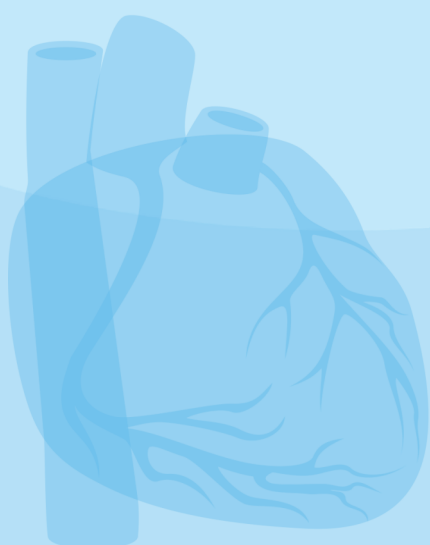


ISSN 2010-6947

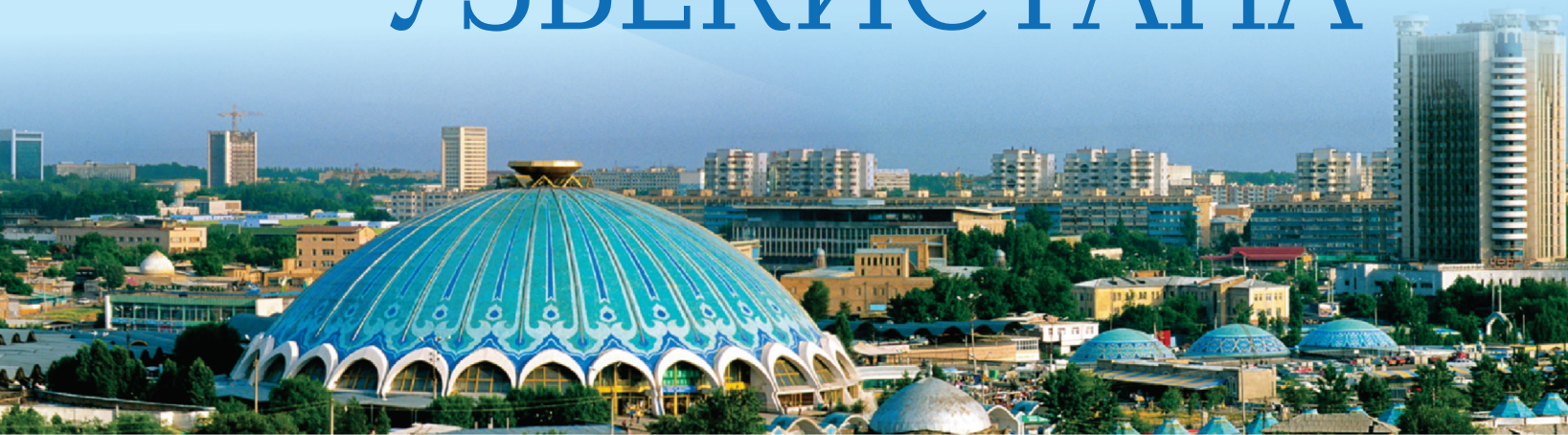


# O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

2021 № 3 (61)



## КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА



O'zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi  
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан



# O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal  
2006-yilda tashkil etilgan

№ 3 / 2021  
(61)

# КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал  
Основан в 2006 г.

№ 3 / 2021  
(61)

Учредитель – Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

2021 №3 (61)

**Адрес редакции:**

Узбекистан, г. Ташкент, 100052,  
Мирзо-Улугбекский район, ул. Осиё, д. 4.  
Телефоны: 8–998 (71) 237–38–16, 8–998 (71) 237–33–67  
Факс: 234–16–67  
Сайт: [www.uzcardio.uz](http://www.uzcardio.uz)  
E-mail: [cardiocenter@mail.ru](mailto:cardiocenter@mail.ru)

Редакционная коллегия:

Главный редактор	Р.Д. Курбанов
Зам. глав. редактора	А.Б. Шек
Зам. глав. редактора	Р.Ш. Мамутов
Отв. секретарь	Н.З. Срожидинова
	Т.А. Абдуллаев
	А.Л. Аляви
	М.М. Зуфаров
	У.К. Камилова
	Ш.Б. Иргашев
	У.К. Каюмов
	Н.М. Мамасолиев
	Ш.М. Рахимов
	Н.У. Шараров
	Г.М. Тулебаева

Редакционный совет:

Д.А. Алимов (Ташкент. Узбекистан)
А.Н. Беловол (Харьков. Украина)
Л.Р. Бобронникова (Харьков. Украина)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
В.А. Джалалова (Самарканд)
А.К. Джусипов (Алматы. Казахстан)
Н.У. Закиров (Ташкент)
С.Д. Искандерова (Ташкент)
Б.А. Магруппов (Ташкент)
Н.А. Мазур (Москва. Россия)
А.С. Джумагулова (Бишкек. Кыргызстан)
А.А. Раимжанов (Фергана)
З.Я. Рахимов (Душанбе. Таджикистан)
А.М. Сагиров (Ургенч)
С.Ю. Турсунов (Андижан)
Н.М. Юлдашев (Ташкент)
З.З. Юнусов (Ташкент)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0024

ISSN 2010–6947

Подписано в печать 03.11.2021. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Печать офсетная.

Усл. п.л. 20,5. Тираж 300. Заказ № 731.

---

*Выражаем искреннюю признательность всем нашим коллегам в Узбекистане и странах СНГ, принимавшим активное участие в выпуске номера журнала.*

Дизайн и печать ООО «Niso Poligraf». Ташкентская область, Урта Чирчикский район, ССГ «Ок-ота», махалля Машъал, улица Марказий, дом 1.

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ КАРДИОЛОГОВ  
«ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

(12–13 ноября 2021 года, г. Ташкент)

Конкурс молодых ученых

THE FIRST EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE ROOT  
AND ASCENDING THORACIC AORTA

*D.M. ABDULLAEV., KH.B. NAZAROV., A.A. DJUMANIYAZOV., SH.R. KURYAZOV., M.D. DAVLETOV*

*Urganch branch of the Republican specialized scientific and practical medical  
center for cardiology, Urganch, Uzbekistan*

**Goal of research:** to evaluate the first results of surgical treatment of patients with pathology of the root and ascending thoracic aorta.

**Research material:** In the Urganch branch of the RSPMCC from 2018 to 2021, 9 operations were performed on the root and ascending part of the thoracic aorta. There were 6 men, 3 women. The age of the patients ranged from 28 to 64 years ( $47.1 \pm 9.1$ ). Complicated course – stenosis of the carotid arteries – 2 cases, ischemic heart disease – 2 cases, hypertensive disease and arterial hypertension – 5 cases, type II diabetes – 1 case, gastritis (chronic, catarrhal, erosive) – 4 cases, chronic cholecystitis – 3 cases, chronic anemia – 6 cases. All patients underwent a standard examination protocol before the operation. Left ventricular EF  $60.6\% \pm 3.7\%$ . True aneurysms of the ascending aorta were found in 7 patients, chronic dissection – in 2 patients. In 6 patients the aneurysms were of medium size (5–7 cm), in 3 patients – of small size (3–5 cm). The cause of congenital heart disease, bicuspid aortic valve in 3 cases, Marfan syndrome – 1 case, degenerative aortic disease – 5 cases.

**Results:** All operations were performed using a complete sternotomy under the conditions of artificial blood circulation of the heart with cardioplegia. The average time of artificial blood circulation of the heart was  $247.4 \pm 16.4$  min., clamping of the aorta –  $144 \pm 9.3$

min., operation time –  $518 \pm 16.4$  min. In 2 patients during the operation retrograde cerebral perfusion (RCP) was applied which averaged  $53 \pm 2$  min, as well as hypothermia up to  $21 \pm 1$  celsius, in 1 of them with circulatory arrest within 10 min. The patients underwent the following operations Wheat operation – 4 cases, Bentall de Bono procedure – 3 cases, Robicsek's procedure with coronary artery bypass grafting (CABG) – 1 case, ascending aorta prosthesis – 1 case. All patients needed cardiotoxic support of two cardiotoxics (adrenaline, dopamine) in medium doses. Time after surgery artificial ventilation of the lung  $10.1 \pm 3.0$  hours. Duration after surgery in the intensive care unit (ICU) 2–3 days. A complication of the immediate postoperative period occurred in 1 patient after Wheat operation on the 2nd day – transient stroke. No hospital mortality. All patients were discharged on the  $15^{\text{th}} \pm 2.0$  day under the supervision of a cardiologist. In one case the patient was transferred to the neurological department for treatment and rehabilitation.

**Conclusions:** Patients with pathology of the root and the ascending part of the thoracic aorta belong to the severe category which requires a more careful approach in preoperative preparation and the choice of surgical treatment tactics. Surgical correction takes longer for aortic occlusion and artificial circulation and sometimes requires the use of retrograde cerebral perfusion low hypothermia and circulatory arrest.





## РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТАКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Д.А. АЛИМОВ, Ш.Н. САЛАХИТДИНОВ, Х.Ф. МИРЗАКАРИМОВ, С.Б. ТУРСУНОВ,  
Б.Ш. АЛИМХАНОВ, Л.Б. ГИЁСЗОДА, Ш.А. АКИЛОВА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи г.Ташкент Узбекистан

Цель исследования: Оценить клинико-ангиографическую эффективность ЧКВ у больных нестабильными формами ИБС, после перенесенного КШ на фоне тяжелого многососудистого стенозирующего коронарного атеросклероза.

**Материал и методы:** Обследовано 52 больных поступивших с клиникой ОКС после хирургической реваскуляризации в анамнезе. Средний возраст составил  $51,2 \pm 6,4$  лет. Из числа поступивших больных ОКС с подъемом ST 15(28,8%), ОКС без подъема ST 10(19,2%), ОИМ с зубцом Q 6(11,5%), нестабильная стенокардия и безболевая ишемия регистрировались у 16 (30,7%) и 2 (3,8%) случаев соответственно. У 5 (9,6%) пациентов диагностировалась постинфарктная аневризма ЛЖ. У 45 (86,5%) больных выявлен ПИКС по ЭКГ и в анамнезе. Сахарный диабет (СД) II типа выявлен у 17 (32,7%) пациентов, ожирение – у 30 (57,7%), сопутствующая АГ – у 50 (96,1%) обследованных. 38 (73,1%) пациентов имели вредные привычки (курение) (табл. 1.)

(Resolute Integrity), и 25 стента с лекарственным покрытием (Ultimaster), при этом стентирование аортокоронарных шунтов было выполнено 22(42,3%) случаев. Реваскуляризация со стентированием нативных коронарных артерий осуществлена в 30(57,7%) случаев.

**Результаты:** В целях оценки результатов анализа мы разделили больных в две группы. В первую группу включены больные с ЧКВ аортокоронарных шунтов. Во вторую группу больные с ЧКВ нативных сосудов. В первой группе состояло 22 (42,3%) больных. У 10 больных функционирует МА к ПМЖА, АКШ к ОА и ДВ. АКШ к ПКА окклюзирована. Выполнена реканализация АКШ к ПКА.

У 8 больных функционирует МА к ПМЖА, АКШ к ПКА и ДВ. АКШ к ОА окклюзирована. Выполнена реканализация и стентирование АКШ к ОА. У 4 больных функционирует АКШ к ПКА, АКШ к ОА. МА к ПМЖА окклюзирована. Выполнена реканализация и стентирование МА к ПМЖА.

Во второй группе состояло 30 (57,7%) больных. У 6 больных функционирует МА к ПМЖА, АКШ к ОА и ДВ. АКШ к ЗБВ функционирует. Нативная ПКА с протяженным стенозом в проксимальном сегменте и окклюзией от среднего сегмента, в связи чем выполнена реканализация и стентирование ПКА с переходом в ЗМЖА. У 12 больных функционирует АКШ к ПКА и АКШ к ОА. МА к ПМЖА окклюзирована. Выполнена реканализация и стентирование ПМЖА. Выполнена реканализация и стентирование АКШ к ОА. У 7 больных функционирует АКШ к ПКА и МА к ПМЖА. АКШ к ОА окклюзирована. Выполнена реканализация и стентирование ствол ЛКА с переходом в ОА. У 5 больных отмечалась окклюзия МА к ПМЖА и окклюзия АКШ к ОА. Передняя и боковая стенка миокарда кровонабжалась за счет коллатерали из ПКА. Выполнена реканализация и стентирование МА и реканализация со стентированием нативного ОА.

У всех больных отмечен положительный клинический и ангиографический успех (рис 1–2). Уменьшились или полностью исчезли признаки ишемии миокарда таких как загрудинные боли, чувство нехватки воздуха и одышка. По данным ЭКГ у 20 больных с субэндокардиальной ишемией сегмент ST на вторые сутки вернулся на изолинию. А также у 15 больных ОКС подъемом сегмента ST на третьи сутки вернулся на изолинию и появились глубокий отрицательный зубец T.

По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $48,5 \pm 3,2\%$  до  $53,1 \pm 5,5\%$ . При этом у 30 (57,7%) пациентов отмечена значительная положительная

Таблица 1

### Клинико-демографическая характеристика пациентов

Характеристики	Количество	%
Возраст	$51,2 \pm 6,4$	
Пол	Мужчины	46 88,5
	Женщины	6 11,5
ОКС с подъемом ST.	15	28,8
ОКС без подъема ST.	10	19,2
ОИМ с зубцом Q	31	59,6
Нестабильная стенокардия	16	30,8
Безболевая ишемия миокарда	2	3,8
Аневризма ЛЖ	5	9,6
Сахарный диабет	17	32,7
Артериальная гипертония	50	96,1
Ожирение	30	57,7
ПИКС	45	86,5
Вредные привычки (курение)	38	73,1

По данным селективной КГ, у (75,2%) больных диагностированы гемодинамические значимые стенозы ( $\geq 77\%$ ) трех и более КА, окклюзии КА – у 18 (34%). Перед ЧКВ всем пациентам назначено двойная антиагрегантная терапия клопидогрелем и ацетилсалициловой кислотой.

Коронарная ангиография и шунтография выполнена трансфеморальным доступом. Всего было установлено 75 стента из них 50(66,7%) составили стенты с лекарственным покрытием

динамика объемно-функциональных показателей ЛЖ. У этих больных общая ФВ ЛЖ после коронарного стентирования возросла в среднем с  $46,3 \pm 3,4\%$  до  $53,3 \pm 4,2\%$ . У 10 (19,2%) пациентов наблюдалась умеренная положительная динамика, в среднем ОФВ ЛЖ возросла с  $48,5 \pm 3,2\%$  до  $49,8 \pm 3,9\%$ . У 2 (3,85%) пациентов динамики изменения ФВ не отмечалось. У 6 (11,5%) больных зоны гипокинезии уменьшились, а у 20 (38,5%) – сократимость полностью восстановилась. В 3 (5,77%) случаях появилась кинетика ранее выявленных зон акинезии, в 6 (11,5%) – зоны акинезии уменьшились.

Также отмечено статистическое недостоверное уменьшение КДО ЛЖ с  $192,6 \pm 10,5$  до  $178,2 \pm 13,5$  мл. У 5 (9,61%) пациентов в ближайшие сутки после

вмешательства динамика КДО не наблюдалась, но у них отмечено, увеличено ОФВ ЛЖ.

Несмотря на адекватное восстановление коронарного кровотока у 4 (7,7%) больных сохранились исходный уровень гипокинезии сегментов ЛЖ, а у 4 (7,7%) – сохранилась акинезия. У 2 (3,85%) больных ранее выявленная аневризма осталась без изменений. Однако, следует отметить, что у этих отмечалась стойкая стабилизация клинического состояния с отсутствием ангиальных приступов даже при значительных нагрузках

Следует отметить, что имеющиеся сопутствующие поражения нативных КА и/или АВШ, подвергались ЧКВ спустя 20–21 дней как второй этап реваскуляризации.

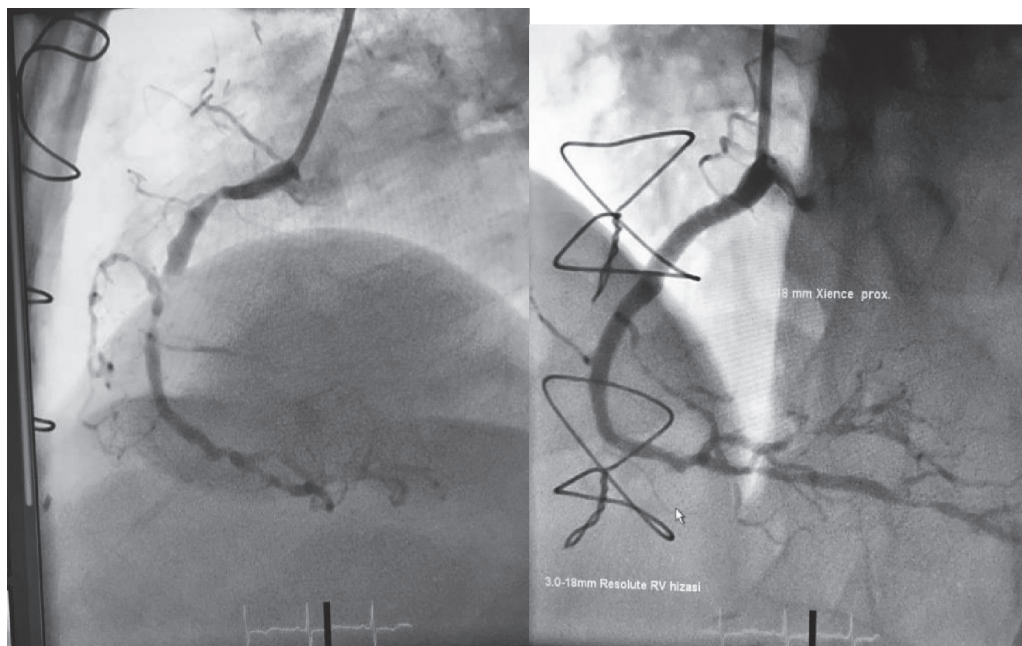


Рис.1. Стентирование нативного сосуда (Правая коронарная артерия).

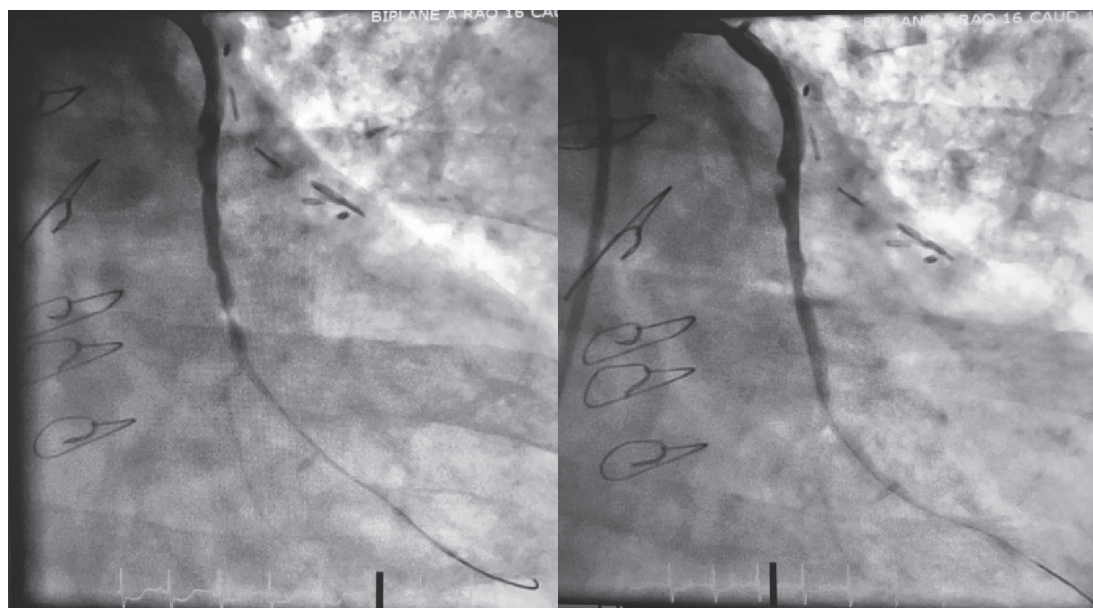


Рис.2. Стентирование аортакоронарного шунта (венозный шунт к огибающей артерии).







Непосредственный успех вмешательства составил в 100% случаев. Клинически у всех больных отмечен положительный результат в виде исчезновения приступов стенокардии, повышения толерантности к физической нагрузке.

**Заключение.** Пациенты с острым инфарктом миокарда и тромбозом незащищенной левой коронарной артерии относятся к подгруппе высокого риска со значительной смертностью, особенно если у них имеется кардиогенный

шок. Мы демонстрируем, что для этих пациентов ЧКВ – возможный вариант лечения, связанный с достаточно хорошими результатами. Рентгеноэндовакулярные вмешательства при ОКС, обусловленном поражением ствола левой коронарной артерии, являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии эти вмешательства являются методом выбора.

## ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЖ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

**БАХРИТДИНОВ Ф.Ш., БАХРИТДИНОВА К.Ф., БЕКМЕТОВА Ф.М., ДОНИЁРОВ Ш.Н.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии им. акад. В.Вахидова», ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» РУз**

**Актуальность:** Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность и риск осложнений. Хронический гломерулонефрит – это иммуно-воспалительное заболевания почек с поражением клубочков, канальцев и межклеточной ткани, в дальнейшем достаточно быстро включаются неиммунные факторы прогрессирования, которые приводят к системному поражению органов, в том числе и сердечно-сосудистой системы.

Клинический случай: больной С. 1988 г.р. поступил в больницу «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии им. акад. В. Вахидова» с жалобами на повышение артериального давления до 200/110 мм.рт.ст., головную боль, головокружение, отечность на нижней конечности, тошноту, рвоту, зуд на коже, недомогание и общую нарастающую слабость. Из анамнеза: считает себя больным с августа 2015 года, когда отмечал сильные боли в области почек. Б-й неоднократно получал консервативное лечение по месту жительства. В 2017 г. было диагностировано повышение мочевины и креатинина. В 2019 г. больной был переведен на программный гемодиализ. В апреле 2019 г. была сформирована АВ фистула на п/3 предплечье слева. В апреле 2019 г. больной обратился в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии им. В. Вахидова» по вопросам о родственной трансплантации почек. На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного, локального осмотра и проведенных обследований, выставлен клинический диагноз: Основной: хронический гломерулонефрит, смешанная форма. Осложнение: ХБП терминальная стадия (V стадия). Симптоматическая гипертензия. Ренальная анемия. Сопутствующий: состояние на программном гемодиализе от апреля 2019 г. Функционарующая АВ-фистула слева от апреля 2019 г.

ЭхоКГ и спекл-ЭХОКГ от 10.11.2019, КДР–5,0 см, КСР–3,3см, МЖП–1,21см, ЗСЛЖ–1,19 см, ОТС – 0,48; индекс ММЛЖ (Cube)–133г/м<sup>2</sup>, КДО–118мл, КСО–50мл, ФВ (biplane Simpson) –58%; УО–74 мл; фракция укорочения (FS)–34% ; скорость пика

E – 0,70м/с, скорость пика А –0,82 м/с; E/A – 0,9; DT–206 ms, IVRT–90ms, E/e' – 7,6, септальная скорость e' –12 см /с., латеральная e' – 10 см/с., индексированный объем ЛП 35 мл/м<sup>2</sup> ;TP 1,2 м/с; СДЛА – 31мм.рт.ст.; глобальная продольная деформация GLS равна –16,4%. **Заключение:** Фракция выброса левого желудочка в пределах нормы. Глобальная продольная деформация незначительно снижена, преимущественно за счёт базальных и средних сегментов передней, передне-перегородочной и латеральной стенок ЛЖ. Концентрическая гипертрофия левого желудочка. Незначительное увеличение индекса объема левого предсердия. Отсутствие диастолической дисфункции левого желудочка. 22.11.2019 года выполнена операция гетеротопической трансплантация почки справа от живого родственного донора. ЭхоКГ и спекл-ЭХОКГ в динамике через 6 месяцев после трансплантации от 09.05.20 г была проведена в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»: КДР–4,96см, КСР–3,26см, МЖП–1,15 см, ЗСЛЖ–1,10 см, ОТС – 0,44, индекс ММЛЖ (Cube)–120г/м<sup>2</sup>, КДО–110мл, КСО–44мл, ФВ –60%. УО–73,2 мл, фракция укорочения (FS)–32,6% ; скорость пика E –0,73м/ с.; скорость пика А –0,85 м/с.; E/A – 0,94; DT–201 ms; IVRT–92ms; E/e' – 7,0; септальная скорость e' –13 см/с.; латеральная e' – 11,5 см/с.; индексированный объем – ЛП 34 мл/м<sup>2</sup>; TP 0,9 м/с.; глобальная продольная деформация GLS равна – 18,4%.

**Обсуждение:** данный клинический случай является примером взаимосвязи между показателями фильтрационных, реабсорбционных свойств почек и морфофункциональных и деформационных свойств ЛЖ у больных хроническим гломерулонефритом, осложненным



хронической болезнью почек. Представленный клинический случай наглядно демонстрирует достаточно быструю положительную динамику

морфофункциональных и деформационных свойств ЛЖ у больных хроническим гломерулонефритом после трансплантации.

## ST СЕГМЕНТ ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ПРЕГОСПИТАЛ ТРОМБОЛИЗИСНИ ЧАП ҚОРИНЧА СИСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ

С.Р. КЕНЖАЕВ

*Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро, Ўзбекистан*

Прегоспитал тромболизисни қўллаш орқали даволаш вақтини сезиларли даражада қисқартирилиши ва даволаш натижаларини яхшилаш мумкин. Прегоспитал тромболизис куплаб рандомизацияланган мета-таҳлилларда лизис бошланиш вақтининг бир соат қисқариши ва барча сабабларга кўра ўлим даражаси 17% камайганлиги кўрсатган (European Myocardial Infarction Project Group, MITI, GREAT ва бошқалар). Догоспитал тромболизис чап қоринчанинг систолик фаолиятига таъсирини ўрганиш долзарб масалалардан хисобланади.

Текширув мақсади: ST элевацияли ўткир миокард инфарктида прегоспитал тромболизисни чап қоринча систолик дисфункциясига таъсирини ўрганиш.

Материал ва методлар: Текширувга STэМИ билан оғриган 70 та бемор киритилди (ўртача ёши  $44,2 \pm 1,3$  йил). Беморлар касалликнинг клиникаси намоён бўлгандан даслабки 6 соат ичида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали тез ёрдам кардиобригадаси ёрдамида фармакологик реперфузия ўтказилган. Тромболизиснинг ўтказилишига караб беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-чи гуруҳ – шифохонадаги ТЛТ ( $n=35$ ), 2-чи гуруҳ шифохонагача ТЛТ ( $n=35$ ). 70 та беморларнинг барчасига ЭхоКГ (1-кун миокард ревазуляризациясидан сўнг ва 3 ойдан сўнг) амалга оширилди. Олинган натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар: STэМИ билан оғриган беморларда реперфузиядан сўнг чап қоринча (ЧҚ) бўшлиғини кенгайтириш, ҳайдаш фракцияси пасайиши аниқланди. Касалликнинг 1 суткасида прегоспитал тромболизис ўтказилган беморлар гуруҳида чап қоринчанинг хайдаш фракцияси 2 – гуруҳдаги беморларда 1 – гуруҳга қараганда статистик ишонарли юқорилиги аниқланди, мос равишда ушбу кўрсаткич  $44,2 \pm 0,9\%$  ва  $47,2 \pm 1,0\%$  ни ташкил қилди ( $p < 0,05$ ). Чап қоринчанинг сегментар қисқарувчанлигини ўрганилганда 1 – гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан

акинетик ва дискинетик сегментлар кўпроқ аниқланиши кузатилди. Регионар қисқарувчанлик бузилиши индекси (РҚБИ) сезиларли даражада госпитал тромболизис ўтказилган беморларда юқорилиги аниқланди ва 1-чи, 2 – гуруҳларда мос равишда ўртача  $1,99 \pm 0,037$  ва  $1,67 \pm 0,03$  ни ташкил этди ( $p < 0,05$ ). Шифохонагача тромболизис ўтказилган беморлар гуруҳида, муваффақиятли ревазуляризациядан сўнг эхокардиография бўйича глобал ва минтақавий ЧҚ систолик функциясининг юқори кўрсаткичлари кузатилди. Маҳалий ЧҚ қисқарувчанлиги бузилиши нафақат миокард инфаркти соҳасида, балки унинг ташқарисида ҳам содир булди. 2 гуруҳ беморлари 1 – гуруҳдаги беморларга қараганда кўпроқ нормокинетик сегментларга эга.

3 ойдан сўнг чап қоринчанинг глобал ва минтақавий систолик кўрсаткичларини прегоспитал тромболизис гуруҳида яққолроқ яхшиланганлиги кузатилди. 3 ойдан сўнг ЧҚ ХФ 1-ва 2-гуруҳларда мос равишда  $46,3 \pm 1,1\%$  ва  $49,2 \pm 1,0\%$  ни ташкил этди. РҚБИ сезиларли даражада 1-чи ва 2 – гуруҳларда камайганлиги аниқланди, лекин статистик ишонарли динамика прегоспитал тромболизис гуруҳида кузатилди ( $1,5 \pm 0,026$  ва  $1,23 \pm 0,03$  ни ташкил этди ( $p < 0,05$ )).

**Хулоса:** Эрта прегоспитал тромболизис миокард шикастланишининг оғирлигини пасайтиради ва шу билан чап қоринча миокардининг оғир систолик дисфункцияси ривожланишига йўл қўймайди. Прегоспитал ТЛТни STэМИ билан оғриган беморларда қўллаш миокарднинг қайтарилмас ўзгаришлар (миокард некрози) ривожланишини олдини олади ва қайталанадиган миокард дисфункциясининг зоналарини кўпайтиради, бунда қисқарувчанлик функцияси маълум вақтдан кейин потенциал равишда тикланади. Шундай қилиб, STэМИ беморларда шифохонагача ТЛТ қўллаш ижобий таъсир кўрсатади, чап қоринча систолик дисфункциясини олдини олади.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

<sup>1</sup>ИЛЁСОВА С.И., <sup>1</sup>ТРИГУЛОВА Р.Х., <sup>2</sup>ИСМАИЛОВ С.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, МЗ РУз Ташкент, Узбекистан*

В Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2, была впервые зарегистрирована в декабре 2019 года в Ухане, Китай, и была объявлена пандемией Всемирной Организацией Здравоохранения 11 марта 2020 года. Наиболее уязвимыми в данных условиях оказались пациенты с сахарным диабетом (СД) вследствие особенностей состояния их иммунного статуса и иммунного ответа на вирусную атаку, вследствие чрезмерно высокой активности вируса в условиях гипергликемии, вследствие коморбидности и ожирения, которые часто сопутствуют течению СД.

**Цель исследования.** Изучить течение сахарного диабета у больных с ИБС после Covid-

19 поступивших в ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз в период дестабилизации состояния.

**Материалы и методы исследования.** В этом ретроспективном исследовании было проанализировано 633 истории болезни за период: май 2020 г. по январь 2021 находившихся на стационарном лечении во 2, 4, 12 отделениях Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Было выявлено 77 пациентов переболевших Covid-19. Проанализированы: клинико-демографические данные, показатели гемодинамики по данным ЭхоКГ, параметры углеводного и липидного обмена, креатинин, рСКФ, гормоны щитовидной железы, калий, натрий. Из сахарснижающих препаратов (ССП) больные принимали: инсулин, метформин, иДПП, метформин/иДПП, препараты сульфонилмочевины.

**Результаты:** Из 77 пациентов перенесших COVID-19 женщины составили – n=52 (67,5%),

мужчины – n=25 (32,5%). Возраст у больных колебался от 21 до 81 года. Выявлено больных с СД 2 de novo у 10 (13%), тогда встречаемость СД 2 со стажем >5 лет – 34 (44,1%). С диагнозом «Прогрессирующая стенокардия (ПС) госпитализировано 54 (70,1%). АД при поступлении >160/90 мм рт. Ст наблюдалось у 11 больных (14,2%). Гликемия натощак выше 9,0 ммоль/л отмечена у 12 (15,5%). В зависимости от принимаемого ССН пациенты были распределены на 3 группы: I – монотерапия с инсулином 6 (13,63%); II – ССП (либо метформин, либо и-ДПП, либо препараты сульфонилмочевины) – 30 (68,19%); III – смешанная терапия (инсулинотерапия, метформин/ситаглиптин/сульфонилмочевина) – 8 (18,18%). Число больных со умеренно сниженной ФВ (41–49%) составили: в I – n=2 (0,33%); II – n=5 (16,7%); III – n=3 (37,5%) соответственно. У остальных ФВ была выше 50%. Межгрупповой анализ рСКФ показал следующие соотношение между больными: I, II, III:  $58,2 \pm 1,46$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>,  $80,1 \pm 2,45$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>,  $59 \pm 1,94$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> соответственно.

**Выводы.** 1. Число больных с перенесенным Covid-19 составило 12,1% среди госпитализированных в три кардиологических отделения Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии за 8 месяцев, из которых со стажем СД > 5 лет составило 44,1%; СД 2 de novo 13% – (57,1%).

2. Частота встречаемости умеренно сниженной ФВ (41–49%) среди больных с перенесенном Covid-19 составило 12,9%. У остальных пациентов ФВ была больше 50%.

3. У всех больных (100%) зарегистрировано ХБП 3А (рСКФ –  $66,4 \pm 3,75$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

## СТЕНОЗ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**МАРУКЯН Н.В.**

*НМИЦ им ВА Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность:** Стеноз легочных вен является осложнением процедуры радиочастотной изоляции легочных вен, приводящим к появлению у пациентов посткапиллярной легочной гипертензии и клиники правожелудочковой сердечной недостаточности. Основным методом лечения является транскатетерное вмешательство в виде

ангиопластики легочных вен с имплантацией стента. В настоящей статье продемонстрирован редкий клинический случай пациента с формированием стеноза четырех из пяти существующих легочных вен после проведения радиочастотной изоляции легочных. Интерес представляют приведенные данные многосрезовой компьютерной томографии с

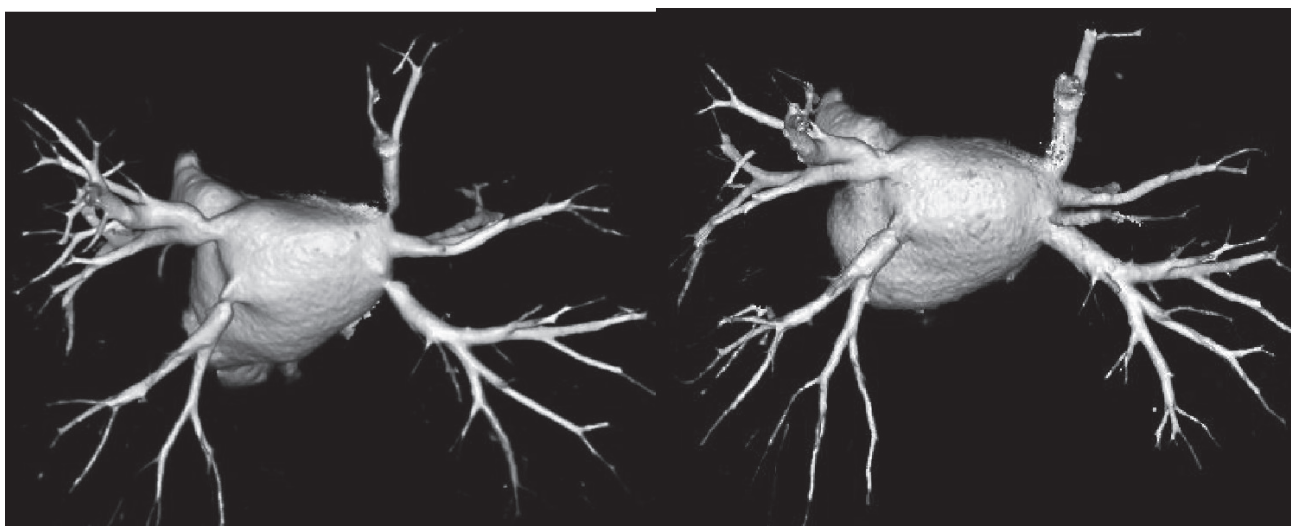
использованием режима DualEnergy, выполненного для оценки гемодинамической значимости стенозов с целью определения этапности эндоваскулярного лечения.

**Материалы и методы исследования:** Пациент 58 лет после РЧА устьев легочных вен в 2019 г. Через месяц после выполнения процедуры у пациента появилась одышка с постепенным прогрессированием вплоть до одышки при разговоре к 2020, когда в первые была выполнена МСКТ органов грудной клетки с контрастным усилением и выявлены стенозы устьев лёгочных вен. При манометрии камер сердца давление в легочной артерии 51/20/30 мм.рт.ст., давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) 29 мм.рт.ст

**Результаты:** Выполнена пункция межпредсердной перегородки, установлен транссептальный интродьюсер Preface 8 Fr с

управляемым кончиком. Выполнено этапное стентирование всех стенозированных и окклюзированных легочных вен. После операции отмечался выраженный регресс интерстициальных изменений и значительное улучшение перфузии обоих лёгких, а также гемодинамические параметры малого круга кровообращения нормализовались.

**Выводы:** Особенностью нашего клинического случая является многосудистость поражения легочных вен, определяющая тяжесть клинических проявлений у больного, а также решение разделить хирургическое лечение на два этапа. Для оценки значимости поражения помимо степени стеноза легочной вены по данным ангиографии нами предложено использовать оценку перфузионного дефицита соответствующего участка легкого с помощью построения «йодных карт» при выполнении МСКТ в режиме DualEnergy.



## STUDY OF THE LEVEL OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION IN SHYMKENT USING THE HADS SCALE

OSPANBEK A. K., KAUIZBAY ZH.A, SEIDAKHMETOVA A. A.

*South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan*

**Objective:** Determination of the level of psychoemotional disorders in patients with myocardial infarction using the HADS scale.

**Materials and methods.** At the Shymkent heart center of JSC, 64 patients with a myocardial infarction ( age  $54.6 \pm 10.5$  years) aged 46–65 years who were affected by a myocardial infarction for 3 weeks (age  $54.6 \pm 10.5$  years) were selected, methods of interview and general clinical research were conducted and patients were selected according to the specified criteria. Before the start of the study, the course of the study was explained in a language accessible to all patients, the nature of the procedures carried out, and after familiarizing the patients with the course of the

study, they signed an informed agreement. Physical rehabilitation of patients was carried out according to the methodology of individual physical exercises, which form a complex of basic exercises with a mode of movement of the VII stage, special for the stages of each disease degree for patients who have experienced a myocardial infarction (Aronov D.M., Bubnova M.H., Pogosova G.V). Patients completed a questionnaire for depression and anxiety HADS to determine their mental status 2–4 days after hospitalization.

When interpreting the data of the HADS survey, taking into account the indicators of all scales, the results of the study are divided into 3 indicators: 0–7 points – the norm; 8–10 points – subclinically expressed anxiety/



depression; 11 points or higher – clinically pronounced anxiety / depression. The hospital Anxiety and Depression scale HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A. S., Snaith R. P.) is designed for the primary detection of depression and anxiety in general medical practice. Four possible answers correspond to each statement of the HADS scale. The HADS scale for determining the level of anxiety and depression does not cause difficulties for the patient and does not require a long time to fill in and interpret the results. Also, patients with pronounced anxiety and depressive disorders that require the supervision of a psychiatrist were not included in the study.

**Results.** Results of the HADS survey of depression and anxiety, which determines the mental status of patients (M±S) «depression scale» (absolute number of patients by%): normal indicator (0–7 points) was found in 27 (42.18%) patients; clinically pronounced depression (HADS > 8) was found in 26 (40.62%) patients, high degree depression (HADS > 11) was found in 11 (17.18%) patients.

The «anxiety» scale was based (on the absolute number of patients by%): normal (0–7 points) was found in 26 (40.62%) patients, clinically pronounced anxiety (HADS > 8) was found in 28 (43.75%) patients, and high

degree anxiety (HADS > 11) was found in 12 (18.75%) patients.

In the course of the interview, it was found that the most disturbing feelings of anxiety in patients with psychoemotional disorders are: angina attacks, decreased physical activity, the result of the disease, concern for the well-being of the family, work, self – Health, general weakness, a feeling of constant fatigue, irritability, sleep disorders, the development of repeated myocardial infarction and fear of sudden death.

**Conclusions.** As a result of psychological testing on the HADS scale, symptoms of clinically pronounced depression were detected in 40.62% of all patients due to the disease, and high – grade depression was detected in 17.18%. And on the anxiety scale, normal indicator symptoms were found in 26 (40.62%) patients. The level of stress and anxiety that determines the pathological response of patients to the disease can provide sufficient data on the state of health of patients during rehabilitation. In turn, it was found that the depressive state of the patient negatively affects the clinical course of the disease, the overall quality of life of patients, their predisposition to treatment and compliance with medical recommendations. All this creates the need for timely detection and timely treatment of psychoemotional disorders in patients.

## КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ СЕРОСОДЕРЖАЩЕЙ АМИНОКИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПАНАСЮК О.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

**Актуальность:** Непротеиногенная цитотоксичная серосодержащая аминокислота – гомоцистеин (Hcy), отыгрывает роль в формировании атеросклеротических изменений в стенке артерий и ведёт к прогрессирующему течению заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК). При концентрации Hcy в крови свыше 12 мкмоль/л диагностируется гипергомоцистеинемия (HHcy), приводящая к активации патобиохимических процессов, влияющих на эндотелиальные и гладкомышечные клетки сосудов, липиды крови, тромбоциты и факторы свёртывания. Всё вышеперечисленное ухудшает результаты рентгенэндоваскулярного (РЭВ) лечения пациентов с ЗАНК. Снизить уровень Hcy можно посредством увеличения его реметилирования. Данная реакция протекает с участием фермента бетаин-гомоцистеин-S-метилтрансферазы. Активность последнего зависит от уровня холина.

**Цель работы:** Изучить влияние реваскуляризации на уровень Hcy, HHcy на результаты РЭВ вмешательств и оценить возможность коррекции данного патологического состояния у пациентов с ЗАНК.

**Материалы и методы:** В исследовании было включен 41 пациент, 36 (87,8%) мужчин и 5 (12,2%) женщин. Средний возраст пациентов составил 63,4±9,2 лет. Уровень Hcy определяли на хроматографическом методом из плазмы крови исследуемых, взятой натощак до, на 3–7 сутки после операции (Hcy<sub>1</sub>) и на 14 сутки после приёма, или отсутствия приёма, холина альфосцерата (Hcy<sub>2</sub>). Концентрацию Hcy выражали в мкмоль/л. В качестве донора холина был выбран холина альфосцерат. Данный препарат назначался в дозировке 600мг, кратностью два раза в сутки, в течение 10 суток.

**Результаты:** Все РЭВ операции были пациентам с хронической артериальной недостаточностью (ХАН), поражением бедренно-подколенно-берцового сегмента. 29 (70,7%) вмешательств выполнено пациентам с ХАН 2Б стадии по классификации Фонтейна-Покровского, 7 (17,1%) – ХАН III, 5 (12,2%) – ХАН IV. Исследуемым выполнили 12 (29,3%) изолированных ангиопластик и 29 (70,7%) ангиопластик со стентированием. Уровень Hcy до операции составил 14,8±6,7 мкмоль/л, после Hcy<sub>1</sub> – 14,2±6,2 мкмоль/л (p=0,66). Несмотря на то, что после РЭВ вмешательств у пациентов наблюдалась



положительная динамика со стороны оперированной нижней конечности, проявлявшаяся в повышении температуры кожных покровов конечности, исчезновении болей в покое и определении пульса ниже зоны реваскуляризации, достоверно значимого снижения  $\text{HHCu}$  не было. В послеоперационном периоде пациенты были разбиты на две группы. Группу 1 ( $n=22$ ) составили пациенты, получавшие холин, группу 2 ( $n=19$ ) – без данного вещества. После анализа полученных результатов мы получили следующее: в группе 1 наблюдалось значимое снижение исследуемой серосодержащей аминокислоты ( $\text{Hcu}_1$   $12,3 \pm 5$  мкмоль/л против  $\text{Hcu}_2$   $8,8 \pm 4,7$  мкмоль/л,  $p=0,02$ ). В группе 2 снижения не

было:  $\text{Hcu}_1$   $16,3 \pm 6,9$  мкмоль/л против  $\text{Hcu}_2$   $16,4 \pm 7,1$  мкмоль/л ( $p=0,96$ ). При наблюдении за пациентами в течение 1–3 лет было выявлено 11 случаев осложнений: окклюзия стента, или реокклюзия артерии. Из них только 2 случая было в группе 1 и 9 – в группе 2.

**Заключение:** Выполненное РЭВ вмешательство не влияет на уровень  $\text{HHCu}$ , которая увеличивает количество послеоперационных осложнений. Введение в организм пациента холина увеличивает утилизацию  $\text{Hcu}$  по средством его реметилирования, что ведёт к снижению уровня  $\text{HHCu}$  и повышению эффективности РЭВ реваскуляризаций у пациентов с ЗАНК.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОЛИМУС-ПОКРЫТОГО БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИБС В УЗБЕКИСТАНЕ

*ЮЛДОШЕВ Н.П., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., САНАКУЛОВ Ж.М., НОРКУЛОВ М.С.*

*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии МЗ РУз, Карши, Узбекистан*

**Цель:** проанализировать непосредственные результаты безопасности и эффективности серолимус-покрытого биоабсорбируемого сосудистого каркаса Magmaris у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы:** в исследование включены пациенты с ишемической болезнью сердца, перенесшие коронарное стентирование с имплантацией одного или более биodeградируемого каркаса Magmaris с сентября 2020 г. по январь 2021 г. в Каршинском филиале Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. В госпитальном периоде оценивались непосредственные результаты по идентификации случаев тромбоза устройства, несостоятельности целевой артерии (кардиальная смерть, инфаркт миокарда в бассейне целевой артерии, реваскуляризация целевой артерии по клиническим показаниям), серьезные неблагоприятные кардиальные и цереброваскулярные события (кардиальная смерть, инфаркт миокарда, инсульт, повторная реваскуляризация целевой артерии) и отдельные компоненты вышеуказанных критериев.

**Результаты:** за время исследования 20 пациентам с различной формой ИБС (стабильная ИБС – 25,0% ( $n=5$ ), острый коронарный синдром – 75,0% ( $n=15$ )) и различными вариантами поражения

коронарного сосудистого русла (однососудистое поражение коронарных артерий – 60,0% ( $n=12$ ), двухсосудистое – 40,0% ( $n=8$ )) имплантирован 25 серолимус-покрытый биоабсорбируемый сосудистый каркас Magmaris, Успех лечения поражения наблюдался в 100% случаев. Через 6 мес. после индексного чрескожного вмешательства с имплантацией биodeградируемого сосудистого каркаса при опросе пациентов потеря контакта составила 5,0% ( $n=1$ ). За время наблюдения несостоятельность целевой артерии, серьезное неблагоприятное сердечно-сосудистое событие и определенный/вероятный тромбоз каркаса не наблюдались.

**Заключение:** применение серолимус-покрытого биоабсорбируемого сосудистого каркаса Magmaris в клинической практике продемонстрировал высокую частоту успеха лечения поражения и относительно низкую частоту неблагоприятных явлений и отсутствие тромбоза за период наблюдения. Использование данного каркаса в рутинной клинической практике остается предметом сомнений и дискуссии. При этом отдаленные результаты 24-мес. послеоперационного периода наблюдений позволят подтвердить или опровергнуть данное суждение.





## АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИБС С СД 2

ТРИГУЛОВА Р.Х., МУХТАРОВА Ш.Ш., УМУРЗАКОВА М.М., ШЕК А.Б., ТАШКЕНБАЕВА Н.Ф., АЛИМОВА Д.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз Ташкент, Узбекистан  
Ташкентский медицинский педиатрический институт.*

**Цель:** Оценить клинико-гемодинамическую эффективность длительного назначения сакубитрила/валсартана у пациентов с ИБС со сниженной фракцией выброса (СНсФВ) и сопутствующим сахарным диабетом 2 (СД 2).

**Материал и методы:** В длительное наблюдение методом рандомизации были включены 42 пациента с ИБС СНсФВ $\leq$  40% из них с сопутствующим СД 2 типа – (n – 22) (ВОЗ, 1999) и хронической болезнью почек (ХБП) 3а–3б стадии (KDIGO 2013 г). Средний возраст 62,81 $\pm$ 11,29 года. С применением стандартных методик определяли полный липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпрандиальную гликемию (ПГ), HbA1c, вес тела, ЭхоКГ, содержание креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), калия в крови, АД. С помощью ЭхоКГ определяли ФВ ЛЖ, КДР, КСР ЛЖ, КДО, КСО ТМЖП, ТЗСЛЖ в диастолу. Ранее пациенты получали стандартную базовую терапию: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторов, блокаторы РААС, статины, диуретики, сахарснижающие препараты. Через 3–4 суток наблюдения пациенты переводились на прием сакубитрил/валсартан (С/В) путем титрации дозы с 24/26 до 102,8/97,2 мг/сут. Оценку Эхо КГ параметров проводили до назначения С/В и через 8–10 месяцев после оптимальной коррекции дозы. Положительным эффектом считалось увеличение ФВ ЛЖ $\geq$ 5%.

**Результаты:** Анализ клинического состояния больных показал, что из 88% пациентов с III ФК во II ФК перешли 76,1% независимо от присутствия СД 2. **Результаты** оценки средних величин ФВ ЛЖ были одинаковыми и не различались у пациентов с СД и без СД 2 соответственно: в исходном состоянии (t=0,272; P=0,815) и на этапе наблюдения

(t=0,733; P=0,967). На фоне терапии С/В  $\Delta$  ФВ у пациентов без СД 2 составила (6,04 $\pm$ 0,56%; t=4,05; P=0,0001), и с СД 2 ( $\Delta$ ФВ 4,97 $\pm$ 1,47%; t=2,52; P=0,001) соответственно. В зависимости от гемодинамической эффективности и наличия СД 2 пациенты были определены в подгруппы:  $\Delta$  прироста ФВ 0–5%; n=22 и  $\Delta$  прироста ФВ 6%–выше; n=20. Уровень ФВ ЛЖ у больных с СД 2 в группе с  $\Delta$  ФВ $\geq$ 6% в начале наблюдения была в 1,15 раза ниже, чем в группе с  $\Delta$  ФВ 0–5%. На фоне лечения С/В ФВ ЛЖ с  $\Delta$  ФВ 0–5% возросла в 1,38 раза (t=2,52; P=0,08), VS с СД 2 с  $\Delta$  ФВ 0–5% (t=4,12; P=0,0001). Прирост ФВ ЛЖ в группе больных с СД 2 с  $\Delta$  ФВ $\geq$ 6% VS без СД 2 сопровождался недостаточной статистической мощностью (t=1,511; P=0,109). Дальнейший сравнительный анализ динамики ФВ показал, что у пациентов с СД 2 увеличение  $\Delta$  ФВ была в 2,5 раза выше в группе с рСКФ  $\leq$ 45, чем в группе с рСКФ $>$ 46 и составила  $\Delta$  7,46 $\pm$ 2,60% (t=2,20; P=0,01), против группы  $\Delta$  2,9 $\pm$ 1,44% (t=1,608; P=0,145), при почти одинаковом уровне ФВ до лечения (34,1 $\pm$ 1,44% VS 31,33 $\pm$ 1,40%; t=1,382; P=0,158).

**Вывод:** Клинический эффект на фоне приема сакубитрил/валсартана в меньшей степени определяем присутствием СД 2. При исходно одинаковом уровне ФВ наблюдается различная  $\Delta$  его прироста на фоне приема сакубитрил/валсартана со статистически большей достоверностью у больных без СД 2 в группе с  $\Delta$  ФВ  $<$ 5%, в отличии от группы с  $\Delta$  ФВ $\geq$ 6% (t=1,511; P=0,109) и не зависит от наличия СД 2. В то время как эффективность  $\Delta$  прироста ФВ определяется присутствием СД 2 у пациентов с рСКФ  $\leq$ 45мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

## ASSESSMENT OF A HIGH RISK OF ADVERSE EVENTS AFTER PERCUTANEOUS INTERVENTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND POTENTIAL LIFE THREATENING ARRHYTHMIAS

TURSUNOV E.YA., ZAKIROV N.U., KEVORKOV A.G.

*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent Uzbekistan*

The SYNTAX Score is recognized as an independent predictor of long-term major cardiac and cerebrovascular events in the group of patients who underwent percutaneous intervention (PCI). It facilitates the selection of the optimal treatment modality by identifying patients at high risk for adverse events following a possible PCI. Score II demonstrated a greater predictive value in comparison with the original SYNTAX Score

scale and can be recommended for approbation in further research and implementation in everyday clinical practice.

**Aim:** Assessment of a high risk of adverse events after PCI in patients with prior myocardial infarction (MI) and potential life-threatening arrhythmias (PLTA) which registered based on 24 hour Xolter monitoring ECG (XMECG).





**Material and Methods:** The study included 140 patients of both sexes (82.8% men) (mean age 60.1 ± 8.1 years) who had survived prior myocardial infarction (MI). All patients underwent PCI and SYNTAX score calculated at the moment selective coronarography based on online SYNTAX calculator program. PLTA were evaluated based on XMECG, which included III, IVA and B group ventricular extrasystole according to the Lown - Wolf classification.

**Results:** Frequent (>10 /h) incidence of ventricular extrasystole (VE) was observed in 57 (41.6%) patients,

with an average VE of 1.0 ± 3%. Polytopic VE were detected in 65 (47.5%) patients, double VE in 45 (32.5%) patients, and unstable ventricular tachycardia in 13 (9.4%) patients. According to the results of the assessment (Table №1) In the general group of patients, the mean score on the SYNTAX scale was 16, which indicates a low risk of complications. However, with an appropriate division, the group of patients with intermediate (23-32 points) and high (> 33 points) risk of complications was more than 20%.

Table 1

SYNTAX Score in the general group of patients (n = 140)

Parameters	M±SD	Me [Q1; Q3]
SYNTAX Score, point	16,8±8,5	16 [10; 21,5]
Risk category on a scale SYNTAX, n (%)	Low (0–22 p.)	189 (79,1%)
	Intermediate (23–32 p.)	34 (14,2%)
	High (>33 p.)	16 (6,7%)

For predicting long-term results after myocardial revascularization was performed SYNTAX Score II scale (Table № 2). Based on the assessment results, given the predominantly multivessel nature of coronary artery dis-

ease, the risk of 4-year mortality after prospective coronary artery bypass graft was more than 40% lower than the risk after prospective PCI.

Table 2

SYNTAX Score II assessment results in the general group of patients (n = 140)

Parameters	M±SD	Me [Q1; Q3]
SYNTAX Score II PCI, points	30,8±8,9	30,2 [24,7; 37]
Risk of death after PCI within 4 years,%	9,4±9,1	6,9 [4,4; 11,9]
SYNTAX Score II CABG, points	23,8±7,7	23,6 [19; 29,1]
Risk of death after CABG within 4 years,%	5,0±3,7	4,1 [2,8; 6,4]

**Conclusion:** In patients with a history of prior MI, the practice of PCI is important, as is the evaluation of subsequent treatment tactics using the SYNTAX scales performed during the examination. Although the Syntax 1 scale assesses the overall risk after the procedure, the SYNTAX 2 scale is of high prognostic significance for

patients. Patients with MI have a PLTA risk factor that predicts sudden cardiac death (SCD) based on XMECG. For prophylaxis SCD it is also necessary to take into account the risk factor for predicting an independent total mortality, determined on the SYNTAX 2 scale during PCI in the above group of patients.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В СРЕДНЕСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ

ЧЕРНЯК А.Л.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь

**Цель работы:** Целью исследования явилась оценка эффективности гибридной реваскуляризации миокарда (ГРМ) в сравнении с классическим коронарным шунтированием без искусственного

кровообращения (КШПС) у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий.

**Материалы и методы:** Объектом проспективного, одноцентрового, рандомизированного исследования явились 90 пациентов с множественным поражением коронарных артерий, которым

была выполнена реваскуляризация миокарда. Они были разделены на 2 группы: 1-я группа – 55 пациентов, которым было выполнено КШРС стандартным доступом через срединную стернотомию; 2-я группа – 35 пациентов, которым была выполнена ГРМ. ГРМ состояла из двух этапов: маммарокоронарное шунтирование в ПМЖВ через левостороннюю миниторакотомию в 4-ом/5-ом межреберье и ЧКВ с использованием стентов с лекарственным покрытием в бассейнах других коронарных артерий через 48–72 часа после операции.

**Результаты:** Две группы наблюдения достоверно не различались по основным показателям. По тяжести поражения коронарного русла по шкале «SYNTAX Score» ( $23,1 \pm 4,4$  в группе ГРМ и  $24,4 \pm 6,9$  в группе КШРС,  $p > 0,05$ ), пациенты относились к группе среднего-высокого риска развития МАСЕ. На госпитальном этапе в обеих группах летальные исходы отсутствовали. Дозировки интраоперационной вазопрессорной поддержки в группе ГРМ ( $0,05 [0,02; 0,07]$   $0,12 [0,05; 0,1]$  мкг/кг/мин) были значительно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе КШРС ( $0,12 [0,05; 0,1]$  мкг/кг/мин). Время операции ( $174,9 [150; 190]$  мин и  $287,6 [240; 330]$  мин), время проведения искусственной вентиляции легких после операции ( $19,4 [3; 20]$  мин и  $223,8 [170; 270]$  мин), объем интраоперационной кровопотери ( $186 [100; 200]$  мл и  $490,9 [300; 550]$ ) были достоверно ниже в группе ГРМ в сравнении с группой КШРС ( $p < 0,05$ ), равно как и время пребывания в отделении интенсивной терапии ( $1,06 \pm 0,24$  дней и  $1,44 \pm 1,11$

дней соответственно,  $p < 0,05$ ) и время нахождения в кардиохирургическом стационаре ( $7,6 [6; 9]$  и  $12,2 [9; 13]$  дней соответственно,  $p < 0,05$ ).

Через 12 месяцев после оперативного вмешательства выполнялся клинический контроль результатов реваскуляризации с проведением коронарошунтографии. В группе ГРМ не отмечено смертности, как и возврата стенокардии. 1 пациент в группе КШРС умер в результате повторного инфаркта миокарда через 3 месяца после оперативного вмешательства. В группе ГРМ анастомоз ЛВГА-ПМЖВ был несостоятелен в 1 случае; рестенозирование в области ранее установленного стента наблюдалось также в 1 случае. В группе КШРС дисфункция анастомозов была выявлена в 7 случаях (несостоятельность 1 маммарокоронарного анастомоза и 6 анастомозов с использованием большой подкожной вены), что составило 9% от всех выполненных анастомозов.

**Заключение:** Метод ГРМ показал преимущество в сравнении с КШРС на основании годовичного наблюдения у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Это выразилось в меньшем уровне высокочувствительного тропинина I, интраоперационной кровопотери, времени операции и проведения послеоперационной искусственной вентиляции легких, времени пребывания в отделении интенсивной терапии и кардиохирургическом стационаре после операции, а также лучшим результате реваскуляризации через 12 месяцев.

## СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХБП 5Д СТАДИИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

*ШАРАПОВ О.Н., ДАМИНОВ Б.Т.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Сравнительно изучить структуру сердечно-сосудистых заболеваний у больных с ХБП 5 стадии получающих программный гемодиализ сельского и городского населения Республики Узбекистан.

**Материал и методы.** Обследованы 165 пациентов с ХБП 5 стадии, находящихся на программном гемодиализе. Все пациенты в зависимости от постоянного места проживания разделились на две группы: в группу «ГОРОД» включили 104 пациента городского населения, в группу «СЕЛО» были включены 61 пациента из сельской местности. Все пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, росту и массе тела. Всем пациентам проводился программный гемодиализ идентичными аппаратами и по единой схеме: 12 часов в неделю. Состояние сердечно-

сосудистой системы оценивали по стандартным клинично-инструментальным исследованиям согласно международным рекомендациям.

**Результаты.** В группе ГОРОД у 59,6% всех обследованных ( $n=62$ ) было обнаружено ССЗ. Было обнаружено что все больные ( $n=39$ ), которым был диагностирован ИБС, также имели ХСН и/или АГ. 14 (13,5%) обследованных пациентов имели сочетание ИБС+АГ+ХСН. Сочетание ИБС+АГ встречалась у 25 (24%) пациентов. 17 пациента имели «изолированную» артериальную гипертензию, только 3 пациента имели сочетание в виде АГ+ХСН. Также выясняется, что ХСН также больше встречается в сочетанном виде. Только 15% ( $n=3$ ) пациентов с ХСН не имели другие ССЗ.

В группе СЕЛО было обнаружено относительно меньше количество ( $n=24$ , 39%) ССЗ чем у



городского. Все больные (n=24) с ССЗ имели АГ. Соответственно, все 4 пациента имеющих ИБС, также страдали АГ. Также было выявлено коморбидность ССЗ. Один пациент имел сочетанную патологию в виде АГ+ИБС+ХСН. Сочетание АГ+ХСН встречалась у 2 пациентов. 17 пациентов имели только АГ.

**Заключение.** Согласно результатам нашего исследования, пациенты городского населения с ХБП 5Д чаще страдают ССЗ чем пациенты сельского населения. Коморбидная патология ССС занимает ведущее место в структуре ССЗ у пациентов с ХБП 5Д, как городского так и сельского населения. В половом разрезе структура ССЗ существенно не отличалась между группами.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS У ПАЦИЕНТОВ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ЮЛДОШЕВ Н.П., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., САНАКУЛОВ Ж.М., КУЗИЕВ Ф.А.

