса. Во 2 гр. регистрировались ЖЭ 2 класса у половины больных, 3 и 4а классов по Lown у 39 %, у 13 пациентов – эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), у 3 - ЖТ с исходом в фибрилляцию желудочков и последующей эффективной дефибрилляцией. ЖЭ высоких градаций чаще наблюдались у пациентов со сниженной ФВ левого желудочка.

Выводы. У пациентов с нестабильным течением ИБС и СН при ХМ ЭКГ часто наблюдались безболевые изменения сегмента ST (чаще – депрессия), инверсия зубца Т, которые оказались прогностически значимыми в развитии неблагоприятных исходов ОКС (инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, внезапная смерть). Таким образом, наличие длительных эпизодов безболевой ишемии при НС по данным ХМ ЭКГ может расцениваться в качестве неблагоприятного прогностического маркера прогрессирования СН и электрического ремоделирования сердца, предшествующих неблагоприятным исходам.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н.,
Хайдарова Д.Д., Абдиева Г.А., Тогаева Б.М.**

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самарканд, Узбекистан*

Введение. Результаты клинических наблюдений показали, что развитие инфаркта миокарда (ИМ) вследствие дисбаланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой возникает не только при атеротромбозе коронарных сосудов, но и при некоторых сопутствующих заболеваниях. Согласно III Универсальному определению Инфаркта миокарда от 2013 г, такие клинические ситуации следует относить к инфаркту миокарда 2 типа.

Цель: проанализировать частоту развития ХСН у пациентов с ИМ первого (1) и второго (2) типов.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 120 клинических случаев первичного ИМ среди пациентов, госпитализированных в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Средний возраст всех пациентов составил $60,08 \pm 8,7$ лет. Среди обследованных пациентов в 24% случаев выявлен ИМ 2 типа, в остальных 76% диагностирован ИМ 1 типа. Средний возраст пациентов с ИМ 1 типа составил $59,71 \pm 9,0$ лет, а пациентов с ИМ 2 типа $74,24 \pm 10,3$ года. Среди пациентов с ИМ 1 типа было 65,8%

мужчин и 35,2% женщин, а среди пациентов с ИМ 2 типа 52% и 48% соответственно. При сопоставлении данных анамнеза пациентов ИМ 1 и 2 типов выявлены достоверные различия. Так, ХСН была у 21,7% пациентов с ИМ 1 и у 48,2% с ИМ 2 типов. При этом, ХСН 3-4 ФК по NYHA доминировала у пациентов с ИМ 2 типа (29% против 57%). ХСН 2Б и III стадии по Стражеско выявлена у 2,8% и у 28,9% пациентов с ИМ 1 и 2 типов соответственно. Кроме того, у пациентов с ИМ 1 и 2 типов в анамнезе были фибрилляция предсердий 3,5% против 37% артериальная гипертензия 72,6% против 89% стенокардия напряжения 29,6% против 29 перенесенное ОНМК 4,8% против 12%, сахарный диабет 15,6% против 21,0%, ХБП 14,7% против 23%, ХОБЛ 12,8% против 22%, различные системные заболевания (ревматоидный артрит, подагра, хронический гломерулонефрит) 5,8% против 13,7%, анемический синдром 2,2% против 10,4%. При анализе ЭХО-КГ показателей, снижении ФВ ЛЖ менее 46% выявлено у 19% пациентов с ИМ 1 типа и у 23% пациентов с ИМ 2 типа. Однако средние значения размеров левого и правого предсердий, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры ЛЖ, а также ФВ и УО левого желудочка достоверно не различались. Через 6 месяцев после развития ИМ обеих группах отмечено прогрессирование ХСН. Так, в группе пациентов с ИМ 1 типа СН выявлена у 33,5% пациентов, а с ИМ 2 типа у 65%. При этом, в группе пациентов с ИМ 1 типа доля пациентов с тяжелой ХСН III и IV ФК не изменилась и составила 28%, в то время, как в группе с ИМ 2 типа увеличилась и составила 61%.

Заключение. У пациентов с ИМ 2 типа в два раза чаще развивается ХСН и происходит более быстрое её прогрессирование, по сравнению с пациентами, перенесшими ИМ 1 типа.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н.,
Хайдарова Д.Д., Абдиева Г.А., Тогаева Б.М.**

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самарканд, Узбекистан*

Цель: изучить особенности течения нарушений ритма у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса (СФВ) и определить взаимосвязь возникновения аритмий с ЭхоКГ параметрами.

