

больных с НС в сочетании с гиперурикемией уровни провоспалительных цитокинов, такие как IL-1 и TNF $\alpha$  были выше, чем у больных с НС с умеренно повышенным уровнем МК и эти различия были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). Показатели же противовоспалительных цитокинов, такие как IL-4 и IL-10 наоборот, были значительно снижены у больных НС с чрезмерно повышенным уровнем мочевой кислоты. Уровень провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$  превышало на  $21,6 \pm 0,04$  пг/мл и TNF $\alpha$  на  $30,8 \pm 0,12$  пг/мл. Напротив, противовоспалительных IL-4 и IL-10 снизились на  $5,7 \pm 0,65$  пг/мл и  $6,6 \pm 0,04$  пг/мл.

**Заключение.** Таким образом, больным с НС с гиперурикемией, рекомендуется проведение скрининга уровня МК всем больным ИБС для выявления гиперурикемии, так как коморбидность этих патологий ухудшает течение заболевания, а также прогноз в отношении кардиоваскулярных событий, что способствует снижению выживаемости. При сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных с нестабильной стенокардией в зависимости от уровня МК были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-1 и TNF $\alpha$  у лиц с коморбидной патологией, что свидетельствует о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий урикозурических препаратов.

### **ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**Насырова З.А., Насырова Д.А., Мирзаев Р.З., Умриллов Л.Г., Муроткобилов О.А.**

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель:** оценить роль дисфункции почек в утяжелении клинического течения и прогноза острого инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа.

**Материалы и методы исследования.** В отделении соматической реанимации в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи было обследовано 104 больных с острым инфарктом миокарда: 42 женщин (40,4%) и 62 мужчин (59,6%). Возраст больных составил от 43 до 86 лет, средний возраст -  $62,6 \pm 0,8$  лет: у женщин –  $65,0 \pm 1,4$  лет, у мужчин -  $61,0 \pm 0,8$  лет ( $P < 0,02$ ). При поступлении на типичную загрудинную боль жаловались 81 больных (типичный болевой синдром, 77,9%). 9 (8,7%) пациентов были госпитализированы в стационар

в течение 12 часов после начало болевого приступа: 6 (5,8%) пациентов до 6 часов, 3 (2,9%) пациента – до 12 часов. У 29 (27,9%) пациентов длительность болевого приступа составила до 1 сутки, у 66 (63,5%) – свыше 1 сутки.

**Результаты.** При выяснении анамнеза больных острым инфарктом миокарда в 70,2% случаях (у 73 пациентов) было обнаружено повышение АД: у 22,1% пациентов - АГ первой, у 32,7% пациентов - АГ второй, у 15,4% пациентов - АГ третьей степени. У 68 (65,4%) больных имело место сахарный диабет 2 типа. Общее содержание сахара в плазме крови у больных СД 2 типа составило  $11,5 \pm 2,5$  ммоль/л, гликизированного гемоглобина -  $8,4 \pm 0,9\%$ . Избыточная масса тела была обнаружена у 34,6%, ожирение первой и второй степени соответственно у 44,2 и 18,3% больных. С целью изучения влияния СД на течение ИМ все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 68 пациентов ИМ с СД 2 типа, во вторую - 36 пациентов ИМ без сахарного диабета. В общей группе инфаркт часто был обнаружен у мужчин (59,6%), соотношение мужчин/женщин составило: 1,5:1. В первой группе женщин было больше (44,0%) чем во второй группе (33,3%). Длительность СД 2 типа варьировала от впервые выявленного до 20 лет (в среднем -  $7,4 \pm 2,6$  лет). У 7,7% пациентов СД был выявлен впервые. У 14,4% больных продолжительность сахарного диабета была от 1 до 5 лет, у 36,5% больных – от 6 до 10 лет, у 6,7% больных – более 10 лет. Среди лиц старше 60 лет на фоне сахарного диабета частота ИМ составила 64,0% (в возрасте 61-70 лет - 50,0%, старше 70 лет - 14,0%), без диабета – 55,6%. Среди больных с СД 2 типа пенсионеры составили 77,9%, без диабета - 69,4. Из лабораторных показателей лейкоцитоз был характерен у 23,1%, повышение СОЭ – у 77,9%, увеличение тропонина - у 15,4% больных. В общей группе пациентов среднее содержание МВ фракции КФК составила  $87 \pm 6,7$  ед. По сравнению с пациентами без диабета в группе пациентов с сахарным диабетом инфаркт миокарда чаще сопровождался нейтрофильным лейкоцитозом, повышением СОЭ, увеличением тропонина, мышечной фракции КФК, что свидетельствовало о тяжелой степени резорбционно-некротического синдрома. Проводимая кардиальная терапия включала тромболитическую и отвечала современным требованиям лечения ИМ. Антиагреганты,  $\beta$ -блокаторы, антикоагулянты, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), статины назначались как можно раньше при отсутствии противопоказаний.

