

Результаты. При оценке первичных данных гормонального статуса уровень мелатонина был достоверно снижен в первой группе ($5,5 \pm 4,15$ пг/мл) по сравнению с группой с храпом ($15,4 \pm 2,47$ пг/мл) и контрольной группой ($14,4 \pm 2,71$ пг/мл). Исходно уровень мелатонина в подгруппах первой группы достоверно не различался. В 1 подгруппе уровень мелатонина составил $5,7$ [$5,0-6,6$] пг/мл, во 2 подгруппе $5,9$ [$5,1-6,1$] пг/мл ($p > 0,05$). При повторном исследовании через 6 месяцев в 1 подгруппе уровень мелатонина достоверно повысился на фоне СИПАП-терапии и составил $9,3$ [$8,0-11,7$] пг/мл, во 2 подгруппе уровень мелатонина значимо не изменился и составил $5,8$ [$5,2-6,3$] пг/мл. Таким образом, через 6 месяцев уровень мелатонина достоверно различался в 1 и 2 подгруппах ($p < 0,05$). При исследовании гормонального статуса через 12 месяцев в 1 подгруппе уровень мелатонина достоверно повысился на фоне СИПАП-терапии и составил $13,3$ [$9,8-16,8$] пг/мл,

во 2 подгруппе уровень мелатонина достоверно снизился и составил $5,6$ [$5,1-6,9$] пг/мл. Таким образом через 12 месяцев уровень мелатонина был достоверно выше в 1 подгруппе по сравнению со 2 подгруппой ($p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и хронической ишемической болезнью сердца снижен уровень мелатонина в крови по сравнению с группой пациентов с храпом и контрольной группой ($p < 0,05$).

На фоне СИПАП-терапии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна в течение 6–12 месяцев выявлено повышение уровня мелатонина ($p < 0,05$).

При отказе от СИПАП-терапии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна выявлено снижение уровня мелатонина через 12 месяцев наблюдения ($p < 0,05$).

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ХАЙДАРОВА Д.Д., АБДУЛЛАЕВ К.З.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель работы. Определить основные неблагоприятные факторы риска, влияющие на развитие дилатации левого желудочка (ЛЖ) у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 193 больных, находившихся на лечении в отделении кардиореанимации СФ РНЦЭМП с диагнозом ИБС Прогрессирующей стенокардией напряжения и имевших дилатацию ЛЖ по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), в возрасте от 44 до 73 лет. Средний возраст больных составил $54,6 \pm 9,9$ лет. Диагноз верифицировался на основе клинических, электрокардиографических, эхокардиографических данных.

Результаты исследования. Все больные поступали в отделение с сжимающими болями в области сердца, нехваткой воздуха, выраженной одышкой. У $33,1$ ($17,2\%$) больных отмечался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), у 137 ($71,5\%$) артериальная гипертензия (АГ). Из сопутствующих заболеваний у 64 ($33,3\%$) больных отмечалась хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). У 18 ($9,3\%$) больных отмечалась инфекция мочеполового тракта, у 29 ($15,1\%$) больных – язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет 2 типа – у 24 ($12,9\%$) и ХСН III функциональный класс (ФК) по New York Heart Association была у 77 ($39,7\%$) и IV ФК – у 12 ($6,4\%$) соответственно. ПИКС с QS комплексами по данным электрокардиографии

(ЭКГ) отмечался – у 64 ($33,3\%$) больных, из них – у 15 ($16,1\%$) обширный. Локализация перенесенного ОИМ на передней стенке была у 20 ($21,5\%$) больных, задней – у 17 ($18,3\%$), аритмии – у 32 ($34,4\%$) больных в виде фибрилляции предсердий – у 31 ($13,9\%$), блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) – у 18 ($9,6\%$) и частой желудочковой экстрасистолы – у 21 ($10,7\%$). Если сложить частоту локализации QS комплексов и БЛНПГ, то инфаркт миокарда передней стенки был у 60 ($31,1\%$) больных. По данным ЭхоКГ конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ равнялся от 6 до $8,4$ см (в среднем $7,2 \pm 1,1$ см), фракция выброса (ФВ) – от 20 до 46% (в среднем $39,5 \pm 4,9\%$), наличие тромбов в ЛЖ было у 3 ($3,2\%$) больных. У всех пациентов наблюдалась митральная регургитация. Значения КДР от 6 до 7 см – у 26 ($27,9\%$) больных, от 7 до $8,4$ см – у 17 ($18,2\%$). Больные с КДР > 7 см были более старшего возраста и имели повторные ОИМ в анамнезе, почти у всех передней локализации.

Заключение. Таким образом, данное исследование указывает на то, что такие факторы, как возраст, АГ, перенесенный передней локализации ОИМ, ХОБЛ имеют определенное значение в развитии дилатации ЛЖ. Дилатация больших размеров отмечается чаще при трансмуральном обширном переднем инфаркте миокарда и сопровождается, помимо митральной регургитации, тромбообразованием, а также высоким функциональным классом ХСН.