Материалы и методы исследования.

Исследовано 99 пациентов (возраст $66,7 \pm 10,0$ лет) ХСН с сохраненной фракцией выброса (СФВ). Исследование было выполнено в Самаркандском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной терапии. Эхокардиография была выполнена на аппарате Sonoscape. В исследование были включены больные с диагнозом ХСН и наличием сохраненной фракции выброса (ФВ) (более 50%). Всем пациентам выполнялась ЭхоКГ, у 71 больного (71,7%) проведена оценка диастолической функции ЛЖ. У всех пациентов измеряли КДО и КСО ЛЖ, переднезадний диаметр ЛП. Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ). Диастолическая функция оценивалась в импульсно-волновом режиме при помощи пиковых скоростей раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, отношения Е/А и DT. Градация (тип) ДД определялась следующим образом: значения $E/A < 0,8$ и $DT > 200$ мс соответствовали I степени ДД (тип с замедлением расслабления ЛЖ); $E/A > 2$ и $DT < 160$ см – III степени ДД (рестриктивный тип); при значениях E/A более 0,8, но менее 2 в сочетании с увеличением размеров ЛП, гипертрофией ЛЖ и/или ЛГ диагностировалась II степень ДД (псевдонормальный тип), а при их отсутствии и данных значениях E/A констатировалось наличие нормальной диастолической функции ЛЖ. ЭКГ было выполнено 55 пациентам (53,9%). Для оценки выявляемых желудочковых нарушений ритма сердца (ЖНРС) применялась классификация желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) В. Lown.

Результаты. По данным ЭхоКГ ДД была диагностирована у 79,8% пациентов: у 47,8% – ДД I степени, у 31,2% – ДД II степени, а ДД III степени лишь у 0,8% пациента. По результатам ЭКГ ЖЭ была зарегистрирована у 78,6% пациентов с ХСН-СФВ. Из них 40,3% обследованных имели ЖЭ I градации, 1,8% – II градации, 17,3% – III градации, 10,0% – IVa градации, 3,6% – IVб градации и 3,6% – V градации. При этом 34,5% пациентов имели ЖЭ высоких градаций. ФП определялась у 28,2% пациента. Результаты дисперсионного анализа показали, что вероятность возникновения ЖЭ высоких градаций растёт по мере снижения ФВ ЛЖ и увеличения КДО и КСО ЛЖ, ИММЛЖ; а появления ФП – при увеличении переднезаднего диаметра ЛП, индекса ЛП, СДЛА и Е/А. Выявлена значимая связь между частотой возникновения ФП и степенью ДД.

Заключение. Примерно у трети пациентов с ХСН-СФВ, по данным ХМ ЭКГ, регистрируются ЖЭ высоких градаций и/или ФП. Влияние на вероятность возникновения

желудочковых аритмий оказывает ФВ и показатели размеров и массы ЛЖ, в то время как ФП чаще регистрируется у лиц с увеличением ЛП, признаками ЛГ и более высокой степенью ДД.

РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В КРОВИ

Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н.,
Насырова Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день в клинике внутренних болезней наблюдается широкое распространение коморбидного течения сердечно-сосудистых заболеваний и гиперурикемии. Соответственно наибольшую актуальность представляет наличие гиперурикемии у больных ИБС.

Цель: явилось изучение влияния гиперурикемии на уровень цитокинов при НС.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 195 больных (102 мужчины и 93 женщин) в возрасте от 35 до 75 лет, страдающих нестабильными формами ИБС. Всем больным определялся уровень мочевой кислоты в крови. Взятие крови производилось натощак, между 7 и 8 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков на приборе BioPlex (фирма BioRad, США), с использованием соответствующих коммерческих тест-систем для определения IL-1 β , IL-4, IL-10 а также TNF α (фирма BioRad, США). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS 14.0. Данные представлены в виде среднего значения величины со среднеквадратичной ошибкой среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью теста Манна-Уитни.

Результаты. В зависимости от уровня в крови МК, все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-группу вошли 109 больных с НС с чрезмерно повышенным уровнем МК (55,89%). Во 2-группу сравнения – 86 (44,1%) больных с НС с умеренно повышенным уровнем МК. При сопоставлении двух групп по основным демографическим и клиническим характеристикам было выявлено, что среди больных НС в сочетании с гиперурикемией было больше у мужчин, чем среди пациентов с НС с умеренно повышенным уровнем МК (65,6%). Это анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у