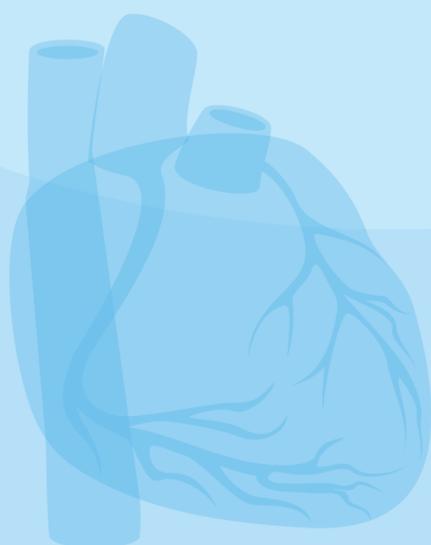




ISSN 2010-6947



Ў‘ЗБЕКИСТОН 2023 № 3 (69) КАРДИОЛОГИЯСИ



КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА



O'zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан



O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal
2006-yilda tashkil etilgan

№ 3 / 2023
(69)

КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 2006 г.

№ 3 / 2023
(69)



13,4% ($p < 0,05$), 20,8% ($p < 0,05$) и 28,4% ($p < 0,01$) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы.

Уровень гомоцистеина в крови колеблется в районе 10–11 мкмоль/л. По данным ряда авторов, уровень гомоцистеина в плазме крови составляет 5–15 мкмоль/л. Гипергомоцистеинемию диагностируют в том случае, если уровень гомоцистеина в крови превышает 15 мкмоль/л. Концентрация гомоцистеина в плазме крови в пределах 15–30 мкмоль/л свидетельствует об умеренной гипергомоцистеинемии, от 30 до 100 мкмоль/л – о промежуточной, а более 100 мкмоль/л – о тяжелой. В нескольких исследованиях показана корреляция между уровнем гомоцистеина и липопротеинами высокой или низкой плотности. Результаты нашего исследования показали повышение уровня гомоцистеина в сыворотке крови с достоверными

значениями у больных с очень высоким ССР в 3 и 4 группе с увеличением на 35,8% ($p < 0,05$) и 39,7% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы и у больных с ССЗ в 4 группе составил $15,5 \pm 7,2$ мкмоль/л. Полученные результаты проведенного нами исследования подтверждают роль гипергомоцистеинемии, как маркера ССЗ – у больных с патологией сердечно-сосудистой системы отмечается склонность к гипергомоцистеинемии. Также, обращает внимание выявленная зависимость уровня гипергомоцистеинемии и ССР.

Выводы. Таким образом, по результатам нашего исследования отмечено что в группе очень высокого ССР в 3 и 4 группе было выявлено повышение уровня гомоцистеина в 4 группе с гипергомоцистеинемией с уровнем $15,5 \pm 7,2$ мкмоль/л.

АЁЛЛАРДА МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА МИОКАРДНИНГ ОҒРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИ

РАХМАТОВА Ш.М., ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т., НУРИТДИНОВА Н.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Кирш: Миокард оғриқсиз ишемияси соғлом аҳолида 2–5% ва ЮИК хавф омиллари мавжуд бўлган амалий соғломларда 15–20% ҳолатларда учрайди ва уларда симптомсиз ишемия эпизодларисиз беморлардагига нисбатан ЮИК асоратлари ривожланиши 3–4 маротаба юқори. Миокард оғриқсиз ишемияси тўсатдан ўлим ва ҳаёт учун хавфли аритмиялар предиктори эканлиги ҳозирда исботланган. Постменопаузал даврда аёлларда миокард оғриқсиз ишемиясини кечишини ўрганиш долаш самарасини оширишга ёрдам беради.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: ТТА кўп тармоқли клиникасининг кардиология бўлимида режали даволанишдаги постклимактерик давридаги 68 та аёллар олинган, улардан 36 та миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан кўшилиб келган ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси ФС 3 ва 2 (ўртача ёш $56,4 \pm 5,2$ йил) – 1 гуруҳ ва 32 таси оғриқсиз ишемик эпизодларисиз ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси ФС 3 ва 2 (ўртача ёш $55,2 \pm 5,2$ йил) – 2 гуруҳ ташкил этди.