*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии МЗ РУз, Карши, Узбекистан*

**Цель:** изучить эффективность имплантации серолипус-покрытого биоабсорбируемого сосудистого каркаса Magmaris у пациентов ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом.

**Материалы и методы:** в исследование включено 12 пациентов. Всем пациентам имплантирован каркас Magmaris, характеризующееся толщиной 150 мкм и максимально расширяемой диаметром – +0,6 мм, что обеспечивает меньшее сопротивление при доставке каркаса к месту повреждения и быструю его эндотелизацию. Техника имплантации данного каркаса проводится по «PCP» концепции, признанной для применения скаффолда Absorb. Согласно данной концепции, первым этапом выполняется предварительная дилатация с помощью некомплаентного баллона, соблюдая соотношение 1:1 с референтным диаметром сосуда. Вторым этапом проводится измерение скаффолда согласно рекомендации производителя (скаффолд диаметром 2,5 мм для сосуда с проксимальным/дистальным диаметром  $\geq 2,5$  мм и  $< 2,75$  мм; скаффолд диаметром 3,0 мм для сосуда с проксимальным/дистальным диаметром  $\geq 2,75$  мм и  $< 3,25$  мм; скаффолд диаметром 3,5 мм для сосуда с проксимальным/дистальным RVD  $\geq 3,25$  мм и  $\leq 3,75$  мм; если проксимальный и дистальный диаметр сосуда различались, используется среднее значение). Третьим этапом выполняется пост-дилатация: рекомендуется использовать некомплаентный баллон, соблюдая соотношение  $> 1: 1$

с референтным диаметром сосуда до 0,5 мм с применением давления  $\geq 16$  атмосфер. Оценен технический успех эндоваскулярных вмешательств. **Результаты** применения данного каркаса (частота сердечно-сосудистых осложнений, выживаемость, частота нефатального инфаркта миокарда, рестеноза, тромбоз каркаса) прослежены через 6 месяцев после вмешательства.

**Результаты:** всего имплантировано 16 биоабсорбируемых сосудистых каркасов. Средний диаметр имплантируемых каркасов составил –  $3,01 \pm 0,24$  мм. Технический успех вмешательства составил 100%. Серьезное сердечно-сосудистое осложнение в период госпитализации не отмечалось. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Через 6 месяцев выживаемость пациентов составила 100%. Частота нефатального инфаркта миокарда, рестеноза, потребовавшего повторных вмешательств на целевом поражении, составила 0%. За время наблюдения тромбоз каркаса не наблюдалось.

**Заключение:** биоабсорбируемые сосудистые каркасы Magmaris показали эффективность и безопасность их применения через 6 месяцев после вмешательства у пациентов ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом, что подчеркивает важность исследования отдаленных результатов их применения у пациентов с большой выборкой.



## ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ ST ЭЛЕВАЦИЯСИЗ БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ШИКАСТЛАНИШИНИ ЭРТА АНИКЛАШДА ТЎКИМА ДОПЛЕРОГРАФИЯСИНИНГ ИМКОНИАТЛАРИ

ЮЛДОШЕВ Н.А.<sup>1</sup>, БЕКМЕТОВА Ф.М.<sup>2</sup>, ДОНИЁРОВ Ш.Н.<sup>2</sup>

*Республика ихтисослаштирилган Кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази  
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази. Қарши филиали<sup>1</sup>*

Текширув мақсади: Ўткир коронар синдром ST элевациясиз беморларни эрта даврларда тўғри ташхислаш, миокардда некроз ўчоғининг камайишига, ўз вақтида тўғри даволаш йўлини танлашга, натижада асоратларнинг камайишига сабаб бўлади.

Текширув усуллари ва материаллари: РИКИАТМ Қарши филиали кардиореанимация ва рентген-эндоваскуляр хирургия бўлимида жами 20 та ўткир коронар синдром ST элевациясиз беморлар текширув мақсадида танлаб олинди. Улардан аёллар – 7 (35%) ва эркаклар – 13 (65%) ташкил қилади. Беморларнинг ёши 44–70 орасида бўлиб ва ўртача ёши 53.2 (±7.6). Улардан 5 тасида (25%) инфарктдан кейинги кардиосклероз (ИККС), 4 тасида (20%) гипертония касаллиги (ГК) аниқланди. Юқоридаги барча беморларни трансторакал эхокардиография чап қоринча парастернал қисқа ўқ орқали, митрал клапан соҳасининг 6 сегментида: бўйлама систолик – s', эрта диастолик – e' ва кеч диастолик – a' тўқима тезликлари текширилди. Бу беморларнинг барчасига коронарография (КАГ) текшируви ўтказилди.

Текширув натижалари: 3 та беморда маҳаллий систолик ва диастолик функциянинг пасайиши митрал клапан қисқа ўқ проекцияси бўйича 6 та сегментни барчасида кузатилди ва КАГда 3 томирли зарарланиш аниқланди. 5 та беморда олдинги ва ён сегментда s' камайиши кузатилди ва КАГ текширувида қоринчалараро тўсиқ тушувчи коронар артерияси шикастланиши аниқланди. 4 та беморда пастки ва ён сегментда s' ва e' камайиши кузатилди ва КАГ текширувида айланиб ўтувчи коронар артерияси шикастланиши аниқланди.

Хулоса: миокард релаксацияси фаол ва энергия талаб қиладиган жараён, шунинг учун ишемияга айниқса сезгир. Ишемия кучайиши билан: бу маҳаллий эрта диастолик дисфункция фақат ишемик регионда эмас – e' камайиши, шунинг билан ЧҚ бошланғич компенсатор бўлмачадан тўлишишининг a' ортиши, глобал диастолик дисфункция томон кўчиши E/e' ортиши ва кечки диастолик компенсацияни камайиши ва регионал ва глобал систолик дисфункция камайиши (s'камайиши) кузатилади

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ 12 МЕСЯЧНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

*ГУ «Республиканский специализированной научно-практический медицинский центр кардиологии»,  
г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** Оценить сравнительную антигипертензивную и нейропротективную эффективность комбинированной терапии с включением нитрендипина и амлодипина у пациентов АГ.

**Материал и методы исследования:** В исследование было включено 55 больных мужчин и женщин с I–III степенью артериальной гипертензии (АГ) по классификации (ESC/ESH, 2018). Средний возраст больных составил 59,8±11,9 лет, средняя длительность АГ – 11,19±7,44 лет. Из них женщин-38(69%), мужчин-17(31)%. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) с включением нитрендипина (n=39) и 2 группа - больные на АГТ с включением амлодипина (n=16). Всем больным на этапе до лечения и 12-месяцев

терапии измеряли офисное АД по методу Короткова, с целью изучения суточного профиля АД (СПАД) проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Регистратор BR-102 plus» (SCHILLER, Switzerland)). Когнитивные функции оценивались с помощью применения нейро-психологических тестов: тест Мини-Ког (рисование часов, воспроизведение слов), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА), опросник по самооценке памяти, внимания, мышления, способности справляться со своими делами, способности принимать решение. Результаты представлены как M±SD.

**Результаты:** Анализ показателей офисного АД показал хорошую 12-ти месячную антигипертензивную эффективность в обеих группах, независимо от режима терапии. Однако были выявлены преимущества на фоне



антигипертензивной терапии с включением амлодипина по положительной динамике показателей СПАД. В частности, вариабельность САД и ДАД в ночное время достоверно снижалась только во 2 группе больных: вариабельность САД ночная исходно составила  $17,01 \pm 5,98$  мм рт.ст., в динамике –  $10,2 \pm 3,21$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ); вариабельность ДАД ночная –  $13,41$  мм рт.ст и  $9,04 \pm 1,69$  мм рт.ст. соответственно ( $p < 0,001$ ). При этом во 2 группе больных на фоне АГТ с включением амлодипина значительно снижался индекс нагрузки ДАД в дневное время, исходно составив  $41,04 \pm 31,5$  %, в динамике –  $6,0 \pm 12,0$  % ( $p < 0,001$ ), достигнув нормативных значений. Также во 2 группе больных значительно снижался индекс нагрузки САД в ночное время, составив исходно  $65,22 \pm 31,35$  %, в динамике –  $27,0 \pm 22,7$  % ( $p < 0,001$ ) и индекс нагрузки ДАД в ночное время:  $55,89 \pm 32,8$  % и  $10,75 \pm 15,56$  % соответственно ( $p < 0,001$ ).

Анализ динамики показателей когнитивных расстройств показал преимущества режима терапии, основанной на нитрендипине. Проведенный анализ влияния антигипертензивной терапии с включением нитрендипина на когнитивные функции у пациентов АГ показал повышение общего балла по тесту Мини-Ког. Так, в 1 группе общий балл по тесту Мини-Ког исходно составил  $3,76 \pm 1,19$  балл, в

динамике  $4,34 \pm 0,90$  балл ( $p < 0,02$ ), во второй группе:  $3,94 \pm 1,25$  балл и  $4,77 \pm 0,54$  балл, соответственно ( $p < 0,02$ ). В частности, значительно улучшилось воспроизведение слов: в 1 группе исходно составив  $2,05 \pm 0,92$  балл против  $2,65 \pm 0,71$  балл в динамике ( $p < 0,02$ ) и во 2 группе  $2,33 \pm 0,84$  балл против  $2,88 \pm 0,32$  балл, соответственно ( $p < 0,02$ ). Следует отметить, что в 1 группе терапии с включением нитрендипина прослеживалась тенденция увеличения общего балла по Монреальской шкале MoCa:  $24,02 \pm 2,67$  балл исходно и  $24,8 \pm 2,89$  балл в динамике ( $p = 0,09$ ) в сравнении со 2 группой терапии с включением амлодипина. Следует отметить, что только в 1 группе больных значительно улучшились такие когнитивные функции, как абстракция, отсроченное воспроизведение и память. А также в этой же группе больных прослеживалась тенденция улучшения функции принятия решений.

**Заключение:** Отмечены преимущества улучшения СПАД у больных АГ, принимавших амлодипин в составе комбинированной АГТ. Режим терапии, основанный на нитрендипине в лучшей степени улучшает когнитивные функции, что позволяет дифференцированно подходить к выбору тактики лечения больных АГ с выраженными когнитивными нарушениями.





## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТРЫ ССЗ

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*АБДУХАМИДОВА Д. Х., СУЛАЙМАНОВА Н.Э., КУРБАНОВ Б.В.*

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан принимает направленные мероприятия на улучшение здоровья населения в области НИЗ (неинфекционные заболевания) посредством разработки клинических протоколов и их внедрения через обучение медработников ПМСП. НИЗ, такие как артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД) и их осложнения являются главными причинами заболеваемости и смертности во всем мире. Вместе с тем, они входят в число ведущих причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности.

Цель: Повышение качества профилактики и раннего выявления артериальной гипертонии и сахарного диабета.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в 3 семейной поликлиники г. Самарканда в течении 6 месяцев. В переписи и профилактическом осмотре участвовали семейные врачи и патронажные медсестры. Определялись показатели: вес, рост, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), А/Д и проводились лабораторные исследования (глюкоза и холестерин, общий анализ мочи). Изучалась учетно-отчетная документация.

**Результаты:** Во время исследования выявлено: число квартир и домов 18072, общее население – 71765, из них: взрослое население – 50620, детей – 21145. Профилактический осмотр был прошли –91% (46188 чел.) взрослого населения, 92,5% (19551 чел.) – детей. Исходя, из здоровья и физиологического состояния граждан городское население семейной поликлиники №3 города Самарканда старше 18 лет разделили на

следующие группы: всего взрослого населения старше 18 лет 17327 человек (37,5%), из них: группа с низким уровнем риска 18335–(39,7%), группа со средним уровнем риска 9605–(20,8%), группа с высоким уровнем риска 921–(2%). Дети до 18 лет: базовая группа – 9464 (48,4%), группа с низким уровнем риска 7162–(36,6%), группа со средним уровнем риска 2894 – 14,8%, группа с высоким уровнем риска 131–0,7%. Во время исследования были выявлены лица с избыточным весом и ожирением (24,6%). Население, которое прошло скрининг разделились на следующие четыре группы здоровья: I – здоровые, II – население с факторами риска, III – диспансерные больные, IV – диспансерные больные с осложнениями. Население в зависимости от принадлежности к определенной группе проходит медицинский осмотр в указанные сроки и устанавливается периодическое наблюдение за состоянием их здоровья. Устанавливается постоянное наблюдение за больными, не имеющими возможности самостоятельного посещения медицинских учреждений, оказывается им медицинская помощь с выездом на дом и осуществляется индивидуальный патронаж за ними.

**Выводы.** Различные методы профилактики по раннему выявлению заболевания и началу лечения, проводимые в первичном звене здравоохранения являются самыми эффективными и доступными мерами предотвращения неинфекционных заболеваний и дифференцированный подход по ведению данных групп поможет предотвратить различные осложнения и смертность.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ФОКУС НА СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ

*БАДАЛБАЕВА Н.М., КИТЬЯН С.А., УЗБЕКОВА Н.Р., ВЕПРИЦКАЯ Е.В., РАХИМОВА С.*

*Андижанский государственный медицинский институт  
г. Андижан, Узбекистан*

**Цель исследования.** Определение сосудистого возраста у пациентов из популяционной выборки жителей Андижана с артериальным давлением (АД) выше 130/80 мм рт. ст. и без сердечно – сосудистых осложнений в анамнезе.

**Материалы и методы.** Были отобраны 120 участников женского и мужского пола в возрасте 25–60 лет без сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе, сахарного диабета и хронической болезни почек, с АД выше 130 / 80 мм рт. ст. Были выполнены: антропометрия, взятие крови натощак для определения уровня липидов, глюкозы, креатинина, анализ мочи для определения экскреции альбумина с мочой и измерение АД согласно стандартным методикам. Риск развития фатальных инсульта и инфаркта миокарда в течение последующих 10 лет оценен по шкале SCORE. С помощью программно – аппаратного комплекса «Ангиокод – 301» (профессиональная версия) методом фотоплетизмографии определен сосудистый возраст. Расчетный сосудистый возраст был определен с помощью шкалы ASCORE.

**Результаты.** Средний возраст участников составил  $51,5 \pm 6,0$  года, среди которых было

72 (38,2%) мужчины и 48 (61,8%) женщин. При сопоставимом возрасте у женщин чаще отмечалось абдоминальное ожирение, а у мужчин – гипертриглицеридемия. При сопоставимой распространенности АГ 1 и 2 степени женщины более привержены к лечению, но общий уровень приверженности – 63,5%. У мужчин чаще встречались признаки раннего сосудистого старения, согласно как расчетному методу ASCORE (52%), так и методу фотоплетизмографии (35%) при сопоставимом паспортном возрасте. Инструментальный и расчетный методы определения сосудистого возраста и раннего сосудистого старения имели низкую согласованность ( $k = 0,098$ ).

**Заключение.** Сосудистый возраст является эффективным инструментом для стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений и повышения приверженности пациента к лечению, что особенно актуально для молодых пациентов и пациентов с отягощенной наследственностью. Определение сосудистого возраста с помощью метода ASCORE более чувствительно к выявлению преждевременного старения сосудов.

## ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID–19

*ЕРМЕКБАЕВА А.У., КАМИЛОВА У.К.*

*Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Определить кардиоваскулярный риск у больных, перенесших COVID–19.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни 100 человек, пациентов в возрасте от 40 до 60 лет, лечившихся в РММЦ Республики Каракалпакстан. Средний возраст пациентов составил  $49,84 \pm 12,54$  лет.

**Полученные результаты.** Анализ показал, из пациентов, перенесшие COVID–19 62 составили мужчины. Распределение по тяжести течения показала, что 36 пациента болели COVID–19 средней степени тяжести, 41 больных – тяжелой и 23 – крайне тяжелое течение заболевания. По степени поражения легких больные были разделены: поражение легких 25% и менее (КТ–1) наблюдалось у 27 больных, более 25 до 50% легочного объема (КТ–2) у 43 больных, более 50–75% (КТ–3) у 24 и у 6 пациентов – более

чем 75% (СТ–4). Сатурация  $O_2$  составила в среднем  $93,48 \pm 5,27$ %. Встречаемость сердечно-сосудистых заболеваний характеризовалось: артериальная гипертензия встречалась у 41 больного, ишемическая болезнь сердца у 27 больных и перенесенный инфаркт миокарда – у 13 больных. Корреляционный анализ показал, что тяжесть перенесенного COVID–19 связана с коморбидными заболеваниями и увеличение частоты встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы характеризовалось высокой степенью поражения легких и сниженной сатурацией легких ( $r=0,64$  и  $r= -0,56$ ).

**Вывод.** Таким образом, оценка кардиоваскулярного риска у реконвалесцентов COVID–19 показала, высокую частоту встречаемости заболеваний сердца и взаимосвязь с тяжесть течения заболевания.

## РАННИЕ МАРКЕРЫ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КИМСАНБАЕВ Ж., МУХТАРОВС.А., ШОКИРОВА Д.Б., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра факультетской терапии,  
г. Андижан, Узбекистан

Среди населения растёт число пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) на фоне сопутствующей онкологической патологии (ОП). Увеличивающееся число пациентов с длительной выживаемостью, а также использование новых противоопухолевых препаратов делают проблему кардиотоксичности все более актуальной.

Из предлагаемых способов диагностики кардиотоксичности используются ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), радионуклидная диагностика, магнитно-резонансная томография, определение сердечных биомаркеров: высокочувствительного тропонина I (Тп I), N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Однако значение рутинного измерения биомаркеров у пациентов группы высокого риска нуждается в дальнейшем изучении. Накапливаются данные о том, что раннее назначение и длительный прием кардиотропной терапии у пациентов с онкологической патологией и явлениями кардиотоксичности позволяет уменьшить количество осложнений ССЗ.

**Целью данного исследования явилось:** выявление ранних маркеров субклинической кардиотоксичности и прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений у больных раком молочной железы (РМЖ).

**Материал исследования** составил 1-я группа – контроля в составе 15 человек, 2-я группа в составе 17 больных раком молочной железы до химиотерапевтического лечения, 3-я группа в составе 16 больных с раком молочной железы после химиотерапевтического лечения, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Методы исследования.** Оценка клинических параметров больных РМЖ по полу, возрасту, менопаузальному периоду, уровню САД и ДАД, ЧСС, состоянию сердца; определение кардиоспецифического фермента тропонина и NTproBNP в сыворотке крови иммуноферментным методом; определение состояния структурно-геометрической модели сердца методом ЭхоКГ у больных РМЖ.

**Результаты исследования:** Пациентки получали лечение антрациклинами, а затем таксанами и трастузумабом. Каждые 3 месяца им проводились ЭхоКГ и анализ крови на маркеры кардиотоксичности. При ЭхоКГ оценивались ФВ ЛЖ, пиковая продольная, радиальная и круговая деформация. Также определялись биомаркеры в крови: тропонин I, NTproBNP. ФВ ЛЖ уменьшилась (от  $64 \pm 5$  до  $59 \pm 6\%$ ;  $p < 0,0001$ ) в течение 15 мес. У 12 пациенток (32%, 22–43%) были признаки кардиотоксичности; из них у 5 (6%, 2–14%) были симптомы СН. Показано, что определение пиковой систолической продольной деформации и тропонина I по завершении лечения антрациклинами предсказывает последующее развитие кардиотоксичности, но не было обнаружено связи между ФВ ЛЖ, NTproBNP и кардиотоксичностью. Продольная деформация была у 19% пациентов, у которых позже развилась СН.

**Заключение:** учитывая тенденцию к увеличению заболеваемости злокачественными новообразованиями и увеличению продолжительности жизни пациента после проведения химиотерапевтического лечения, вопрос о параллельной защите сердечно-сосудистой системы как во время лечения, так и в дальнейшем является актуальным.

## АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

МУМИНОВ С.Ж., МАЪМУРОВ Б.О., ВАЛИЕВА У.А., ИНАМОВ А.П.,  
ЗАЙНИДДИНОВ У.Г., ЗИЁВИДДИНОВ Ш.З.

Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр кардиологии г. Наманган, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить возможности профилактики повторного инфаркта миокарда (ИМ) по распространенности факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) у больных мужчин в возрасте до 60 лет.

