

сти от вида проводимого лечения были разделены на три подгруппы: подгруппа А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа С: 21 больной, получавший антиоксиданты в сочетании с L-тироксином.

Результаты исследования. Усиление процессов перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА). Так, содержание МДА у группы больных ИБС повысилось и составило $8,42 \pm 2,4$ нмоль/мл, что на 69,9% (в 2,7 раза) выше значений группы контроля. Уровень МДА у больных ИБС с СГ повысился на 14,8% (в 1,14 раза) больше по отношению к показателям группы больных ИБС и почти в 3,1 раза больше показателей контрольной группы. В нашей работе мы четко подчеркиваем то, что идет суммирование патогенетических звеньев.

Коррекция тиреоидной недостаточности извбавляет больных от гиперхолестеринемии без

использования каких-либо других препаратов. С этой целью в терапию совместно с антиоксидантами мы решили включить заместительную терапию L-тироксином, в поддерживающих дозировках 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, наблюдалось выраженное снижение уровня МДА, который достиг показателей контроля и составил 3,18 нмоль/мл ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у женщин фертильного возраста, страдающих ИБС с СГ, отмечается наибольшая активация процессов ПОЛ, что требует соответствующей превентивной терапии. Чтобы оценить адекватность проводимой терапии, необходим периодический контроль за уровнем ТТГ в крови. Для этого рекомендуется скрининг-обследование на субклинический гипотиреоз, особенно у женщин фертильного возраста и сопоставление полученных данных с показателем уровня МДА в сыворотке крови.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

УСМАНОВА Д.Н., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., ДУСМУРАТОВА Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) приобрела в последние годы важное медицинское и социальное значение. Для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Более информативным и адекватным является одновременное определение экскреции предшественника синтеза катехоламинов (КА) – диоксифиламина (ДОФА) и его спектра: дофамина (ДА), норадреналина (НА) и адреналина (А). В метаболизме биогенных аминов ключевое значение имеет реакция их окислительного дезаминирования, катализируемая моноаминоксидазой (МАО). Вопрос о взаимоотношении КА с другими гормонами при ИБС в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Цель работы. Изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 45 больных ИБС и 61 больного ИБС с СГ. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное

уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС – на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P < 0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижено на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P < 0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза); а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ.

Результаты. Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с

антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксина в поддерживающих дозах 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение: А – на 48,1%, НА – на

51,2%, ДА – на 70,5%, ДОФА – на 17,6%. Активность МАО также сравнивалась с показателями контроля и составила 0,07 ед/экст.

Заключение. Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОЙ ТЕРАПИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

ХАЙМЕНОВА Г.С., ЖДАН В.Н.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. В комплексном лечении больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) все чаще уделяют внимание плейотропному эффекту статинов.

Цель исследования. Определение эффективности применения розувастатина в комплексном лечении ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. На базе пульмонологического отделения КП «Полтавская областная клиническая больница им. Н.В. Склифосовского Полтавского областного совета» были обследованы 30 больных ХОБЛ в группе с сопутствующей ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II), в возрасте от 51 до 67 лет (средний возраст составил $57,03 \pm 3,51$ лет). Больные были разделены на две репрезентативные группы. Пациенты основной группы ($n=15$) получали протокольную терапию ХОБЛ и ИБС с дополнительным приемом розувастатина 10 мг на ночь. Контрольная группа ($n=15$) получала только базовую протокольную терапию. Обследование больных проводилось в начале исследования и через 12 дней после лечения, включало в себя оценку респираторных симптомов заболевания, степень выраженности одышки (шкала Medical Research Council Dyspnoea Scale). Толерантность к физической нагрузке изучали с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. Определяли уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Определяли функцию внешнего дыхания. Среднюю частоту обострений

в течение последнего года оценивали за счет ретроспективного изучения анамнеза.

Результаты. После проведенного лечения у больных обеих групп отмечалось улучшение клинического состояния за счет уменьшения интенсивности выраженности респираторных симптомов заболевания: кашель, количество мокроты, выраженность одышки, а также повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение лабораторно-инструментальных показателей. Однако у пациентов основной группы имело место более достоверно значимое уменьшение интенсивности кашля и количества мокроты, чем у пациентов контрольной группы. Следует отметить, что у больных основной группы после лечения имело место достоверное уменьшение бронхообструкции за счет повышения объема форсированного выдоха за первую секунду и индекса Тифно ($p < 0,05$). Также имело место достоверное снижение уровня в сыворотке крови общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, а также повышение ЛПВП ($p < 0,05$). Ретроспективное изучение анамнеза показало, что частота обострений в течение последнего года наблюдалась от 1 до 2 раз в год ($1,6 \pm 0,48$).

Заключение. Включение розувастатина в схему лечения позволяет уменьшить и стабилизировать основные клинические проявления, улучшить лабораторно-инструментальные показатели данной коморбидности заболеваний, повысить качество жизни.