Климактерик синдромнинг оғирлик даражаси Купперман-Уварованинг модификациялашган менопаузал-индексининг баллардаги ифодаси билан баҳоланди.

Суткалик Холтер ЭКГ мониторингини (ХМЭКГ) аппарат ёрдамида ўтказилди ва ST сегмент ишемик ўзгаришлари динамикасини клиник амалиётда холтер мониторинги ўтказиш ва қўллаш бўйича халқаро тавсиясига кўра баҳоланди. ХМЭКГда миокард ишемияси қуйидаги мезонларга кўра

бахоланди: ST сегментини горизонтал ёки қия пастга йўналган холда силжиши, 0,1 мВ дан кам бўлмаган, j нуқтадан 80мс узоқликда ST сегментини изолиниядан пастга силжиши, ва унинг давомийлиги 1 дақиқадан кам бўлмаслиги керак. ST сегментини элевация эпизодлари кузатилмади. Миокард ишемиясини тахлил этилганда ST сегментини депрессия характерини, чуқурлигини, энг узун эпизоднинг давомийлигини, мониторинг давомида хамма ишемик эпизодларнинг давомийлиги йиғиндисини ва уларни пайдо бўлиши вақти ва шароитлари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Постменопаузал даврдаги 1 гуруҳ аёлларнинг 86% ва 2 гуруҳ аёлларда 78% климактерик синдром симптомлари аниқланди. Модифицирланган менопаузал индекс 1 гуруҳ беморларда (ММИ) ифодаланган юқори ($63,3 \pm 3,2$ баллни), шунингдек, 2 гуруҳ беморларда бу кўрсаткич ишонарли равишда паст ($51,76 \pm 2,5$ балларни, $p < 0,05$) ташкил этди. Климактерик синдром таркиби тахлил этилганда қуйидаги ўзгаришлар яъни, миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан кўшилиб келган беморларда нейровегетатив ва модда алмашинуви, эндокрин ўзгаришлар ўрта оғир даражаси $28,4 \pm 2,8$ балл ва оғриқсиз ишемик эпизодларисиз билан беморларда $21,2 \pm 2,2$ баллни ташкил этди. Суткалик холтер ЭКГ мониторинги натижаларига кўра S-T депрессия ўртача ва максимал чуқурлиги бўйича ишонарли фарқланмади, лекин бу кўрсаткичлар оғриқсиз ишемия эпизодлари қўшилиб келган гуруҳда яққол ифода-



ланди. ($125 \pm 62,7$ мВ ва $119 \pm 14,1$ мВ). Хар икки гуруҳда ҳам S-T элевацияси аниқланмади. Сутка давомида ўртача ишемик эпизодлар сони 1 гуруҳ беморларда учун $3,3 \pm 0,5$, 2 гуруҳда нисбатан камроқ $1,9 \pm 0,3$ ташкил этди. Шунингдек, миокард оғриқсиз ишемия эпизодлари суткада ўртача давомийлиги – $9 \pm 2,2$ мин, оғриқли ишемия эпизодлари – $15 \pm 3,1$ мин. давом этди, ритм бузилишлари тахлил этилганда 1 гуруҳ беморларда қоринчалар экстрасистолияси 1,2 маротаба, қоринча ва қоринча усти экстрасистолияси бирга келиши 1,5 маротаба кўп аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб постменопаузал даврдаги 1 гуруҳдаги аёлларда суткалик ЭКГ мониторингида қоринчалар усти ва қоринчалар экстрасистолияси миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан қўшилиб келган беморларда юқорилиги яққол ифодаланган. Суткалик холтер ЭКГ мониторинги тахлил этилганда сутка давомида ўртача ишемик эпизодлар сони 1 гуруҳ беморларда 2 гуруҳга нисбатан 2 баравар кўп кузатилди ва оғриқсиз ишемия эпизодлари суткада ўртача давомийлиги – $9 \pm 2,2$ мин, оғриқли ишемия эпизодлари – $15 \pm 3,1$ мин эканлиги аниқланди.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

ТРОШИНА А.М., ГРИГОРЕНКО Е.А., ДУБОВИК Т.А., ГРЕБЕНЮК И.А., ЗАВАЛЕЙ Е.А., ХУДНИЦКАЯ В.С., ВАЛЕНТЮКЕВИЧ А.В., МИЩАНЧУК Е.А., МИТЬКОВСКАЯ Н.П.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Дислипидемия – состояние, характеризующееся повышением уровня липидов и липопротеидов крови, является частым осложнением после трансплантации сердца. В сочетании с иммунологическими и воспалительными факторами она индуцирует развитие васкулопатии трансплантированного сердца, а также может служить причиной развития реакции отторжения. В основе гипоплипидемической терапии у реципиентов сердечного трансплантата лежит назначение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов).