**Материал и методы:** обследовано 160 мужчин с повторным (38) и первичным (122) ИМ. Все они

находились на стационарном лечении в 2019–2020 гг. При работе с больными обратили внимание на наличие факторов, предрасполагающих к развитию ИМ. **Результаты:** у больных с повторным ИМ (89%), также как и при первичном ИМ (90%) наиболее часто встречали нарушения липидного обмена. Обращает на себя внимание, что 52,6%



больных повторным ИМ продолжали курить после перенесенного ранее ИМ и только 21% – прекратили курение, при этом у 52% больных длительность пристрастия к табаку составила от 21 до 40 лет. Артериальную гипертензию (АГ) достоверно чаще встречали при повторном (73,6%), чем при первичном ИМ (62,3%). Избыточную массу тела обнаружили у 47,3% больных повторным ИМ и у 52,5% – с первичной формой заболевания. Сахарный диабет и метаболический синдром встречали почти с одинаковой частотой (15,7% и 14,7%) в обеих группах больных. У больных с повторным ИМ чаще ( $p < 0,05$ ), чем во второй

группе, отмечали признаки хронической сердечной недостаточности (у 68,4%), экстрасистолию (у 21%), пароксизмы мерцательной аритмии (у 15,7%) в анамнезе. Однако значительная часть больных (31,5%) до развития ИМ не лечились или лечились эпизодически ( $p < 0,01$ ).

**Заключение:** Таким образом, коррекция липидных нарушений и АГ, отказ от курения, компенсация сердечной недостаточности и лечение нарушений сердечного ритма имеют наибольшее значение в предотвращении повторных ИМ у мужчин моложе 60 лет. Их профилактика недостаточно реализуется больными трудоспособного возраста.

## РОЛЬ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА О НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЖУРАЕВА Х.И., НУРУЛЛОЕВА Ш.Н.

*Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан*

**Цель:** Снижение избыточного веса среди женщин и мужчин с целью уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы исследований:** Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек (242 мужчин и 555 женщин). Проведен опрос населения при помощи вопросника с целью выявления их знаний об избыточном весе, ожирении и его осложнениях. Избыточная масса тела рассчитана по формуле:  $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2 \geq 25$ , а уровни АД  $\geq 30$  принимались за ожирение. Измерение АД проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут. Снимали ЭКГ покое в 12 общепринятых отведениях.

**Результаты:** Установлено, что достаточно высоко распространена ИМТ и ожирение, как среди женщин (20,65% и 18,48%), так и среди мужчин (37,34% и 12,03% соответственно).

Среди обследованных пациентов у 42,01% мужчин и у 52,77% женщин было повышенное АД, а у 24,36% мужчин и у 41,20% женщин разные изменения на ЭКГ. Среди всех пациентов с проблемами веса был проведен опрос с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях.

Практически каждая третья женщина с ИМТ (35,96%) и ожирением (30,39%) не считает, что повышенный вес повышает сердечно-сосудистый риск. 21,93% женщин с ИМТ и 16,67% с ожирением вообще не считают имеющееся у них повышение массы тела фактором риска ССЗ. Мужчины с ИМТ (34,44%) и ожирением (37,93%) не считают повышенный вес важным фактором риска.

Далее всем мужчинам и женщинам при каждом их посещении, наряду с медикаментозным лечением, рекомендовано, чтобы их рацион питания больше содержал овощи и фрукты, меньше соли, животного жира и сахара и соблюдали здоровый образ жизни. Спустя 6 месяцев было проведено повторное обследование и получены следующие результаты: у 21 (23,33%) из 90 мужчин с избыточной массой тела и у 11 (37,93%) мужчин из 29 с ожирением улучшились показатели ИМТ. Из 114 женщин с избыточной массой у 25 (21,92%) и из 102 женщин с ожирением у 19 (18,62%) нормализовалась ИМТ, тем самым уменьшив риск сердечно-сосудистых заболеваний.

**Вывод.** Таким образом, немедикаментозное лечение является частью в ведении больных с ИМТ и ожирением приводящей к снижению риска ССЗ.

## СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ ПОҒОНАСИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ

РУСТАМОВА Х.Е., АХМЕДОВ М.Э., НУРАЛИЕВА Н.Б.

*Тошкент давлат стоматологик институти ТТА Урганч филиали, Урганч ш., Ўзбекистон*

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш бўйича дунё миқёсида давлат дастурлари давом этаётганига қарамай юрак-қон томир касалликлари муаммо-

си ҳамон долзарблигича қолмоқда. Ўтган 15 йил мобайнида бизнинг республикамизда ҳам ушбу касалликлар сони қарийб 2 баробарга ўсиши кузатилди.

Тадқиқотнинг мақсади: юрак-қон томир касалликлари динамикасини статистик таҳлил қилиш ҳамда ушбу касалликларнинг олдини олишда бирламчи тиббий ёрдамнинг ролини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Юрак-қон томир тизими баъзи бир касалликлари динамикаси статистик таҳлил қилинди (2010–2019йй.). Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморлар суҳбатдан ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Ўзбекистон Республикасида юқумсиз касалликлар, жумладан, ЮКТ касалликларининг олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. ЮКТ касалликлари билан оғриган беморларни диагностика қилиш, даволаш ва реабилитация қилиш тизими йўлга қўйилган. Лекин, шуни таъкидлаш керакки юрак-қон томир касалликлари республика бўйича ҳам, унинг алоҳида минтақаларида ҳам аста-секин ортиб бормоқда. ЮКТ касалликлар ичида энг кўп учрайдиган касаллик бу гипертензия касаллигидир (42,9%). Гипертензия аёллар орасида эркакларга нисбатан 1,3 баробар кўпроқ учрайди. Кейинги энг муҳим ва тез-тез учрайдиган патология бу юрак ишемик касаллиги (ЮИК). Гипертензиядан фарқли ўлароқ, юрак ишемик касаллиги эркаклар орасида аёлларга нисбатан кўпроқ учрамоқда. Таҳлил бўйича, миокард инфаркти эркакларда аёлларга нисбатан ўртача 8–10 йил илгари содир бўлади. 42,8% ҳолларда ЮИК гипертензия белгиларисиз ва 57,2% да гипертензия синдроми билан кечади. Гипертензия билан кечган юрак ишемик хасталиги бор беморлар орасида 57,1% ҳолларда стенокардия, 5% ҳолларда миокард инфарктига учрайди, бу эса 2,5% ҳолларда ўлимга олиб келади. Беморларнинг сўровномасига кўра ЮКТ касалликларига олиб келувчи энг муҳим хавф омиллари бу доимий стресс (60%), оила-

да ёмон психологик иқлим (20%), яқинларининг (турмуш ўртоғининг) ҳалок бўлиши, уларнинг саломатлигининг ёмонлашуви (30%). 45% респондентлар ушбу касаллик оилада, қариндошларда борлигини этиб утишди. Учдан бир қисми беморлар, асосан эркаклар, касалликни чекиш билан боғлашмоқда. Эркаклар ҳам (78%), аёллар ҳам (65%) овқатланишга деярли эътибор беришмаслигини этиб ўтишди, яъни ёғли, қовурилган, шўр овқатларни қабул қилишади. Беморларнинг 80% кўп йиллар давомида гипертоник касаллиги билан оғрийди, қон босимни меъёрга келтирувчи дорилар қабул қилиб келишмоқда, баъзан поликлиника ёки шифохонада даволаниб туришади. Олинган жавобларга кўра барча беморлар шифокор назорати остида бўлмаган. Поликлиникада касаллиги бўйича рўйхатга олинган беморларнинг баъзилари касаллик ёмонлашгандагина шифокорга бориши, ҳар доим ҳам шифокор тавсияларига риоя қилмаслиги ва уларнинг соғлиғи яхшиланганда, шифокор томонидан буюрилган дори-дармонларни мустақил равишда тўхтатганлиги аниқланди. Бу беморларнинг тиббий фаоллиги пастлиги, соғлиғи учун жавобгар эмаслиги, касаллик ва унинг оқибатлари ҳақида умуман хабардорлиги пастлигидан далолат беради.

Демак, ҳозирги кунда аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзининг аҳамияти ҳақида тушунча ҳосил қилиш, балки таълим ва маданий савияни ошириш, шунингдек, ўзларининг саломатлигига нисбатан масъулиятни шакллантириш жуда муҳимдир. Соғлом турмуш тарзига риоя қилишни ҳамма истайди, аммо буни уддалайдиганлар кам. Буни бирданга эмас, балки босқичма-босқич амалга ошириш керак, асосий олиб бориш керак бўлган ишлар айнан оилавий поликлиникалар, яъни оилавий шифокорлар вазибаларига киради.

## ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

СУЛАЙМАНОВА Н. Э., ЮЛДАШОВА Н. Э.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.*

**Цель.** Изучение проблем диагностики и профилактики ИБС у молодых женщин.

**Материалы и методы:** Изучили некоторые факторы риска, которые являются уникальными для женщин, учитывая их репродуктивный статус, в частности, прием оральных контрацептивов, менопауза, метаболические нарушения при беременности и родах, позднее наступление беременности, искусственное прерывание беременности и отягощенный гинекологический анамнез, курение, АД.

**Результат и обсуждение:** Повышенный уровень АД (>140/90 мм рт.ст.) у молодых женщин встречается значительно реже. Ожирение – чем выше индекс массы тела, тем выше смертность от сердечно-сосудистого заболевания. Женщины

с абдоминальным типом ожирения (андроморфы) достоверно чаще переносят инфаркт миокарда, инсульты и умирают внезапно, нежели женщины с ожирением по женскому типу (гинекоморфы) либо с нормальной массой тела. У женщин моложе 45 лет жаловавшихся на боль в груди ангиографически выраженная коронарная болезнь была обнаружена у 29% женщин. Наиболее частыми кардиологическими факторами риска были: наличие в анамнезе ранней ИБС у родителей – 67%, курение – 55% и дислипидемия – 55%. Было изучено почти 122000 женщин в возрасте от 30 до 55 лет и обнаружено, что у женщин, родители которых имели в анамнезе ИМ в возрасте до 60 лет, риск летальной ИБС в 5 раз выше, чем в целом в популяции. Курение, по данным Фрамингемского





исследования, является одним из главных факторов риска ИБС в постменопаузе. Женщины младших возрастных групп более чувствительны к действию курения. Риск фатальных сердечно-сосудистых событий напрямую зависит от числа выкуренных сигарет. Было доказано, что смертность от инфаркта миокарда и стенокардии у женщин связана с количеством выкуриваемых в день сигарет. Выкуривание 4 сигарет в день увеличивает относительный риск (ОР) летальных исходов от ИБС и нелетального инфаркта миокарда в 2,4 раза. Исследования показали, что прекращение курения может снизить до нормы ОР ИБС уже через 2 года. Нарушение липидного обмена гиперхолестеринемия (ГХС) является значимым фактором риска ИБС для пациентов обоего пола, при этом риск развития ИБС нарастает параллельно с увеличением концентрации холестерина (ХС) в крови. При содержании холестерина в крови более 6,76 ммоль/л заболеваемость ИБС и развитие ИМ превышают в 4 – 5 раз уровень заболеваемости в группе лиц с нормальным уровнем холестерина. Однако рост концентрации ХС в сыворотке крови больше влияет на возникновение ИБС у 35-летних по сравнению с 65-летними. Среди

факторов, с возрастом влияющих на снижение уровня ХС ЛПВП у женщин, самым значительным оказалась гормональная перестройка в периоде менопаузы. Комбинированные ОК оказывают многонаправленное действие на липидный профиль, метаболизм углерода, сосудистый гемостаз и уровень АД. По сравнению с женщинами, не применявшими ОК, относительный риск ИМ при приеме оральных контрацептивов третьего поколения, составлял 0,82, тогда как при приеме ОК второго поколения – 2,35. Эти результаты предполагают, что использование современных ОК связано с увеличением риска развития ИМ. Сильная взаимосвязь наблюдается между одновременным использованием ОК и курением относительно увеличения риска ИБС, особенно у женщин старше 35 лет. По данным одного из исследований, было выявлено, что у женщин, принимавших ОК и выкуривавших более 10 сигарет в день, риск ИМ был в 20 раз выше по сравнению с некурящими.

**Выводы:** трудности диагностики и профилактики ИБС у молодых женщин связано с многочисленными особенностями организма и факторами риска, которые требуют особого внимания в медицинской практике.

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*ТАШМУХАМЕДОВА М.К., АБДИЕВА Ю.А.*

*Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Широкая распространенность среди населения сердечно-сосудистых заболеваний, постоянный рост заболеваемости ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией, увеличение смертности от этих заболеваний требуют разработку мероприятий профилактики этих заболеваний.

Цель исследования: изучение распространенности и разработка мер профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы среди работников горнорудной промышленности.

**Материалы и методы:** изучены данные профилактического периодического медицинского осмотра работников горнорудного производства ((1200 человек). Были выделены 2 группы рабочих: I группа – проходчики, подвергающиеся воздействию локальной вибрации и шума, II группа – машинисты экскаваторов, буровых установок и тепловозов и водители большегрузных машин, подвергающиеся воздействию общей вибрации и шума. Изучение сердечно-сосудистой патологии у работающих проводилось как одномоментное эпидемиологическое исследование с использованием стандартных методов и унифицированных критериев.

**Результаты:** средний возраст в I-группе составил 38,6, во II – группе – 41,8 лет, а средний стаж соответствовал 19,8 и 23,7 лет. Исследования

показали что, среди рабочих I-группы артериальная гипертония встречается в 22,7% случаев, а среди обследованных II-группы – 18,3% случаев. Представилось важным проследить имеется ли зависимость частоты и уровня повышения АД от стажа работы в условиях воздействия вредных факторов производства. Проведенный анализ материала по распространенности АГ в различных стажевых группах, предпринимаемый обычно с целью уточнения влияния производственных факторов на изучаемый показатель, отметил достоверное нарастание случаев артериальной гипертонии в группах лиц со стажем работы свыше 10 лет. С целью исключения влияния возраста на частоту АГ были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели на 100 обследованных (косвенным методом). Выяснилось что у стажированных рабочих АГ встречалась достоверно чаще (стандартизированный показатель  $8,63 \pm 1,1$ , число лиц с АГ – 43).

Изучение распространенности отдельных форм ИБС показало, что стенокардия напряжения среди обследованных рабочих составила в I-группе 2,5%, во II-группе – 7,8%. При этом частота ИБС нарастает с возрастом. Так, среди обследованных лиц в возрасте 40 – 49 лет ИБС встречалась в I – группе у 4,7%, во II – группе 8,8 случаев, в возрасте выше 50 лет, соответственно 15,8 и 23,5%.

**Заключение:** учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что учащение случаев артериальной гипертензии и ИБС в старших возрастных группах обследованных по сравнению с соответствующими популяциями мужчин других производственных коллективов, по-видимому, даёт основание говорить о неблагоприятной роли сочетанного воздействия вибрации и шума на состояние сердечно-сосудистой

системы. Поэтому для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы требуется проведение диспансеризации работающих во вредных условиях труда с проведением оздоровительных мероприятий и периодические медицинские осмотры могут стать первым этапом диспансеризации работающих в горнорудной промышленности для раннего выявления сердечно-сосудистой патологии.

## СОВРЕМЕННЫЕ РИСКИ В ВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА УРОВНЕ ПМСП

*ТЕМИРКУЛОВА Ш.А., САЛХОЖАЕВА К.К., ЕШИМБЕТОВА Д.Д.*

*ЮКМА, Шымкент, Республика Казахстан*

Ведение диспансерных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) требует от врачей динамично развивающихся знаний особенностей вирусной инфекции, ее клинических проявлений, мутаций, особенно при сочетании с ССЗ и СД, а также мер индивидуальной и коллективной защиты.

**Цель:** проведение оценки рисков на фоне сравнительного анализа структуры ССЗ на примере диспансерных больных городской поликлиники №2 г. Шымкент за период пандемии COVID-19.

**Материалы и методы:** нами изучены статистические отчетные формы, амбулаторные карты диспансерных больных городской поликлиники. Поликлиника обслуживает взрослое население в количестве 39137 человек в возрасте от 18 лет и выше. Из них на конец 2019 года состоят на диспансерном учете по ССЗ 9622 человек.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлены гендерные различия в ССЗ с преобладанием мужчин – 57%, а также возрастные особенности данности контингента. Анализ амбулаторных карт населения закрепленного за участками городской поликлиники показал, что на диспансерном учете с ССЗ состоит около 64% пациентов. При этом заболеваемость за последний год увеличилась с 2294 до 2363. Случаев временной утраты трудоспособности пациентов с ССП составляет 42,1%. Инвалидность по общему заболеванию имеют –72 человека, из них 17 с ССЗ (23,6%): состояние после аорто-коронарного шунтирования – 5,9% (1 человек), больные с ХСН после перенесенного инфаркта миокарда –23,5% (4 человек), острый инфаркт миокарда в анамнезе –23,5% (4 человек), остальные приходятся на ОНМК – 23,5% (4 человек) и другие патологии ССС – 25,1%. Количество госпитализаций в связи с этим выросло с 14,6 до 15,2%. Заметная разница в структуре заболеваемости прослеживается в нозологии: ИБС. ОИМ. За отчетный период отмечается увеличение свежих случаев от 32

до 38, что составляет 15,7%. Если произвести перерасчет на 100000 населения, то это составляет рост с 63,18 до 93,09, что существенно отражает ухудшение структуры ССЗ в сторону острых состояний. Инфаркт сосудов головного мозга с АГ вырос с 64 до 102, что составляет 37%. Всего всех ОНМК количество увеличилось с 77 до 119, что составило 35,3%. В поло-возрастном аспекте максимум заболеваемости приходится на возраст 56±9,6, с преобладанием мужчин в возрасте моложе 55 лет и женщин в возрасте 62 лет. Если делать какие-то выводы по хроническим ССЗ, то по предоставленным статистическим отчетам сделать это очень трудно. В отчете не указаны периоды обострения заболеваний. Учитывая что хронические ССЗ, такие как хроническая ИБС, АГ, ХСН и другие, то контингент состоящих на учете пациентов – это большая группа неработающих (пенсионеры и инвалиды), поэтому процесс обострения проследить по листам временной нетрудоспособности не представляется возможным. Процент вакцинированных среди состоящих на диспансерном учете составляет около 15, к тому же по литературным данным известно, что именно у коморбидных пациентов процесс выработки антител зачастую бывает неполноценным.

**Выводы:** Диспансерное наблюдение не может в полной мере обеспечить полноты профилактических мер с учетом современных реалий.

**Заключение.** В условиях разрастающейся пандемии COVID-19 практикующему кардиологу необходимо владеть большим объемом информации, которая появляется практически ежедневно. Тем не менее, следует помнить, что проблема вакцинации больных с ССЗ от COVID-19 является преходящей: медицинская наука рано или поздно решит ее путем создания современной специфичной вакцины для этого контингента, но на данный момент для этой группы пациентов вирус представляет собой большие риски.

**СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19  
НА УРОВНЕ ПМСП****ТЕМИРКУЛОВА Ш.А., САЛХОЖАЕВА К.К., ЕШИМБЕТОВА Д.Д.****ЮКМА, Шымкент, Республика Казахстан**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются распространенной в условиях вирусной пандемии COVID-19 коморбидностью, которая повышает риск неблагоприятного исхода у пациентов как за счет действия вирусного агента, так и возможных лекарственных взаимодействий.

**Цель:** проведение сравнительного анализа структуры ССЗ на примере кардиологических больных городской поликлиники №2 г. Шымкент за период 12 мес 2020 г., что совпало с пандемией COVID-19, с предыдущим годом.

**Материалы и методы:** нами изучены статистические отчетные формы, амбулаторные карты диспансерных больных городской поликлиники. Поликлиника обслуживает взрослое население в количестве 39137 человек в возрасте от 18 лет и выше. Из них на конец 2019 года состоят на диспансерном учете по ССЗ 9622 человек.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлены гендерные различия в ССЗ с преобладанием мужчин – 57%. На диспансерном учете с ССЗ состоит около 64% пациентов. При этом заболеваемость за последний год увеличилась с 2294 до 2363. Среди состоящих на диспансерном учете ¼ приходится на пациентов с АГ (24,3%), с различными формами ИБС – 7%, с пороками сердца – 3,6%, с другими ССЗ – 51,6%, в том числе с сочетанной патологией. Случаев временной утраты трудоспособности пациентов с ССП составляет 42,1%. Инвалидность по общему заболеванию имеют –72 человека, из них 17 с ССП (23,6%): состояние после аорто-коронарного шунтирования – 5,9% (1 человек), больные с ХСН после перенесенного инфаркта миокарда –23,5% (4 человек), острый инфаркт миокарда в анамнезе –23,5% (4 человек), остальные приходятся на ОНМК – 23,5% (4 человек) и другие патологии ССС – 25,1%. Количество госпитализаций в связи с этим выросло с 14,6 до 15,2%.

Заметная разница в структуре заболеваемости прослеживается в нозологии: ИБС. Острый

инфаркт миокарда. За отчетный период отмечается увеличение свежих случаев от 32 в прошлом году до 38 в отчетном, что составляет 15,7%. Если произвести перерасчет на 100000 населения, то это составляет рост с 63,18 до 93,09, что существенно отражает ухудшение структуры ССЗ в сторону острых состояний. Инфаркт сосудов головного мозга с АГ вырос с 64 до 102, что составляет 37%. Всего всех ОНМК количество увеличилось с 77 в прошлом году за тот же период до 119 в 2020 году, что составило 35,3%.

