

больных с бессимптомной диастолической дисфункцией ЛЖ, в группе БАСТ – 10% и еще 5% пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией. Ремоделирование ЛЖ проходило параллельно правому. Концентрическое ремоделирование ЛЖ было обнаружено, начиная с легкой степени БА.

Выводы. Развитие ремоделирования сердца у больных БА происходит на фоне нейрогуморальных изменений, включающих гиперактивацию САС, РААС, системы натрийуретических пептидов. Учитывая вышеизложенное, можно говорить о кардиореспираторном континууме при БА.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИ АКСАРИЯТ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

ЭРГАШЕВ Э.Э., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида гипертония кризи (ГКр) хатар омилларининг эпидемиологик тавсифларини очиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материали ва усуллари. Эпидемиологик текширувда 725 нафар 15–70 ёшли аҳоли гуруҳи жалб этилиб ГКр нинг хатар омилларининг (ХО) тарқалиши хусусиятлари аниқланди ва баҳоланди. Хатар омиллари ЖССТ (2000) тавсиялари бўйича ажратилди ва ўрганилди.

Натижалар. УАШ шароитида қуйидаги хатар омиллари ГКр содир бўлишига асосан сабаб бўладилар: маълумот даражасининг пастлиги – 5,6%, ақлий меҳнат устуворлиги – 47,4%, оғир жисмоний меҳнат устуворлиги – 52,5%, номақбул ижтимоий ҳолат – 15,1%, ортиқча тана вазни – 24,3%, кашандалик – 35,8%, алкоголь – 24,0%, гиперхолестеринемия – 35,8%, гипертриглицеридемия – 39,9%, ХСПЗЛП – 36,8%, ХСЮЗЛП – 37,3%, ХСЎПЗЛП – 27,9%, руҳий зўриқиш хатар омили – 81,0%, юрак қисқариш частотасининг ортиши – 10,6%, полипа-

тия – 35,2% ва тиббий назоратнинг номукамаллиги – 43,3%.

ГКр асосан 24та ХО га боғлиқ ҳолда содир бўлади, уларга боғлиқ ҳолда ГКр хавфи УАШ шароитида то 4,8 баробаргача етиб ортади. Ушбу хатарни барвақт аниқлаш ва бартарафлаш учун эпидемиологик натижалардан келиб чиқиб яратилган «ГКр ни УАШ шароитида прогнозлашга асосланган профилактика тизими ва даволаш стратегияси алгоритми» дастуридан мунтазам фойдаланиш лозим. Бизнинг натижаларимиз бўйича ундан фойдаланиш даволаш-профилактика амалиётларини самарали такомиллаштиради.

Хулосалар. УАШ шароитида ГКр га нисбатан муқобил ва мувофиқ профилактика ҳамда даволаш дастурларини тузишда эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай фаолият амалиётнинг натижавийлигини ошириб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий таълофатларни аҳоли орасида камайтиради.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРОПОНИНА I, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ, В УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ

ЯКОВЛЕВ А.А.^{1,2}, ПУШКИН А.С.^{1,2}, РЫЖАК Г.А.³

¹СПб ГБУЗ ГМПБ №2, ²ПСПбГ медицинский университет им. И.П. Павлова;
³АНО ИНЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Заболеваемость населения Российской Федерации сердечно-сосудистой патологией постоянно возрастает, что связано с ростом доли пожилого населения, а также с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики. Высокочувствительный тропонин является современным маркером острой сердечной патологии, применяемым в том числе и в дифференциальной диагностике пациентов с острым коронарным синдромом.

Цель данного исследования. Изучить возрастные особенности уровня тропонина I, опре-

деляемого высокочувствительным методом, в условно здоровой популяции. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: 1. Определить уровни тропонина I в условно здоровой популяции. 2. Выявить наличие или отсутствие возрастных закономерностей изменения уровня тропонина I. 3. Оценить необходимость использования полученных результатов при интерпретации лабораторного обследования пациентов с острой кардиологической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ Городской многопро-

фильной больницы №2, г. Санкт-Петербург. Для решения поставленных задач использовали количественный метод измерения уровня тропонина I компании ABBOTT – ARCHITECT STAT hs Troponin-I. Всего были обследованы 165 человек, 71 % женщин и 29% мужчин.

