

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2023

**«ICHKI KASALLIKLARINING DOLZARB
MUAMMOLARI»**

XALQARO TERAPEVTLAR FORUMI

TEZISLARI

2023 YIL 20–21 SENTYABR, TOSHKENT

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»**

20–21 СЕНТЯБРЯ 2023 ГОДА, ТАШКЕНТ

Выводы. Проведение реперфузионной терапии на фоне применения инфузии корвитина способствует защите миокарда от развития необратимых дисфункций, способствует образованию станинговых

(оглушенных) периинфарктных зон и более быстро, полному восстановлению сократительной функции этих зон.

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

САЛЯМОВА Ф.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии
и трансплантации почек, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Выявление наиболее часто встречаемых нарушений ритма сердца у больных с терминальной почечной недостаточностью и их влияние на прогноз у данной категории больных.
Материал и методы. В исследовании принимали участие 27 больных с ХБП V с, находящихся на лечении программным гемодиализом на базе отделения гемодиализа Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек. Средний возраст пациентов 49,6±1,5 года. Из обследуемых 40,0% (8 человек) – мужчины, 60,0% (12 человек) – женщины.

Результаты исследования. Суточное ЭКГ-мониторирование проводилось в день программного гемодиализа. По данным холтеровского ЭКГ мониторирования нарушения ритма выявлены у 87% больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, и у 76 % больных додиализной группы, в основном преобладали комбинированные аритмии. У 39% больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, регистрировалась синусовая тахикардия как в дневное время, включая процедуру гемодиализа, так и в ночное. У 21% пациентов выявлена частая групповая наджелудочковая экстрасистолия, в том числе парная, групповая, у 11% – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, преимущественно после сеанса гемодиализа. Желудочковая экстрасистолия высоких градаций (III, IV,V класс по В. Lown, N. Wolff) встречалась у 24 % больных, имеющих более длительный срок лечения гемодиализом.

В основном регистрировалась политопная желудочковая экстрасистолия, в том числе по типу бигемии, тригемии, парная, причем чаще после сеанса гемодиализа. Клинически значимые и прогностически неблагоприятные желудочковые тахикардии встречались у 6 % больных, у них же наблюдалась более высокая частота наджелудочковых нарушений ритма. У больных додиализного периода выявлена более низкая эктопическая активность: чаще встречалась одиночная наджелудочковая экстрасистолия (28% больных) и реже желудочковая экстрасистолии низких градаций (I, II класс по В. Lown, N. Wolff).

Выводы. Больные с ТХПН, находящиеся на лечении программным гемодиализом, по сравнению с больными додиализного периода, имеют более высокую эктопическую активность с преобладанием прогностически неблагоприятных нарушений ритма сердца (частая наджелудочковая экстрасистолия, пароксизмальная фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия высоких градаций по В. Lown, N. Wolff), чаще после сеанса гемодиализа. Высокая эктопическая активность, по видимому, связана с нарастанием электролитных нарушений в постдиализном периоде, а также с ремоделированием ЛЖ. По данным ЭХОКГ у основной группы больных преобладало концентрическое ремоделирование ЛЖ и повышение жесткости миокарда при сохраненной систолической функции ЛЖ и умеренно-выраженной диастолической дисфункции ЛЖ I типа.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТОШЕВ Б.Б., АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К.

*ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр Терапии и
медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучение состояния эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального классов, с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в

анамнезе, которые находились на стационарном лечении в РСНПЦТ и МР. Средний возраст больных составил 55,94±1,29 лет. В качестве контрольной группы (КГ) в исследование включены 20 здоровых добровольцев без признаков поражения сердечно-сосудистой системы, сопоставимого возраста и

антропометрических характеристик. Для оценки процессов ЭЗВД всем пациентам были выполнены: манжеточная проба, оценка уровня циркулирующих в крови фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и эндотелина (ЕТ)–1.

Результаты исследования. В ходе исследования обнаружено, что гуморальные маркеры эндотелиальной дисфункции были достоверно повышены у больных ИБС по сравнению с группой здоровых добровольцев. Так концентрация VEGF у больных ИБС была увеличена в 10,1 раз ($p < 0,001$), ЭТ–1 – в 9,68 раз ($p < 0,001$). У больных ИБС, несмотря на развитие эндотелиальной дисфункции,

диаметр ПА не отличался от диаметра сосуда в группе здоровых лиц, как исходно, так и после 5-ти минутной компрессии артерии (результаты ПА у больных ИБС по сравнению с группой здоровых добровольцев).

Выводы. Таким образом, установлено, что у пациентов ИБС, перенесших инфаркт миокарда, факторы VEGF и ЭТ–1 значительно увеличились ($p < 0,05$), в то время как ЭЗВД заметно снизился ($p < 0,05$). Кроме того, выраженность дисфункции ЭЗВД был положительно связана с уровнем VEGF и ЭТ–1.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИБС 2 ТИПА

ТУЛЯГАНОВА Д.К., АЛЯВИ А.Л., ЯКУБОВ М.М., НАЗАРОВА Г.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности диастолической дисфункции и ремоделирование левого желудочка у больных стенокардией напряжения ФК 2 с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (Сд) и без него.

Материал и методы. Обследовано 23 больных ИБС, стенокардией напряжения ФК II, в возрасте от 46 до 66 лет (средний возраст $56,3 \pm 8,4$). Из них 12 больных страдали сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (Сд) (года). Все больные ранее перенесли стентирование коронарных артерий.

Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips «affiniti 50». Выделялись три типа нарушений наполнения ЛЖ: с замедленной релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный, которые соответствуют незначительной, умеренной и тяжелой степени диастолической дисфункции.

В качестве критерия компенсации углеводного обмена у больных Сд, согласно рекомендациям европейского бюро международной федерации по диабету был использован показатель гликозилированного гемоглобина (ГГ).

Результаты исследования. Установлено, что у больных ИБС с СД нарушение диастолической функции (ДФ) ЛЖ встречалось чаще, чем без диабета (85%; $p < 0,05$). Замедленная релаксация является одним из наиболее распространенных типов диастолической дисфункции ЛЖ, у пациентов без диабета 60% и у пациентов с СД 2 типа 80%. Ремо-

делирование ЛЖ наблюдалось у 78,7% пациентов ИБС без Сд, из которого преобладала эксцентрическая гипертрофия–59,5%. У 49,4% больных ИБС с Сд выявлялась концентрическая гипертрофия ЛЖ, обладающая более неблагоприятным прогностическим значением по сравнению с другими вариантами ремоделирования ЛЖ. Диастолическая дисфункция и ремоделирование ЛЖ наблюдались достоверно чаще у пациентов ИБС с Сд.

Более частое развитие диастолической дисфункции при декомпенсации Сд у больных ИБС сопровождалось увеличением случаев появления концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ – у пациентов с уровнем ГГ более 7,5% (65,5%; $p < 0,05$), тогда как у больных ИБС ассоциированной Сд с уровнем ГГ менее 7,5% этот показатель составил лишь 34,5% ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных ИБС с Сд часто выявляются диастолическая дисфункция и ремоделирование ЛЖ, что предполагает развитие диабетической кардиопатии. Наличие СД у пациентов ИБС усугубляет течение кардиопатии, что приводит к более тяжелому ремоделированию сердца. Декомпенсация диабета, сопровождается утяжелением степени диастолической дисфункции и ремоделирования ЛЖ. Отсутствие контроля гликемии (уровень ГГ > 7,5%) у больных сахарным диабетом 2 типа приводит к утяжелению диастолической дисфункции и ремоделирования ЛЖ.