При анализе листов временной нетрудоспособности выявлено, что максимум их приходится на месяцы август-сентябрь, несмотря на то, что пик заболеваемости по COVID-19 в Шымкенте приходился на месяцы июнь-июль. В поло-возрастном аспекте максимум заболеваемости приходится на возраст  $56 \pm 9,6$ , с преобладанием мужчин в возрасте моложе 55 лет и женщин в возрасте 62 лет.

**Выводы:** Учитывая некоторые интересные данные статистического отчета, можно сделать выводы, что существенное повышение количества острых состояний, таких как ОИМ, ОНМК по видимому было связано с пандемией COVID-19. Однако некоторый отсроченный эффект возможно обусловлен вызванными осложнениями именно у той группы пациентов, имеющих неблагоприятный фон, а точнее ССЗ.

**Заключение.** ССЗ были и остаются основной причиной смерти во всех развитых странах еще и в связи с тем, что большинство из них имеют противопоказания к проведению вакцинации. Ослабление внимания к эффективному управлению рисками сердечно-сосудистых событий у пациентов с острыми и хроническими ССЗ может привести к повышению сердечно-сосудистой и общей смертности. Пандемия с вынужденной социальной изоляцией, гиподинамией и депрессией в условиях карантинных противоэпидемических мероприятий может создавать для этого неблагоприятный фон.

**СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19****ХАШИМОВ А.А., ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М.***Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии*

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция может провоцировать острое поражение миокарда и другие новые кардиологические осложнения.

Поскольку ряд лекарственных препаратов, используемых при COVID-19, оказывают кардиотоксическое влияние, необходим постоянный контроль над гемодинамическими параметрами. Вирусная инфекция может дестабилизировать состояние сердечно-сосудистой системы, что значительно повышает риск летальности при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Цель исследования: выявить предикторы сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с COVID-19 на фоне острого респираторного дистресс синдрома

**Материалы и методы:** в исследование включались пациенты с COVID-19 проводили оценку появления симптомов заболевания, качестве жизни, связанном со здоровьем, также проводилось физикальное обследование, лабораторные анализы, у части больных выполнялась оценка функции внешнего дыхания и рентгенологическое исследование.

**Результаты** исследования. Наблюдение проводилось за 60 больными, поступившими в ковид-стационар г. Ферганы COVID-19. Средний возраст  $56,7 \pm 4,6$ , из них мужчин 47 (78,3%), 13 (21,6%) женщин. Длительность заболевания (анамнестически от начала клинической симптоматики до госпитализации) составляла в среднем  $14,6 \pm 2,5$  дней, длительность госпитализации составляла от 14 до 27 суток ( $25,5 \pm 1,2$ ). Из включенных в исследование у 57 (95%) отмечались сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (ИБС, АГ, ХСН и др.), у 46 (76,6%) сахарный диабет 2 типа, у 56 (93,3%) избыточная масса тела и/или ожирение, у 22 (36,6%) отмечался впервые выявленный стероидный диабет. Данные опроса показали, что никто из наблюдаемой когорты пациентов регулярно не лечился по

поводу основного заболевания. **Результаты** исследования биохимических показателей крови показали повышение 2,8 раза показателей коагуляционного гемостаза (фибриногена, МНО, ПТИ, Д-димера), в 3,2 раза С-реактивного белка, ферритина, прокальцитонина, на фоне панцитопении значения которой определялись на 8 – 10 сутки госпитализации. Исследование легких свидетельствовало об субтотальном поражении ( $78 \pm 4,9\%$ ), с проявлениями двухсторонней интерстициальной пневмонией. Лечебная тактика проводилась согласно стандарту (8 протокол по ведению пациентов с COVID-19 в условиях стационара). При этом, согласно результатам исследования, отмечалось выздоровление у 51 (86,7%) с не полным восстановлением респираторной функции, в 5 (8,3%) случаях больные переводились на инвазивную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), 50 (83,3%) на не инвазивной ИВЛ, в 9 (15%) отмечался летальный исход. Основной причиной летального исхода являлась острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии на фоне острого респираторного дистресс синдрома.

Таким образом: инфекционное заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), зачастую возникает у больных с различными сердечно-сосудистыми факторами риска и ССЗ, которые могут оказать влияние на течение инфекционного процесса с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, тромбоэмболии легочной артерии на фоне острого респираторного дистресс синдрома из-за тотального поражения легочной ткани в вероятным дополнительным повреждением сердца и сосудов, способствующее возникновению сердечно-сосудистых осложнений и утяжелению прогноза у пациентов с COVID-19.

**Ключевые слова:** COVID-19, SARS-CoV-2, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии, острый респираторный дистресс синдром.





## ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*ЮЛДАШОВА Н. Э., СУЛАЙМАНОВА Н.Э., АБДУХАМИДОВА Д.Х.*

*Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение распространенности факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения.

**Материал и методы.** Проведено исследование распространенности АГ в общей популяции среди лиц старше 40 лет махалля «Истиклол» семейной поликлиники №3 г. Самарканда. Всего обследованы 220 человек. Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и регистрацией среднего значения. Каждому была заполнена индивидуальная анкета по ведению пациента содержащая вопросы здорового образа жизни, антропометрические данные. Избыточная масса тела определялась по формуле Кетле – индекс массы тела (ИМТ) – вес/рост<sup>2</sup>. При индексе 0,30 и более фиксировалась избыточная масса тела. За курение принималась одна сигарета в день и больше. Наличие сахарного диабета оценивалось по записям в картах.

**Результаты.** Проведенное анкетирование населения показало явно недостаточное внимание опрошенных к своему здоровью и незнание ими основных норм здорового образа жизни. У 25,5% обследованных мужчин и 21% женщин А/Д оказалось за пределами нормальных значений. Среди лиц с АГ выявлена низкая осведомленность о

своем заболевании – (45,5%), не лечатся – (21,5%). Опрос также показал, что многие пациенты нередко игнорировали немедикаментозные методы борьбы с АГ. Курили 84,2% мужчин. Большинство населения досаливали готовую пищу всегда – 30,9% мужчин и 24,6% женщин. Установлено, что в течение последнего месяца употребляли спиртные напитки 82,5% мужчин и 42,3% женщин. У 15,8% человек, из них 23 мужчины и 41 женщина – выявлено ожирение.

**Заключение.** Таким образом, обследованные с теми или иными факторами риска были взяты на учет. Также им было назначены основные лечебные мероприятия; снижение массы тела, которое достигается немедикаментозными методами – применение низкокалорийной диеты и повышение физической активности, при необходимости применением специальных лекарственных препаратов. Семейным врачам рекомендуем проводить ежегодное обследование лиц старше 40 лет. Среди наиболее специфических факторов риска лиц с заболеваниями сердечно-сосудистых, следует особенно обращать внимание на такие факторы, как ожирение, АГ, ИБС и наследственный анамнез. Эту группу больных необходимо обследовать два раза в год.

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

## ВЛИЯНИЕ АЗИЛСАРТАНА В КОМБИНАЦИИ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., МАШКУРОВА З.Т., САФАРОВ Ж.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить динамику суточного профиля АД (СПАД) и вазопротективную эффективность комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином у пациентов эссенциальной гипертензией (ЭГ).

**Материал и методы исследования.** Согласно протоколу в исследование были включены пациенты с I-II степенью АГ (ЕОК/ЕОГ 2018) обоего пола, без тяжелых сопутствующих заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений (острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, аритмии сердца, сахарный диабет), в количестве 36 пациентов. Средний возраст пациентов составил  $52,0 \pm 11,3$  лет, средняя длительность АГ –  $10,4 \pm 9,6$  лет. Из них женщин – 20 (55,5%), мужчин – 16 (44,6)%. Всем больным на этапе до лечения и 6-месяцев терапии измеряли офисное АД по методу Короткова, с целью изучения СПАД проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Регистратор BR-102 plus» (SCHILLER, Switzerland)). Сосудистую жесткость определяли методом аппланационной тонометрии с использованием аппарата SphygmoCor («AtCor Medical», Австралия), изучались: центральное систолическое АД (цСАД), центральное диастолическое АД (цДАД), центральное пульсовое давление (цПД), аортальная аугментация (АА), индекс аугментации (АІх), скорость пульсовой волны (СПВ), по которым давалось заключение о состоянии артериальной жесткости. Все пациенты были распределены в 2 группы: 1 группа – пациенты на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) азилсартаном с нитрендипином ( $n=21$ ) и 2 группа – пациенты на терапии азилсартаном с индапамидом ( $n=15$ ). Среднесуточная доза азилсартана составила  $49,4 \pm 19,8$  мг, нитрендипина –  $10,0 \pm 3,97$  мг и индапамида –  $1,79 \pm 0,56$  мг. **Результаты** представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** В целом была показана значительная положительная динамика показателей СПАД, независимо от режима терапии. В частности, средне-суточный показатель САД (Ср.сут.САД) в

1 группе составил: исходно –  $138,2 \pm 16,2$  мм рт. ст., в динамике –  $122,9 \pm 10,9$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ); средне-суточный показатель ДАД (Ср.сут.ДАД) составил: исходно –  $84,4 \pm 11,4$  мм рт. ст., в динамике –  $76,3 \pm 8,9$  мм рт.ст. ( $p < 0,02$ ) и во 2 группе Ср.сут. САД составил: исходно –  $141,9 \pm 18,7$  мм рт. ст., в динамике –  $118,0 \pm 10,3$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ); Ср.сут. ДАД составил: исходно –  $88,8 \pm 11,6$  мм рт. ст., в динамике –  $74,0 \pm 5,9$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ). В обеих группах на фоне терапии снизилась вариабельность АД. Так, показатель вариабельности САД в дневное время (VarСАДдн) в 1 группе исходно составил:  $15,04 \pm 4,0$  мм рт.ст., в динамике –  $12,4 \pm 3,8$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ); вариабельность ДАД в дневное время (VarДАДдн) исходно составила –  $13,1 \pm 3,9$  мм рт.ст., в динамике –  $10,8 \pm 3,2$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ); вариабельность САД в ночное время (VarСАДн) исходно составила –  $15,0 \pm 6,1$  мм рт.ст., в динамике –  $10,7 \pm 3,6$  мм рт.ст. ( $p < 0,02$ ). Во 2 группе VarСАДдн исходно составила:  $18,5 \pm 5,5$  мм рт.ст., в динамике –  $11,9 \pm 2,0$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ); VarДАДдн исходно составила –  $14,4 \pm 3,9$  мм рт.ст., в динамике –  $11,3 \pm 1,9$  мм рт.ст. ( $p < 0,02$ ); VarСАДн исходно составила –  $16,5 \pm 7,5$  мм рт.ст., в динамике –  $11,5 \pm 4,5$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ).

Анализ показателей центральной гемодинамики и артериальной жесткости выявил положительную 6-ти месячную эффективность обоих режимов терапии, с преимуществом комбинации азилсартана с индапамидом. В частности, в 1 группе показатель центрального САД (цСАД) исходно составил  $152,5 \pm 16,9$  мм рт. ст., в динамике  $126,0 \pm 7,4$  мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ); показатель центрального ПД (цПД) составил  $67,7 \pm 15,7$  мм рт. ст. против  $45,7 \pm 7,3$  мм рт. ст., соответственно ( $p < 0,001$ ) и скорость пульсовой волны (СПВ) составила  $10,3 \pm 2,9$  м/с против  $7,7 \pm 2,01$  м/с, соответственно ( $p < 0,02$ ). Следует отметить, что во 2 группе пациентов, практически по всем показателям прослеживалась достоверная положительная динамика. Так, показатель цСАД исходно составил  $142,7 \pm 19,1$  мм рт. ст., в динамике  $124,0 \pm 7,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,02$ ); показатель



центрального ДАД (цДАД) составил  $87,8 \pm 14,1$  мм рт. ст. против  $76,8 \pm 4,5$  мм рт. ст., соответственно ( $p < 0,02$ ); показатель цПД составил  $54,8 \pm 16,1$  мм рт. ст. против  $47,1 \pm 5,57$  мм рт. ст., соответственно ( $p = 0,091$ ), показатель аортальной аугментации составил  $12,0 \pm 7,6$  мм рт. ст. против  $7,0 \pm 3,3$  мм рт. ст., соответственно ( $p < 0,05$ ); индекс аугментации (AI) составил  $29,0 \pm 13,7\%$  против  $18,5 \pm 14,2\%$ , соответственно ( $p < 0,05$ ) и СПВ составила  $9,7 \pm 1,8$  м/с против  $7,02 \pm 1,7$  м/с, соответственно ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Показана высокая антигипертензивная эффективность 6-месячной комбинированной терапии азилсартаном с нитрендипином и индапамидом со значительным положительным влиянием на параметры СПАД у пациентов ЭГ. Улучшение СПАД обеспечивало лучшую положительную динамику параметров центральной гемодинамики и артериальной жесткости на фоне комбинированного применения азилсартана с индапамидом в сравнении с нитрендипином.

## ПИТАНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*АБИЕВА Е.М., БЕХБУДОВА В.А., АХМЕДОВА Т.А.*

*НИИ кардиологии Минздрава Азербайджанской Республики, Баку*

Рациональное питание играет ключевую роль в снижении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство современных рекомендаций по питанию базируются на основе доказательной медицины. Основные нутриентные характеристики сбалансированного питания включают высокое содержание микронутриентов и волокон, умеренное количество полиненасыщенных жирных кислот, низкое содержание насыщенных жирных кислот и трансжиров, сахара и крахмала с высоким гликемическим индексом. В эпидемиологических исследованиях доказано, что приверженность рациональному питанию ассоциирована со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний на  $\geq 30\%$ . **Цель исследования.** Изучение и выявление связи у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с избыточной массой тела. Материал и метод исследования. В исследование было включено 110 человек – служащих библиотеки Академии Наук – 84 женщины и 26 мужчин. В программу обследования входили стандартный опрос по опроснику Роуза, физикальное обследование, антропометрия (измерение объема талии, роста, массы тела и вычисление индекса Кетле). Для решения вопроса о наличии пациента избыточной массы тела ориентировались на рекомендациях по проведению профилактических исследований. Индекс Кетле более 25 свидетельствует о наличии начальных форм ожирения, а выше 30% клинических

выраженных форм ожирения. Низкая физическая активность регистрировалась в том случае, если обследуемый, сидел на работе более 5ч в день, а на досуге активен менее 10 часов в неделю.

**Результаты** исследования. Данные нашего исследования показали, что наиболее встречающимся фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний среди обследованных оказалась избыточная масса тела, отмеченная более чем у половины пациентов (61,5%), причем у 27 человек из них индекс Кетле оказался более  $29 \text{ кг/м}^2$ , т.е. более, чем каждый 4 обследованный страдает ожирением 3-ей степени (7 мужчин и 35 женщин). В нашем исследовании низкая физическая активность регистрировалась в 41 больных – 9 мужчин и 32 женщин. Абдоминальный тип ожирения отмечен у 7 мужчин и 28 женщин.

**Заключение.** 1. Следует подчеркнуть, что врач, лечащий больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями должен уделять особое внимание соблюдению режима питания больных.

2. Показана определенная зависимость выраженности избыточной массы тела и развития сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Надо отметить, что эпидемия ожирения (особенно абдоминального ожирения) и связанный с этим рост сердечно-сосудистых заболеваний требуют от медицинских работников и общества в целом повышенного внимания к качественному и количественному составу питания.



## АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ КОМОРБИД ХОЛАТИДА КОВИД–19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА БИОКИМЁВИЙ МАРКЕРЛАРИ ВА КАРДИОРЕСПИРАТОР ХОЛАТИГА ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., ДЖУМАЕВА А.Ч., КАРАКУЛОВА З.Т., САДИКОВА Г.А., САБИРЖАНОВА З.Т., ЗУФАРОВ М.А.

ЎзР ССВ Республика Ихтисослаштирилган Терапия ва Тиббий Реабилитация илмий-амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Изланишлар мақсади: Бронхиал астма касаллиги (БА) ўпка артерия гипертензияси (ЎАГ) билан асоратланган беморларни, 12 ҳафта давомида амлодипин билан даволаш динамикасида липидлар перикисли оксидланиши/антиоксидант (ЛПО/АО) тизим фаоллиги ва функционал кўрсаткичларга боғлиқ ҳолда баҳолаш.

**Материал ва усуллар:** Назоратимизда 32 та БА касаллиги ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморлар бўлди.

Текширувдаги беморларда доплерэхокардиография ёрдамида юрак ўнг қоринча диастола функцияси аниқланди. Биокимёвий текширишлардан ЛПО/АО баъзи ферментлар активлиги текширилди. Ташқи нафас фаолиятида «Medicog» мосламаси ёрдамида ўпка ҳаёт ҳажми, 1 сонияда нафас чиқариш ҳажми ва Тиффно индекси, таҳлил қилинди. Беморларга 1 гуруҳда, 12 ҳафта давомида амлодипин (5–10 мг/сутка) дозада асосида базис терапия (БТ, GINA – 2006); 2-гуруҳда фақат БТ берилди.

**Натижалар.** Даволашдан олдин ЛПО тизими кўрсаткичларининг фаоллик миқдори беморларда соғлом гуруҳга нисбатан ортиши: МДА 17.9 ва 14.6%; ХЛ эса 19.2 ва 15.7 СОД 18.7 ва 13.1%; КАТ 16.1 ва 12.3% камайишларида ( $p < 0,05$ ) кузатилди. Бу ўзгаришлар ўпка вентиляция қилиш кўрсаткичларидан 1 сонияда нафас чиқариш ҳажми 14.5 ва 10.7%, пасайиши ва ўпка артерия ўртача босими%, юрак ўнг бўлмачага тўлиш фракциясининг%, Е/А% силжишларида аксланади.

Ўпка артерия гипертензияси бўлган беморлар қонида оксидатив номутаносиблик ортиши метаболик ўзгаришлар фақат маҳаллий эмас, балки умумий тус олганлигидан далолат беради. 12 ҳафта давомида амлодипин билан даволаш динамикасида ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари ва ўпка артерия ўртача босими%, юрак ўнг бўлмачага тўлиш фракциясининг%, Е/А% ижобий ўзгаришлари фарқининг аниқлиги ҳақиқий бўлди.

Бу ўзгаришларни жамлаб ҳулоса қилинганда, биргаликда қўлланилган даволаш омиллари, БА ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморларда ЛПО/АО тизим номтаносиблиги ва бронхлар вентиляция, дренаж ҳолати бузилишининг инволюцияга учраши 1 гуруҳда НГ гуруҳига нисбатан юқорилиги аниқланди.

**Ҳулоса.** Бронхиал астма касаллиги ўпка-юраги билан асоратланган беморларда эритроцит хужайралари мембраналарида ЛПО/АО тизим гиперактивацияси, кислород активланган формасининг оксидатив жараёнларни инициациялаш механизмидаги аҳамиятини билдиради. Бронхлар обструкцияси ва гипоксемияга адаптация шароитида биокимёвий силжишлар даражаси, ўпка артерия гипертензиясига мос равишда ўзгариб, кордиоваскуляр тизим ремоделланишини акслантиради. Назоратимиздаги беморларга базис терапия асосида амлодипин берилганда, бронхлар дилатацияси ортиб, ўпка артерияси, юрак ўнг қисмига оғирлик пасайиши ва хужайраларда оксидатив фаоллик ижобий силжишлари кузатилди.

## ОРОЛБЎЙИ МИНТАҚАСИДА АСОРАТЛАНМАГАН ГИПЕРТОНИК КРИЗНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х.<sup>1</sup>, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Қорақалпоғистон республикаси Эллиқалъа ТТБ, <sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Орол бўйи минтақасининг экологик муаммолари ва уларнинг инсон саломатлигига таъсири Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан экологик ҳалокат деб тан олинган. Ҳозирда бу экологик муаммоларни бартараф этиш учун давлатимиз томонидан бир неча дастурлар муваффақиятли амалга оширилмоқда.

**Мақсад:** Оролбўйи минтақасида яшовчи аҳолида асоратланмаган гипертоник кризларни келиб чиқиш сабабларини ва клиник кечишини моҳиятини аниқлаш.

**Ишнинг материали ва услублар.** Илмий изланишга Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон филиалига мурожат қилган ва «Гипертония касаллиги, асоратланмаган





гипертоник криз» ташхиси қўйилган 132 нафар бемор киритилди. Беморларнинг ўртача ёши  $57,2 \pm 11,6$  ёш, аёллар 80 нафар (60,6%), эркаклар 52 нафар (39,4%), гипертония касаллигининг давомийлиги  $8,85 \pm 3,4$  йилни ташкил этди. Текширув протоколи бўйича барча беморлар клиник текширувлардан ўтказилди, асоратларни истисно қилиш учун ЭКГ, ЭХОКГ, брахиоцефал артериялар ультратовуш текшируви ўтказилди, қон биохимик тахлили, микроальбуминурия (МАУ) ва ош тузининг таъм сезгирлик бўсағаси Хенкен синамасида аниқланди.