Результаты. Только один обследованный имел значение тропонина I=0,0 пг/мл. У троих значение тропонина I трехкратно превышало референсный диапазон (163,2; 161,8; 103,0 пг/мл). Первым этапом настоящего исследования определяли наличие или отсутствие взаимосвязи между возрастом и уровнем тропонина I. Использовали определение корреляции методом Пирсона, коэффициент ра-

вен 0,29, что соответствует слабому уровню силы корреляционной связи. Следующим этапом оценивали отличия уровня тропонина I между тремя возрастными группами. Согласно дисперсионному анализу Краскела – Уоллиса (N=24, при $p < 0,05$), выявлено значимое отличие, что было подтверждено применением критерия Ньюмена – Кейсла при $p < 0,05$.

Заключение. Из анализа следует, что первые две группы однородны, а третья (пожилой возраст) достоверно отличается по уровню тропонина I. Таким образом, выявленные отличия требуются учитывать в клинической практике при интерпретации результатов исследования.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

ЯКУБЖАНОВ М.Ж., ЮЛДАШЕВА С.Л., ЮЛДАШЕВА Г.Т., АБДУЛЛАЕВ А.Г., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Изучение механизмов и клинических проявлений преждевременного старения при различных заболеваниях и патологических процессах имеет огромное теоретическое и практическое значение. О главных факторах здоровья большинство населения имеет довольно-таки смутное представление. Речь идет о поддержании внутренней среды организма на хорошем функциональном уровне. Старение – неотвратимый процесс развития. В жизни человека обычно принято выделять следующие периоды: детство, юность, зрелость, старость. Данное разделение на периоды достаточно условно. Различают следующие виды старения организма: *нормальное* (естественное), *замедленное*, *преждевременное* (ускоренное). Ускоренное (преждевременное) – старение процесс возникновения возрастных изменений, характеризующийся более высокой скоростью и темпом в сравнении со здоровыми лицами той же возрастной категории.

К диагностическим критериям преждевременного старения относят:

1. *Субъективные проявления ускоренного старения*, если с помощью клинических и лабораторных методов обследования не были диагностированы заболевания. К проявлениям относятся быстрая утомляемость, общая слабость, снижение трудоспособности, потеря бодрости и жизненного тонуса, плохое настроение, ухудшение памяти, нарушение сна, эмоциональная лабильность.

2. *Объективные признаки ускоренного старения*. Эти признаки могут быть выявлены объективными методами обследования. К ним относят снижение эластичности кожи, возникновение морщин в молодом возрасте, раннее поседение и потеря зубов, появление бородавок и гиперпигментации

кожи, снижение слуха и остроты зрения, изменения позвоночника, проявляющиеся изменением осанки.

3. *Биологический возраст организма*. Этот специальный расчетный показатель позволяет оценивать изменения органов и систем стареющего организма, состояния его здоровья и темпов ускоренного старения.

Отмечено, что старение организма запрограммировано на генетическом уровне, но существуют факторы, ускоряющие этот процесс:

Стресс, еще с давних пор многим известно, что значительные усилия понижают наш иммунитет, и как результат, увеличивается риск сердечных заболеваний.

Употребление чрезмерного количества алкоголя. О вреде алкоголя известно довольно много, однако, в свою очередь, известно и о пользе употребления красного вина.

- Чрезмерная малоподвижность.
- Насыщенная количеством жиров еда.
- Курение.
- Довольно продолжительное пребывание под прямыми солнечными лучами.
- Избыток сна.
- Лишний вес.
- Потребление чрезмерно большого количества сахара.

По данным экспертов ВОЗ, здоровье человека и продолжительность его жизни зависят от: 18–22% – предрасположенности к наследственным болезням; 17–20% – экологических факторов; 8–10% – качества медицинской помощи; 49–53% – образа жизни. Следовательно, нормализация образа жизни на 50% даст замедление темпов преждевременного старения.