Цель исследования. Провести анализ распространенности дислипидемии среди реципиентов донорского сердца, а также особенностей гипоплипидемической терапии на дооперационном этапе и в раннем послеоперационном периоде трансплантации сердца.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 85 медицинских карт пациентов, которым выполнялась ортотопическая трансплантация сердца (ОТС) в условиях РНПЦ Кардиология в 2020–2021гг. Медиана возраста реципиентов составила 51 год (9–76 лет), из них было 74 мужчины (87%) и 11 женщин (13%). В 55% случаев (47 пациентов) ОТС выполнялась по поводу ишемической кардиомиопатии, у остальных 45% (38 пациентов) были диагностированы варианты кардиомиопатий, не связанных с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (вос-

палительная, неклассифицируемая на фоне некомпактного миокарда левого желудочка, опухоли сердца).

Результаты. В исследуемой группе 56 пациентов (65%) имели дислипидемию до выполнения ОТС, среди них 39 пациентов с ишемической кардиомиопатией и 17 пациентов с неишемическими кардиомиопатиями. При этом, те из них, кто имел ишемическую кардиомиопатию в 100% случаев получали гипоплипидемическую терапию (аторвастатин в средней дозе 30,8 мг в сутки или розувастатин в средней дозе 22,3 мг в сутки). Пациенты из группы неишемических кардиомиопатий гипоплипидемическую терапию не получали.

После выполнения ОТС гипоплипидемическая терапия назначалась или возобновлялась на разных этапах послеоперационного периода, однако не ранее 14-х суток, средний срок назначения – 21-е сутки. 100% пациентов исследуемой группы получали аторвастатин в средней дозе 22.4 мг.

Выводы. Высокая распространенность нарушений липидного обмена у реципиентов сердечного трансплантата в дооперационном периоде требует оптимизации гипоплипидемической терапии как до, так и после выполнения трансплантации сердца с целью снижения риска развития осложнений и улучшения прогноза выживаемости пациентов.



НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Азизов Ш.И. ГУ«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан	69
МЕНЕДЖМЕНТ ДИСЛИПИДЕМИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П. Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь	70
УРОВНИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Спиридонов А.Н., Стахнёва Е.М. Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия	71
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Ким А.Р., Алиева Р.Б., Ахмедова Ш.С., Ходиметова Ш.У., Шек А.Б. Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии Ташкент, Узбекистан	71
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ЛОКУСА –819 С/Т (rs1800871) ГЕНА IL-10 В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н. Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней и кардиологии №2, Самарканд, Узбекистан.....	72
АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ИБС Низамов У.И., Алиева Р.Б., Ахмедова Ш.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Тригулова Р.Х., Шек А.Б. Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан	73
ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЙ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ВОСПАЛЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА Нурмухаммад Ф.Н., Научный руководитель Жангелова Ш.Б. Международный казахско-турецкий университет имени Х.А Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан; Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан	73
РОЛЬ ГОМОЦИСТЕИНА В ОЦЕНКЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Нуритдинова М.Д. Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.....	74
АЁЛЛАРДА МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА МИОКАРДНИНГ ОФРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИ Рахматова Ш.М., Зубайдуллаева М.Т., Нуритдинова Н.Б. Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан	75
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА Трошина А.М., Григоренко Е.А., Дубовик Т.А., Гребенюк И.А., Завалей Е.А., Худницкая В.С., Валентюкевич А.В., Мищанчук Е.А., Митьковская Н.П. Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь.....	76
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА L-АРГИНИНА И ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш., Юлдашев Н.П., Абдукадирова Н.М., Адилова И.Г., Хусанов А.А. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.....	77