**Натижалар:** Даволашга қадар текширувлар беморларнинг систолик артериал босими (АБ)  $200,8 \pm 22,6$  мм с.у., диастолик АБ  $105,4 \pm 7,62$  мм с.у., бир дақиқада юрак қисқаришлари сони  $79,86 \pm 11,54$  м/дақ.га тенг бўлди. Физикал текширув кўпчилик беморларда ортиқча тана вазни ва семизлик борлиги аниқлади, тана вазни индекси  $30,2 \pm 4,78$  кг/м<sup>2</sup>ни ташкил қилди. АБ даражаси ва аниқланган нишон аъзолар шикастланишига асосан беморлар юрак-қон томир хавфининг жуда юқори даражасида бўлиши. Бунда 96% беморда чап қоринча гипертрофияси аниқланди, чап қоринча миокарди массасининг индекси  $171,62 \pm 30,9$  г/м<sup>2</sup>, уйқу артерияси-

нинг интима-медия қалинлиги  $1,24 \pm 0,16$  мм, МАУ  $221,0 \pm 130,2$  мг/сут га тенг бўлиб, текширувга киритилган 4 нафар беморда (3%) нормоальбуминурия, 89 беморда (67,4%) микроальбуминурия, 39 беморда (29,6%) протеинурия аниқланди. Хенкен синамаси беморларда ош тузини таъм сезиш бўсағаси юқорилигини кўрсатди – натрий хлор концентрацияси  $0,51 \pm 0,17\%$ га тенг бўлди.

**Хулоса:** Асоратланмаган гипертоник кризли беморларда АБни мақсадли даражага эришилмай, назоратланмаган ҳоллари нишон аъзолар шикастланиши, жумладан чап қоринча гипертрофияси, уйқу артериясининг эластик хусусиятини пасайиши ва интима-медиа қатлами қалинлашиши, буйракларда нефросклероздан далолат берувчи МАУ ва протеинурия каби юрак-қон томир асоратлари хавфини оширувчи омиллар ривожланишига олиб келди. Бу эса ўз навбатида комбинациялашган антигипертензив даволаш режасини қўллашни асослайди. Текширувдан ўтган беморларда ош тузига таъм сезгирлик бўсағасининг юқори бўлиши, бу беморларда медикаментоз даволаниш билан бир қаторда, ош тузи истеъмолини кескин камайтириш ва номедикаментоз назоратни кучайтиришни тақозо этади.

## ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ

*БАБАДЖАНОВ А.С., КАДОМЦЕВА П.В., ПУЛАТОВА С.Ш., ПОЛИКАРПОВА Н.В.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** повышение эффективности скринингового выявления АГ на преморбидном и начальном этапах заболевания; разработка новых диагностических маркеров и прогностических предикторов АГ.

**Материалы и методы исследования:** Скрининговое обследование на АГ проведено в организованной популяции – 1493 сотрудника промышленного предприятия без производственных вредностей, в возрасте от 25 до 76 лет. Обследование включало: анамнез с акцентом на наследственность, осмотр, антропометрия с измерением окружности талии и бедер, ЭКГ, определение ИМТ.

В стационаре у 180 пациентов с АГ проведены дополнительно: липидный обмен, микроальбуминурия (МАУ); эхокардиография, мониторинг АД по Холтеру, апополипротеины Апо А1 и Апо В, СРБ в крови.

**Результаты.** АГ выявлена у 40,1% человек, из них у 20,1% АГ была впервые выявлена. Средний возраст пациентов с впервые выявленной АГ составлял  $39,3 \pm 0,7$  лет. Средние уровни АД систолического составили  $150,97 \pm 18,79$  мм рт.ст., диастолического –  $95,70 \pm 10,10$  мм рт.ст. Обращает на себя внимание высокое поражение хотя бы одного из органов-мишеней – 95,6%. При этом частота и выраженность поражения

органов-мишеней прямо и сильно коррелируют с гипертоническим стажем, а также (в меньшей степени) – наследственной отягощенностью и степенью АГ. Распределение пациентов по категориям риска: низкий риск – 20%, средний риск – 22%, высокий **риск** – 54%, **очень высокий** – 4%.

Выявление предикторов поражения почек позволит проводить эффективную нефропротекцию и профилактику нефросклероза. Повреждение почек – это структурные и функциональные аномалии почек, выявленные в анализах крови, мочи или при визуальных обследованиях. У части больных с гипертоническим поражением почек выявлялась СКФ ниже 60 мл/мин – 13,7%.

Установлены достоверно более высокие уровни атерогенных липидов у больных с ГПП относительно здоровых (ОХС – на 27%, а ХС ЛПНП – на 46%, КА увеличен в 6 раз).

Корреляционный анализ выявил наличие сильной прямой корреляции показателей липидного спектра с показателями СКФ у пациентов с ГПП и сильной обратной корреляции с ХС ЛПВП ( $r = 0,510$ ). Полученные данные подтверждают, что дисбаланс липидного спектра ведет к прогрессированию ГПП.

**Заключение.** Частота встречаемости артериальной гипертонии среди лиц трудового



возраста составляет 40,0%, впервые выявленная в 8,0% случаях от всех осмотренных и в 20,1% случаев среди лиц с артериальной гипертензией.

У больных артериальной гипертензией обнаруживается высокий уровень острофазовых показателей С-реактивного белка – в 73,3% случаев.

Доказана важная роль в поражении органов-мишеней на ранних стадиях АГ. В основе данной взаимосвязи, по-видимому, лежат единые нейрогуморальные механизмы развития неспецифического воспаления и поражения органов-мишеней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАНЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

*БЕХБУДОВА Д.А., АХМЕДОВА Т.А., АБИЕВА Э.М.*

*НИИ кардиологии, Баку, Азербайджанская Республика.*

**Цель:** оценка динамики уровня артериального давления (АД), качества гипотензивной терапии и частоты контактов с врачами в условиях пандемии в группе пациентов с артериальной гипертензией (АГ), выявленных при профилактическом обследовании организованной популяции г. Баку.

**Материал и методы:** С помощью контактов по телефону в течение 2-х последних лет регулярно 1 раз в квартал проводился опрос пациентов с АГ, выявленных при профилактическом обследовании, по специально составленной анкете, включающей в себя вопросы, связанные с контролем над уровнем и динамикой АД, приемом гипотензивных препаратов, частотой обращаемости к врачам. Динамику уровня АД за интересующий период оценивали по специально подготовленным для самостоятельного заполнения дневникам, в которые заносились результаты самостоятельного измерения пациентами своего АД, а также фиксировались случаи ухудшения самочувствия и принятые меры по его нормализации.

**Результаты исследования:** Установлено, что в группе больных АГ, знавших о своем заболевании до профилактического обследования, пациенты в

основном продолжали принимать гипотензивные препараты по схеме и в дозировках, назначенных врачом до начала периода пандемии. В то же время среди пациентов, у которых при профилактическом обследовании впервые было установлено наличие АГ, было отмечено в основном эпизодическое бесконтрольное самолечение. В этой же группе отмечена нерегулярная регистрация уровней АД в дневнике, и отсутствие контактов с врачами для получения рекомендаций по лечению АГ. В качестве причины сложившейся ситуации пациенты указывали на специфические условия жизни в периоде пандемии и нежелание подвергать себя опасности заражения вирусом.

**Вывод:** Результаты настоящего исследования указывают на необходимость создания системы активного выявления и наблюдения за лицами с АГ, не знающими о своем заболевании и его возможных последствиях, бесконтрольно употребляющими гипотензивные средства и отличающимися низкой приверженностью к врачебным рекомендациям по лечению и профилактике АГ и ее осложнений, адаптированной к условиям чрезвычайной ситуации.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПОПУЛЯЦИИ С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*ВАЛИЕВА М.Ю., САЛАХИДДИНОВ З.С., ДЖУМАБАЕВА С.Э., МАКСУМОВА Д.К.*

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Общеизвестно, что предгипертензия и артериальная гипертензия (АГ) представляют важную проблему здравоохранения. Не только кардиологи, но и врачи всех специальностей, особенно, специалисты в области эпидемиологии и профилактики не должны оставаться в стороне от этой серьезной медико-социальной проблемы, поскольку «интервенция» АГ в виде пандемии – современного человечества продолжается. В связи со сказанным, разработка единых подходов к

ранней диагностике, лечению и профилактике АГ у современной популяции очень важна, своевременна и востребована.

**Цель:** проведение сравнительной оценки выявляемости основных факторов риска и ассоциированных клинических состояний у популяции города Андижана с предгипертензией и артериальной гипертензией

**Материалы и методы:** Проводилось комплексное обследование популяции с использованием



стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте  $\geq 15-70$  лет, проживающего в городе Андижан.

Результаты: в связи с курением отмечается увеличение случаев выявляемости предгипертензии до 50,2% и артериальной гипертензии – до 33,6% ( $P<0,05$ ), при наличии избыточной массы тела – определяются в уровнях 19,8 и 24,8% ( $P<0,05$ ), при наличии употребления алкоголя – по 40,0% и 34,5% – соответственно ( $P>0,05$ ), при психоэмоциональном факторе – по 25,0 и 36,4% ( $P<0,05$ ), при низкой физической активности – по 33,8% и 25,0% ( $P<0,05$ ), при низком медицинском контроле – по 33,3 и 14,5% ( $P<0,01$ ), при гиперхолестеринемии – по 31,5% и 44,1% ( $P<0,01$ ) и при наличии гипертриглицеридемии – по 23,3 и 35,6% ( $P<0,05$ ).

При анализе поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний у популяции с предгипертензией и артериальной гипертензией были получены следующие результаты: гипертрофия левого желудочка выявлялась в сочетании с предгипертензией –

в 5,8% и артериальной гипертензией – в 85,3% ( $P<0,001$ ), цереброваскулярные нарушения – в 27,3% и 90,9% случаев соответственно ( $P<0,001$ ), сердечно-сосудистые заболевания отмечены у 7,1% популяции с предгипертензией и у 92,9% с артериальной гипертензией ( $P<0,001$ ), инфаркт миокарда – у 10,0% и 80,0% ( $P<0,001$ ), сердечная недостаточность – у 25,0% и 84,5% ( $P<0,001$ ), хроническая сердечная недостаточность – в 0,0% и 90,0% случаев, симптомное поражение периферических артерий – в 0,0% и 66,7% случаев ( $P<0,001$ ), хронические заболевания почек – в 7,2% и 81,7% ( $P<0,001$ ) и сахарный диабет – в 0,0% и 75,0% ( $P<0,001$ ).

Выводы: Таким образом, в нашем исследовании не только факторы риска, но и поражения органов мишени или ассоциированные клинические состояния, являющиеся факторами, влияющими на прогноз суммарного сердечно-сосудистого риска, также наблюдались с большей выявляемостью. Полученные данные заставляют обратить внимание на необходимость совершенствования профилактических программ артериальной гипертензии, в первую очередь – в отношении социально-медицинских и эпидемиологических поведенческих факторов риска, даже простые изменения в поведении и образе жизни могут в значительной мере способствовать предотвращению опасных сердечно-сосудистых осложнений.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

*ВАЛИЕВА М.Ю., САЛАХИДДИНОВ З.С., АХМАДАЛИЕВА У.К., МАКСУМОВА Д.К.*

*Андижанский Государственный медицинский институт  
г. Андижан, Узбекистан*

Как известно, в основе новых рекомендаций величина артериального давления рассматривается как один из элементов системы стратификации суммарного сердечно-сосудистого риска, учитывается большое количество факторов риска, но величина артериального давления является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости. Именно эта задача рассматривается в качестве основной и в современной узбекской популяции Ферганской долины, что определяет эффективность действий врача при лечении каждого индивидуального пациента и достижение успехов по контролю артериального давления среди населения.

**Цель:** проведение сравнительной характеристики выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии среди популяции неорганизованного населения города Андижан в зависимости от основных факторов риска.

Материалы и методы: Проводилось комплексное обследование популяции с использованием

стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте  $> 15-70$  лет, проживающего в городе Андижан.

**Результаты:** так, в связи с курением отмечается увеличение случаев выявляемости предгипертензии до 50,2% и артериальной гипертензии – до 33,6% ( $P<0,05$ ), при наличии избыточной массы тела – предгипертензии и артериальной гипертензии определяются в уровнях 19,8 и 24,8% ( $P<0,05$ ), при наличии употребления алкоголя – по 40,0% и 34,5% – соответственно ( $P>0,05$ ), психоэмоционального фактора – по 25,0 и 36,4% ( $P<0,05$ ), при низкой физической активности – по 33,8% и 25,0% ( $P<0,05$ ), при наличии гипертриглицеридемии – по

23,3 и 35,6% ( $P < 0,05$ ). низком образовательном статусе – 11,4 и 7,9% ( $P > 0,05$ ), неблагоприятном социальном статусе – 1,2 и 0,7% ( $P < 0,05$ ), преимущественно умственном труде – 28,2 и 17,5% ( $P < 0,05$ ), преимущественно тяжелом физическом труде – 22,3 и 17,9% ( $P < 0,05$ ), при эпизодах употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ( $P < 0,05$ ), плохих жилищно-бытовых условиях – 8,4 и 1,9% ( $P < 0,001$ ), низком потреблении овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ( $P < 0,05$ ), злоупотреблении насвая – 0,0 и 87,5% ( $P < 0,001$ ), преимущественном употреблении мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ( $P < 0,05$ ), преимущественном употреблении в суточном

рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ( $P > 0,05$ ), преимущественном употреблении острых и соленых пищевых – 12,4 и 10,4% ( $P > 0,05$ ) и злоупотреблении крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ( $P < 0,05$ ).

Выводы: как видно из результатов, многие факторы, которые мы принимаем, как обыденные, могут иметь непосредственное влияние на развитие как предгипертензия так и артериальная гипертензия. Проведенные эпидемиологические исследования показывают, что ключ к уменьшению распространенности повышения артериального давления необходимо искать только на популяционном уровне, то есть при наличии и под влиянием различных факторов риска.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ЛЕРКАНИДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*ИБРАГИМОВ А.Ю., ФАЗЫЛОВ А.В., МАКСУДОВА М.Г., КУРБАНОВА Ф.Р., МУМИНОВА С.*

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Городская клиническая больница №1, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Оценка эффективности и переносимости комбинированной терапии лерканидипина на качество жизни (КЖ) больных при лечении артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы.** Было обследовано 62 больных АГ, из них 26 мужчин и 36 женщин в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст 58,7 лет), которые находились в кардиологическом отделении Городская клиническая больница №1, а в дальнейшем при амбулаторном наблюдении, в исследование были включены больные с АГ II и III степени. Диагноз был верифицирован согласно национальным клиническим рекомендациями и обследованы лабораторно-инструментальными методами исследования с включением суточного мониторирования АД (СМАД), ЭКГ и ЭхоКГ.

Все больные были рандомизированно распределены на 2 группы (по составу возраста, пола, длительности). Больные 1 группы (36 человек) получали фиксированную комбинацию лерканидипина (10 мг) и бисопролола (5 мг), а больные 2 группы (26 человек) – лерканидипин (10 мг) и эналаприл (5 мг).

Селективный блокатор кальциевых каналов – лерканидипин 10 мг принимался за 20 минут до еды 1 раз в сутки утром, а бисопролол или эналаприл однократно днём или вечером. Титрование дозы проводили постепенно 7–10 дней после начала лечения – до появления его максимального гипотензивного действия.

**Результаты.** Для оценки качества жизни (КЖ) больных был использован международный опросник SF-36, адаптированный к больным с сердечно-

сосудистой патологией. Через 3–6 дней после терапии у больных первой группы систолическое артериальное давление (САД средн) уменьшилось с 178,5 до 134,7 и диастолическое артериальное давление (ДАД средн) с 95,45 до 79,5 мм рт. ст., тогда как у второй группы с 176,85 до 132,4 и с 96,55 до 78,45 мм. рт. ст. соответственно. В дальнейшем (2–3 месяца) терапии в первой группе происходило снижение клинического САД и ДАД средн. со 126,2/83,7 мм. рт. ст. до 120,4/80,7 мм. рт. ст., а тогда как во второй группе соответственно 124,4/81,5 до 118,3/78,6 мм. рт. ст.

К 2–3 месяцам лечения результаты АД были достигнуты у подавляющего большинства больных первой группы у 31 (86,1%) больных, а во второй группе у 23 (88,4%) больных. В обеих группах через 2–3 месяца лечения среднесуточный показатель систолической АД снизился и составил соответственно 123,4 и 121,4 мм. рт. ст.

Достигнут полный эффект целевого уровня АД у обеих групп пациентов применения двойной комбинации лерканидипина с бисопрололом и эналаприлом, что приводит к нормализации суточного профиля АД с достижением целевого уровня САД и ДАД. Одновременно способствовал улучшению КЖ больных с АГ.

**Заключение.** Применение рациональной двух компонентной комбинации антигипертензивного препарата блокатора кальциевых каналов лерканидипина с бисопрололом и эналаприлом отмечается высокой антигипертензивной и выраженным органопротективным воздействием, а также отличается хорошей переносимостью.





## ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

КАРИМОВА Ф.А., ЭМОМЗОДА И.Х., ОДИНАЕВ Ш.Ф., ДЖАЛИЛЗОДА С.С.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

**Цель работы:** является выяснить в какой, степени снижение массы тела может рассматриваться как показатель эффективности и профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня холестерина в крови и нарушение толерантности к глюкозе.

**Материал и методы исследования.** Использовались данные обследования 239 мужчин в возрасте 40–59 лет проходивших диспансерное наблюдений в клинике «Сино» города Душанбе с 2014 по 2017 года. У обследуемых при наличии повышенных уровней риска ИБС проводились профилактические мероприятия и ежегодное повторное обследование. Во время первичного и повторных обследований среди других показателей регистрировались масса тела (МТ) и рост тела, систолическое (АД<sub>с</sub>) и диастолическое (АД<sub>д</sub>), содержание холестерина в сыворотке крови (ХС) и глюкозы через час после нагрузке 75г глюкозы, для исключения зависимости МТ от роста тела использовался индекс массы тела (ИМТ) представляющий отношение МТ к квадрату роста.

**Результаты и обсуждение:** Полученные при обследовании данные показывают линейную зависимость от ИМТ порядка 22–23 кг/м<sup>2</sup> как АД<sub>с</sub>, так и АД<sub>д</sub>. Увеличение ИМТ на 1 кг/м<sup>2</sup> соответствует повышению АД<sub>с</sub> на 1,9мм рт. ст., АД<sub>д</sub> на 1,3 мм рт. ст. (или при среднем росте соответственно 0,65 и 0,44 мм рт. ст. на 1 кг МТ). При определении

содержания ХС четкая связь наблюдается только при ИМТ до 28 кг/м<sup>2</sup>, а при больших значениях ИМТ она отсутствует (то есть ХС при изменении ИМТ на 1 кг/м<sup>2</sup> соответствует изменению содержания ХС примерно на 0,096 ммоль/л или 1,9мг%). Зависимость содержания глюкозы после нагрузки от ИМТ составляет в среднем 0,178 ммоль/л. Эти данные свидетельствуют о наличии четкой зависимости между изучаемыми факторами риска и ИМТ. Для изучения зависимости динамики риска от изменений МТ использовались результаты, полученные у лиц повторно обследуемых через год после первичного обследования (таких лиц было 108). Исследования показали такую же картину, что и при первичном исследовании. Среднее изменение АД<sub>с</sub> составляло 1,8 мм рт. ст., АД<sub>д</sub> – 1,3 мм рт. ст., содержание ХС 0,140 ммоль/л., глюкозы – 0,078 ммоль/л.

**Выводы.** При изменении МТ по данным повторного, с интервалом 1 год обследования одних и тех же лиц сохраняет примерно такая же зависимость АД и ИМТ, как и при статическом её рассмотрении по данным одномоментного изучения популяций. Полученные количественные оценки связей между АД, содержанием ХС и глюкозы, с одной стороны, и МТ и её временными изменениями – с другой, открывают возможности прогнозировать изменения уровней факторов риска по динамике МТ при оценке здоровья населения.

