

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХАСАНЖАНОВА Ф.О., КАДЫРОВА Ф.Ш., МИРЗАЕВ Р.З., МУХИДДИНОВ А.И., КАСЫМОВА Б.С., МАРДОНОВ У.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель. Изучить клиническое течение нестабильной стенокардии (НС) с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ХСН–сФВ).

Материал и методы. Обследованы 92 пациента (45 мужчин, 47 женщин) с ХСН – сФВ I–II А стадии, I–III ФК, в сочетании с НС, в возрасте 44–76 лет (средний возраст $58,0 \pm 7,8$ лет). У всех пациентов проводился сбор анамнеза, антропометрия, общеклиническое обследование с оценкой симптоматики ХСН по шкале ШОКС. Толерантность к физической нагрузке определялась с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Проводились ЭКГ, ЭхоКГ-исследования.

Результаты. Субстратом для развития ХСН–сФВ у 50% пациентов была прогрессирующая стенокардия напряжения, у оставшихся 50% – АГ в сочетании с ИБС. У женщин ХСН–сФВ чаще развивалась на фоне нестабильной стенокардии (73% случаев), у мужчин – на фоне сочетания АГ с ИБС (73,3% случаев). Абдоминальное ожирение ($OT \geq 80$ см у женщин и ≥ 94 см у мужчин) наблюдалось у 79,3% пациентов. Доля пациентов с АО среди мужчин и женщин была 80 и 85% соответственно. При общеклиническом обследовании все пациенты предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке; у 55 (59,7%) отмечалась пастозность стоп и голеней, у 10 (23,8%) были от-

еки; застойные хрипы в легких выслушивались у 8 (19,0%); также у 8 (19,0%) была увеличена печень. При корреляционном анализе получена связь между суммарным баллом по ШОКС и КЖ ($r=0,43$; $p=0,003$), а также ШОКС и результатом ТШХ ($r=-0,46$; $p=0,002$). На тяжесть клинического состояния по ШОКС также оказывали влияние толщина МЖП ($r=0,47$; $p=0,002$), ЗС ($r=0,34$; $p=0,03$), ММ ЛЖ ($r=0,38$; $p=0,03$) и ИММ ЛЖ ($r=0,35$; $p=0,04$). Пациенты с АГ и ИБС имели более высокий суммарный балл по ШОКС, чем пациенты с прогрессирующей стенокардией: $4,0 \pm 1,6$ против $3,3 \pm 0,8$ ($p=0,08$); а также хуже переносили физическую нагрузку: дистанция, проходимая ими при проведении ТШХ, соответственно составила $376,3 \pm 82,2$ м и $415,4 \pm 78,6$ м ($p=0,09$).

Выводы. Наиболее часто ХСН–сФВ страдают женщины с нестабильной стенокардией, подавляющее большинство которых имеет АО. Ведущей жалобой является одышка при физической нагрузке. С увеличением суммарного балла по ШОКС ухудшается КЖ и толерантность к физической нагрузке. Выраженность клинических проявлений ХСН коррелирует со степенью гипертрофии ЛЖ. Пациенты с АГ и ИБС имеют более выраженную симптоматику ХСН, хуже переносят физические нагрузки и имеют более высокую степень гипертрофии ЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., НАСЫРОВА З.А., ШАРАПОВА Ю.Ш., КАДЫРОВА Ф.Ш., ТОГАЕВ Д.Х., КУРБАНОВА Ю.Ю.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель работы. Изучить особенности нарушения функции печени у больных с нестабильной стенокардией в зависимости от уровня мочевой кислоты (МК) в крови.

Материал и методы. Обследованы 119 больных с НС, поступивших в 2016–2018 гг. в отделение соматической реанимации (МК) Самаркандского филиала РНЦЭМП в первые 2–6 ч от начала

ангинозных приступов. Особое внимание обращали на связь уровня МК в крови с тяжестью клинического течения НС.