**Заключение.** Диабетическая нефропатия является фактором риска развития и усугубления

тяжести инфаркт миокарда. Признаки нефропатии протеинурия, цилиндрурия и снижение клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин являются фоном для развития инфаркта миокарда. Понижение СКФ у больных ИМ с СД 2 типа ниже 60 мл/мин может способствовать фатальным исходам.

### ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Несен А.А., Шкапо В.Л.

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

**Введение.** В настоящее время многочисленными клиническими исследованиями подтверждено, что определение наличия (и/или сочетания) и выраженности компонентов метаболического синдрома (патогенетическое триединство - артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД)), позволяет с высокой вероятностью вычислять уровень кардиоваскулярного риска (КВР), а также своевременно определять эффективную лечебную стратегию.

**Цель:** определить степень влияния ожирения (ОЖ) на риск развития коморбидной патологии в популяции стационарных больных высокого и очень высокого КВР.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы данные стационарных больных (n=739) высокого и очень высокого КВР (мужчин - 428 (57,9 %) и женщин - 311 (42,1 %)); средний возраст (56,8±9,3) лет. Анализировались показатели артериального давления, состояние липидного обмена, антропометрические данные с определением индекса массы тела (ИМТ) и процента жировых отложений. В зависимости от показателей ИМТ все пациенты были разделены на две группы: I – ИМТ<30 кг/м<sup>2</sup> (421 пациент (57 %)) и II – ИМТ≥30 кг/м<sup>2</sup> (318 человек (43 %)). Средние значения ИМТ в группах соответственно составили (26,5±2,3) и (35,1±4,3) кг/м<sup>2</sup> (p<0,05). Дополнительно вычисляли величины липидных соотношений, которые тесно ассоциируются с инсулинорезистентностью (ИР); индекс коморбидности Чарлсона; уровень риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа (шкала DRS); уровень риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа (шкала IRIS II). Статистическая обработка проведена с использованием программ SPSS 17.0.

**Результаты.** Во группе II по сравнению с группой I достоверно чаще встречались

сопутствующая желчнокаменная болезнь (7,1%) и (12,0%) соответственно, p=0,012, неалкогольная жировая болезнь печени - (68,9 %) и (89,9 %), p<0,001, СД 2 типа - (24 %) и (34 %), p=0,002. Более того, в группе с ОЖ достоверно выше был индекс коморбидности Чарлсона (5,06±2,52), чем в группе I (4,64±2,44), p=0,022. У лиц с СД 2 типа на фоне ОЖ был выше риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (IRIS II составил (77,24±19,53) points, по сравнению с (64,68±17,21) points в группе без ОЖ, p<0,001). В то же время, среди лиц без СД 2 типа риск его развития по шкале DRS также был выше в группе II, чем в группе I ((12,31±1,96) и (9,46±2,19) points, p<0,001). Развитие ИР проявляется не только появлением гипергликемии и нарушениями толерантности к глюкозе, но и существенными сдвигами в липидном спектре с патологическим развитием диабетической дислипидемии.

**Заключение.** У лиц с ИМТ≥30 кг/м<sup>2</sup> выявлен более высокий индекс коморбидности, что ассоциируется с достоверным (p<0,001) нарушением липидного и углеводного обменов, а также более высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИПИДОТРАНСПОРТНЫХ СИСТЕМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С КОМОРБИДНОСТЬЮ

Несен А.А., Чернышов В.А., Шкапо В.Л.

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

**Введение.** Сегодня, в эпоху коморбидности (мультиморбидности) заболеваний, использование современных ферментных (иммуноферментных) методов является эффективным и имеет ряд потенциальных преимуществ, а именно: высокое качество и скорость анализа, небольшой объем необходимых образцов крови (сыворотки) и реагентов, возможность проведения замеров в автоматическом режиме.

**Цель:** исследование степени функционирования липидотранспортных систем при гипертонической болезни, отягощенной коморбидностью патологий.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены данные (n=123) пациентов – 54 (43,9 %) женщин и 69 (56,1 %) мужчин.