В зависимости от содержания МК в крови при поступлении в клинику были выделены две условных группы больных с НС: с умеренно высоким содержанием в крови МК – $401,7 \pm 14,8$ ммоль/л ($P < 0,001$), который находится в пределах верх-

них границ контроля, и чрезмерно высоким содержанием ($581,0 \pm 23,2$ ммоль/л), превышающим среднее значение контроля на 116,5% ($P < 0,001$). До лечения протокол обследования включал оценку клинических параметров (ЭхоКГ, ЭКГ); одновременно в сыворотке крови определяли уровень КФК, МВ КФК и СОД, активность NOS и НАДФН-зависимой НР, содержание глюкозы, в мембранах эритроцитов – стабильных метаболитов NO (NO_2^- и NO_3^-), ONOO^- . Функцию печени оценивали по уровню АСТ, АЛТ, мочевины, ЩФ, ГТП, протромбиновому индексу, содержанию общего белка, креатинина, билирубина (прямого и непрямого), ОХ и его фракций, ТГ.

Результаты. У больных с НС до проведения интенсивной терапии с умеренно высоким содержанием МК уровень креатинина (КН) в сыворотке крови превышал контроль на 14,2% ($P < 0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 12,0%, глюкозы – соответственно на 17,0 ($P < 0,05$) и 38,5 ($P < 0,001$) на фоне снижения концентрации мочевины – на 18,8 и 17,9% ($P < 0,01$) и увеличения количества СКФ – на 8,3 ($P < 0,05$) и 27,0% ($P < 0,01$). У больных с чрезмерно высоким содержанием МК активность АСТ и АЛТ превышала контроль на 108,6 и 88,6% ($P < 0,001$), уровень билирубина (общий и прямой) и ЩФ – на 94,2, 118,2 и 62,9% ($P < 0,001$), содержание общего белка снизилось на 22,0% ($P < 0,02$), ОХ и ЛПНП

увеличилось на 32,3 и 60,1% ($P < 0,001$), а ЛПВП снизилось на 36,6% ($P < 0,001$), на фоне уменьшения протромбинового индекса на 19,8% ($P < 0,05$) и увеличения показателя тимоловой пробы на 93,5%. Изменения уровня кардиоспецифических ферментов крови МВ КФК также были связаны с различным уровнем МК в крови. Так, у больных с умеренно высоким содержанием МК активность КФК и МВ КФК превышала контроль на 21,8 и 15,2% ($P < 0,05$ и $P > 0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 37,9 и 85,3%. Действительно, у больных с НС с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечаются более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с НС ФВЛЖ составила $38,8 \pm 1,20\%$, КДИ – $65,5 \pm 2,42$ мл/м², КСИ – $33,6 \pm 2,21$ мл/м².

Заключение. Таким образом, необходимо отметить, что наиболее выраженные изменения изучаемых показателей отмечались у больных с чрезмерно высоким содержанием МК. Следовательно, глубина нарушений функций печени у больных с НС зависит от уровня МК в крови и обусловлена, по-видимому, сочетанием элементов циркуляторной и тканевой гипоксии, что существенно увеличивает риск развития рецидива НС, острой левожелудочковой недостаточности. Полученные данные обосновывают необходимость использования в этот период заболевания гепатопротекторов и урикодепрессантов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

УСМАНОВ Б.Б., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ТАШТЕМИРОВА И.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Выявить и оценить особенности клиничко-функциональных и гемодинамических проявлений заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией (СКМП).

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 10 больных (средний возраст $68,5 \pm 3,7$ года) с СКМП, верифицированной ЭКГ-и ЭхоКГ-методами. Всем больным проведено суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scare» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты. Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомами – одышка (20%), отек легких (2%), редко встречаются – кардиогенный шок (1 больная), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. Другие ситуации встречаются менее часто, но также являются

триггерным фактором СКМП, например, тиреотоксикоз. СКМП диагностирован у 2% пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60–75-летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56% этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17% пациентов имели инверсию зубца T, а 10% имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17% этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением интервала QT и преходящими зубцами Q в антеросептальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от СКМП было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых двух недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие Q, зубца T, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4–6 к подъему в V 1–3 > 1 могут быть высокоспецифичными