## ВЛИЯНИЕ 12-ТИ МЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА УРОВНИ АНГИОТЕНЗИНА-(1-7) И ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

КОВАЛЬ С.Н., ЮШКО К.А., СНЕГУРСКАЯ И.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

**Цель работы.** Изучить влияние комбинированного лечения с использованием блокатора рецепторов ангиотензина-II (БРА) олесартана или ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) рамиприла на уровни ангиотензина-(1-7) и параметры ГЛЖ у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследовано 76 пациентов с АГ 2-3 степени и СД 2 типа (37 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет. Комплекс обследования включал эхокардиографию с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и диагностики гипертрофии левого желу-

дочка (ГЛЖ). Все пациенты были рандомизированы на две группы: группа О - пациенты, получавшие БРА олесартан (20-40 мг/сутки) и блокатор кальциевых каналов лерканидипин (10-20 мг/сутки) (n = 38), и группа Р - пациенты, получавшие иАПФ рамиприл (5-10 мг/сутки) с лерканидипином (10-20 мг/сутки) (n=38). Все пациенты также получали гиполипидемическую (аторвастатин 20-40 мг/сутки) и сахароснижающую терапию (метформин 1000-2000 мг/сут). Уровни ангиотензина-(1-7) в крови определяли с помощью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Обе группы были статистически сопоставимы по уровням ангиотензина-(1-7) и выра-



женности ГЛЖ в начале лечения. Через 12 месяцев терапии в обеих группах отмечался выраженный антигипертензивный эффект, который достоверно не отличался в зависимости от комбинации антигипертензивных препаратов. В конце лечения уровни ангиотензина-(1-7) достоверно различались только у пациентов группы О - наблюдалось повышение его концентрации на 20,3% (с 108,39(92,32;121,17) нг/л до 130,43(124,42;138,37) нг/л,  $p < 0,01$ ). В группе Р уровни ангиотензина-(1-7) составили 112,09(104,3;115,33) нг/л, что составило недостоверную разницу в сравнении с исходными уровнями ( $p > 0,05$ ). В обеих группах наблюдалось статистически значимое уменьшение ГЛЖ через 12 месяцев лечения - в группе О ИММЛЖ снизился на 6,5% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с исходным уровнем, а в группе Р ИММЛЖ снизился на 6,3% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с исходным уровнем.

Выявлено, что у пациентов с исходным уровнем ангиотензина-(1-7) более 105,51 нг/л оба варианта терапии уменьшали ИММЛЖ (-6,4% для олмесартана и -6,9% для рамиприла). У пациентов с исходным уровнем ангиотензина-(1-7) менее 105,51 нг/л только в группе О наблюдалось достоверный регресс ГЛЖ – уменьшение ИММЛЖ на 6,8% ( $p < 0,01$ ) в сравнении с исходным уровнем. В группе Р изменения ИММЛЖ были достоверно не значимы ( $p > 0,5$ ).

**Заключение.** Применение БРА олмесартана, в отличие от иАПФ рамиприла, статистически значимо увеличивает уровни ангиотензина (1-7) у пациентов с АГ и СД 2 типа. У пациентов с низким уровнем ангиотензина-(1-7), применение олмесартана, в отличие от рамиприла, достоверно уменьшает ИММЛЖ и способствует регрессу ГЛЖ, что можно использовать для дифференцированного выбора блокаторов РАС.

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА НА УРОВНЕ ОСНОВНЫХ ФИЛОТИПОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

КОВАЛЬ С.Н., СНЕГУРСКАЯ И.А., ЮШКО К.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

**Цель работы.** Исследовать изменения уровней высокочувствительного С-реактивного протеина (вЧСРП) и относительное содержание основных филоотипов микробиоты кишечника (МК) – *Firmicutes*, *Bacteroidetes* и *Actinobacteria* у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО).

**Материалы и методы.** Обследовано 55 больных АГ, 2–3 степени в возрасте от 41 до 67 лет, жителей Украины. Среди больных АГ у 30 пациентов было выявлено АО I-II степени. Остальные 25 больных имели нормальную массу тела (НМТ).

Контрольную группу составили 22 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту, также жителей Украины.

Больным проводили стандартные клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Определение в крови уровней вЧСРП проводили иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы DRG (Германия).

Содержание основных филоотипов МК определяли путем идентификации общей бактериальной ДНК и ДНК *Firmicutes*, *Bacteroidetes* и *Actinobacteria*. Анализ проводили методом количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени (qRT-PCR) с использованием универсального праймера для гена 16S рPHK и таксон-специфических праймеров.

Статистическая обработка и анализ данных были проведены с помощью стандартных методов с применением Microsoft Excel 17.0.

**Результаты.** Анализ изменений в крови вЧСРП показал, что у больных АГ с АО его уровни были достоверно выше (3,24[1,23;5,67] мг/л) как по сравнению с уровнями вЧСРП у практически здоровых лиц (1,07 [0,46;2,99] мг/л,  $p < 0,01$ ), так и

больных АГ с НМТ (1,87[0,79;3,80]мг/л,  $p < 0,05$ ). При исследовании содержания основных филоотипов МК у больных АГ с АО было выявлено достоверное повышение относительного содержания *Firmicutes* (44,92 [33,64;55,03]%) по сравнению с группой контроля (29,21 [22,45; 38,19]%,  $p < 0,01$ ). Также были зарегистрированы у пациентов с АГ и АО достоверно более высокие показатели соотношения *Firmicutes/Bacteroidetes* (1,44 [1,12;5,02] по сравнению с практически здоровыми лицами (0,92 [0,64;2,37],  $p < 0,05$ ) и больными с АГ и НМТ (1,13 [0,76;4,11],  $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа выявлено, что в группе больных АГ с АО показатель относительного содержания *Firmicutes* позитивно коррелировал с уровнем в крови вЧСРП ( $R=0,37$ ,  $p < 0,05$ ). В группе больных АГ без ожирения статистически значимых корреляционных взаимосвязей между содержанием основных филоотипов МК и метаболическими показателями выявлено не было.

**Заключение.** У больных АГ с АО, жителей Украины, установлены следующие изменения содержания основных филоотипов МК: достоверное повышение относительного содержания *Firmicutes* по сравнению с практически здоровыми лицами и достоверное повышение соотношения *Firmicutes/Bacteroidetes* по сравнению с группой контроля и пациентами с АГ и НМТ. Выявление позитивной корреляции между показателем относительного содержания *Firmicutes* и уровнем в крови чувствительного маркера воспаления вЧСРП может свидетельствовать о наличии патогенетической взаимосвязи между негативными изменениями МК и процессами активации субклинического воспаления у больных АГ с АО.



## РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ В ОРГАНОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАШКУРОВА З.Т., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., САФАРОВ Ж.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить возможности комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином в кардио – и вазопротекции у пациентов эссенциальной гипертензией (ЭГ).

**Материал и методы исследования:** Согласно протоколу в исследование включены пациенты с I-II степенью АГ (ЕОК/ЕОГ 2018) обоего пола, без тяжелых сопутствующих заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений (острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, аритмии сердца, сахарный диабет), в количестве 36 пациентов. Средний возраст пациентов составил  $52,0 \pm 11,3$  лет, средняя длительность АГ –  $10,4 \pm 9,6$  лет. Из них женщин – 20 (55,5%), мужчин – 16 (44,6)%. Всем пациентам на этапе до лечения и 6-ти месяцев терапии проводили эхокардиографическое (ЭхоКГ) в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации ЭхоКГ в М – и В-режимах на аппарате ультразвуковой системы «En VisorC» («PHILIPS», Голландия). Вазопротективная эффективность анализировалась по толщине комплекса интима/медиа (КИМ) общей сонной артерии, оцениваемая методом дуплексного сканирования и микроальбуминурии (МАУ) в утренней моче. Уровень МАУ определялся методом ферментативного анализа на биохимическом анализаторе «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания), позволяющего оценить МАУ в пределах 30–300 мг/л и выше. Все больные были распределены в 2 группы: 1 группа – больные на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) азилсартаном с нитрендипином ( $n=21$ ) и 2 группа – больные на терапии азилсартаном с индапамидом ( $n=15$ ). Среднесуточная доза азилсартана составила  $49,4 \pm 19,8$  мг, нитрендипина –  $10,0 \pm 3,97$  мг и индапамида –  $1,79 \pm 0,56$  мг. **Результаты** представлены как  $M \pm SD$ .

**Результаты:** Анализ показателей офисного АД показал высокую 6-ти месячную антигипертензивную эффективность в обеих группах, независимо от режима терапии. В частности, в 1 группе показатель САД исходно составил  $155,7 \pm 10,2$  мм рт.ст., в динамике –  $120,0 \pm 5,6$  ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $88,7 \pm 10,0$  мм рт. ст. против  $78,9 \pm 4,5$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ); показатель АДср составил  $111,0 \pm 8,4$  мм рт. ст. против  $92,7 \pm 4,8$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ). Во 2 группе показатель САД исходно составил  $154,7 \pm 10,6$  мм рт.ст., в динамике –  $118,0 \pm 6,7$  ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $90,0 \pm 10,0$  мм рт. ст.

против  $77,3 \pm 7,04$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ); показатель АДср составил  $111,6 \pm 7,95$  мм рт. ст. против  $90,9 \pm 6,8$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ). Обратное развитие ГЛЖ оценивалось по динамике индексированного показателя массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). В частности, в 1 группе ИММЛЖ исходно составил  $138,8 \pm 41,7$  г/м<sup>2</sup>, в динамике –  $124,3 \pm 38,2$  г/м<sup>2</sup> ( $p>0,05$ ); во 2 группе  $126,7 \pm 20,6$  г/м<sup>2</sup> и  $109,7 \pm 16,7$  г/м<sup>2</sup>, соответственно ( $p<0,02$ ). При этом степень снижения ИММЛЖ в 1 группе терапии составила  $-8,2 \pm 16,8\%$  в сравнении со 2 группой  $-12,7 \pm 13,1\%$  ( $p>0,05$ ). Значительный регресс ГЛЖ на фоне 6-ти месячной комбинированной терапии азилсартаном с индапамидом сопровождался улучшением диастолической функции сердца. Так, показатель Е/А в 1 группе до лечения составил  $0,90 \pm 0,3$ , в динамике –  $0,9 \pm 0,3$  ( $p>0,05$ ), а во 2 группе:  $0,8 \pm 0,3$  против  $1,08 \pm 0,37$ , соответственно ( $p=0,031$ ), достигнув нормативных значений. Значительное снижение ММЛЖ у пациентов ЭГ в процессе проводимой терапии азилсартаном с индапамидом ассоциировалось с уменьшением степени концентрического характера ГЛЖ. Следует отметить, что только у пациентов в этой группе терапии отмечено достоверное нарастание индекса КДО/ММЛЖ: до лечения –  $0,49 \pm 0,08$  мл/г, после лечения –  $0,56 \pm 0,09$  мл/г ( $p<0,05$ ). Оба режима терапии характеризовались значительным улучшением сократительной функции миокарда левого желудочка.

Комбинированная терапия азилсартаном с нитрендипином и индапамидом сопровождалась выраженной вазопротекцией, что отмечено достоверным уменьшением толщины КИМ общей сонной артерии в 1 группе и во 2 группе пациентов, а также некоторым снижением уровня МАУ. Так, показатель КИМ в 1 группе исходно составил  $0,93 \pm 0,15$  мм, в динамике –  $0,84 \pm 0,13$  мм ( $p=0,44$ ) и во 2 группе:  $0,91 \pm 0,18$  мм и  $0,82 \pm 0,12$  мм, соответственно ( $p=0,020$ ), достигнув при этом в обеих группах нормативных значений.

**Заключение:** Достижение целевого уровня АД у пациентов ЭГ обеспечивало лучшую органопротективную эффективность на фоне комбинированного применения азилсартана с индапамидом в сравнении с нитрендипином выражающуюся в более выраженной степени снижения ИММЛЖ с уменьшением степени концентрического характера ГЛЖ, улучшении диастолической функции сердца, уменьшении толщины КИМ общей сонной артерии.



## ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ОЙБЕКОВА Г.С., ВАХАБОВ Б.М., КАМАЛОВ Б.Б.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Одной из величайших пандемий неинфекционных заболеваний является гипертоническая болезнь. Известно, что частота гипертонии в общей популяции составляет около 15%, а если включить в это число лиц с пограничной артериальной гипертонией, то доля населения планеты с повышенным артериальным давлением возрастет до 25%, а среди людей в возрасте старше 65 лет – 50% и более. Столь широкая распространенность артериальной гипертонии обуславливает тот факт, что данная группа заболеваний является одной из ведущих причин трудопотерь, инвалидизации и смертности населения.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

**Результаты:** Обследовано 50 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст  $34,8 \pm 2,4$  года, проведены физикальные (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

Установлено, что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали, что наибольшие изменения суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

**Вывод:** Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертонии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

## ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ш.Ф. ОДИНАЕВ, Р.О. НАЗИРОВА, Ф.С. АХМЕДОВ, МУМИНДЖОНОВ С.А.

*Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе*

**Цель:** изучить характер и частоту формирования осложнений в течение годового периода после перенесенной вирусной инфекции у лиц пожилого возраста.

**Материал и методы.** Изучалась частота встречаемости осложнений у 58 больных (25 мужчин и 33 женщин) в возрасте от 61 до 69 лет. В эту группу входили только больные с первичной (истинной, эссенциальной) АГ.

**Результаты и их обсуждение.** Эхокардиографическое обследование подтвердило наличие гипертрофии миокарда левого желудочка у 29 женщин и 20 мужчин, составляя в общем 49 (89%) больных. Далее по частоте выявленных осложнений занимают

гипертензионные кризы, составляя в общем количестве для неосложненных форм 23 (40%) больных и 6 (10,3%) больных с осложненным течением гипертензионного криза. Преходящее нарушение мозгового кровообращения у 5(8,6%) больных, а также ишемические процессы в миокарде, которые у 2(3,4%) больных осложнились инфарктом миокарда. Так, по клинико-лабораторным данным и записям ЭКГ у 7 (12%) больных регистрируется стенокардия напряжения II функционального класса и у 1(1,7%) больного стенокардия напряжения III функционального класса. С клинической точки зрения вполне понятно, что все выявленные осложнения способствуют первично или опосредованно формированию хронической сердеч-





ной недостаточности, которая по данным клинико-лабораторных исследований констатировалась I (NYHA) у 13 (22%) больных, II (NYHA) у 5 (8,6%) больных и III (NYHA) у 2 (3,4%) больных. Это обстоятельство являетсястораживающим, поскольку хроническая сердечная недостаточность является основным фактором риска различных патологических состояний со стороны сердечно-сосудистой системы. Среди осложнений заметно снижающих качество жизни больных пожилого возраста регистрировалось снижение остроты зрения у 13 (22%) больных, гипертоническая энцефалопатия у 5 (8,6%) больных, нарушения ритма сердца у 11 (19%) больных.

**Заключение. Результаты** диспансерного наблюдения и кардиологического обследования за 58 пациентами пожилого возраста длительностью не более одного года свидетельствуют о формировании различных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, причём многие из которых представляют опасность для жизни. Пусковым осложнением, способствующим формированию последующих раз-

личных осложнений является прогрессирующая гипертрофия миокарда левого желудочка, которая по данным наших исследований более достоверно верифицировалась по исследованиям ЭхоКГ. Большая частота осложнений регистрируется в виде гипертензионных кризов, что обусловлено как увеличением влияния стрессорной и психогенной нагрузки на пожилых людей, так и неблагоприятными социально-экономическими условиями. С клинической точки зрения болеестораживают клинико-лабораторные симптомы формирования хронической сердечной недостаточности, которая на фоне гипертрофии миокарда желудочков зачастую протекает по рестриктивному типу и усугубляет диастолическую дисфункцию миокарда. Это обстоятельство у лиц пожилого возраста имеет ряд особенностей: небольшая плотность левого желудочка, расширенная полость левого предсердия на фоне хорошей сократительной способности миокарда усугубляют диастолическую дисфункцию левого желудочка, создавая неблагоприятный фон в прогностическом плане.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД–19 ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КОМОРБИДНҚЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

**РАХИМОВА Д.А., ЖУМАЕВА А.Ч., КАРАКУЛОВА З.Т., САДИКОВА Г.А., САБИРЖАНОВА З.Т., ЗУФАРОВ М.А.**

*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации. г. Ташкент.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Цель.** Сравнительно оценить состояние центральной, легочной гемодинамики и системной эндотелиальной функции (ЭФ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем (ЛС).

**Материал и методы.** обследовано 20 больных ХОБЛ, осложненной ЛС и 30 здоровых лиц – добровольцев (ЗЛ). Больные ХОБЛ имеющие признаки гипертрофии/дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией (в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону, 1985 г), были разделены на 2 группы: 1– 10 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ) (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ <5 мм, при передне-заднем размере ПЖ > 2,5 см); 2 – 8 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ ≥ 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ > 2,5 см) и 20 здоровых лиц. Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики. В плазме крови определяли уровень стабильных метаболитов оксида азота ( $SM_{NO}$ )

**Результаты исследования.** У больных 2-й группы по сравнению с 1 группой прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ сердца. Наблюдается повышение гемодинамической нагрузки на правые отделы сердца и отрицательный сдвиг диастолического наполнения; функции активного расслабления ПЖ сердца. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения. Параллельно степени диастолической дисфункции ПЖ, определяется дезадаптивные нарушения системной эндотелиальной функции. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ до  $6,12 \pm 0,1$  мкм/л у всех больных с ГПЖ до  $8,35 \pm 0,06$  мкм/л. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем среднего давления в легочной артерии и  $SM_{NO}$  в плазме крови.

**Заключение.** Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛС прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.



## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОВИД–19

*РАХИМОВА Д.А., ДЖУМАЕВА А.Ч., КАРАКУЛОВА З.Т., САДИКОВА Г.А., САБИРЖАНОВА З.Т., ЗУФАРОВ М.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент. Ташкентский педиатрический медицинский институт.*

**Цель.** Анализ взаимосвязи ремоделирования периферического кровообращения и функциональных сдвигов в респираторной системе при развитии легочной артериальной гипертензии, у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС).

**Материал и методы.** У 14 больных ХОБЛ с легочной гипертензией (ЛГ) (среднее легочное артериальное давление > 25 мм.рт.ст.) и у 12 больных без ЛГ проведена доплерография на плечевой артерии (ПА) методом S. Solomon. Измеряли исходную максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с), индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) и их прирост в ответ на компрессионную пробу (КП) по методике L. Laurent. Функциональное состояние бронхолегочной системы определяли на аппарате Medikor (Венгрия) по оценке показателей: жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV<sub>1</sub>) и индекса Тиффно (FEV<sub>1</sub>/FVC).

**Результаты.** У больных ХОБЛ с ЛГ выявлено значительное снижение МСС 0,49±0,02 м/с, у больных ХОБЛ без ЛГ умеренное снижение до

0,67±0,05 м/с. В ответ на компрессионную пробу происходил недостаточный прирост максимальной систолической скорости кровотока у больных с ЛГ по сравнению с группой без ЛГ (p<0,05). Индекс циркуляторного сопротивления у больных ХОБЛ с ЛГ продемонстрировал сравнительно меньшую реакцию сосудов на КП (p<0,05).

Повышение показателей ИЦС выявлено при выраженном нарушении бронхиальной проходимости FEV<sub>1</sub> на 38,2±0,5%, FVC на 56,8±1,1%, FEV<sub>1</sub>/FVC на 42,2±0,5% в группе больных ХОБЛ с ЛГ, у больных ХОБЛ без ЛГ выявлены умеренные нарушения функции внешнего дыхания (p<0,03).

**Заключение.** У больных ХОБЛ с легочной гипертензией, наблюдается ремоделирование периферического кровообращения: повышение индекса циркуляторного сопротивления сосудов в ПА, ухудшение способности сосудов к активной вазодилатации, приводящий к увеличению тонуса легочных сосудов. Эти изменения коррелируют со степенью обструктивных нарушений в респираторной системе и прогрессированием легочной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких.

## STUDYING RISK FACTORS IN WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

*RAKHMATOVA D. B.*

*Assistant of the Department of Internal Medicine and endocrinology  
Bukhara State Medical Institute*

**Introduction.** Currently, we do not have data that could fully demonstrate the variability in the prevalence of RF and assess the contribution of traditional and «new» factors to morbidity and cardiovascular mortality in the population. With the aging of the world's population, the incidence of cardiovascular diseases, in particular ischemic heart disease, increases, which accounts for 75% of all deaths among people over 65 years of age. The incidence of atherosclerosis and its clinical manifestations depends on the prevalence and severity of certain risk factors (RF) in the population. Currently, there is ample evidence that the main RF that determine both mortality rates from CVD and their dynamics are arterial hypertension, hypercholesterolemia, obesity and smoking.

**Purpose.** To study risk factors (RF) of cardiovascular diseases (CVD) among women at the Republican Center for Emergency and Emergency Medical Care (RSCE & NMP) of the Bukhara branch.

**Materials and methods.** 259 women aged 38–65 years were examined, of whom 173 were in the middle age (38–49 years old). Taking into account the peculiarities of labor activity, they were divided into 2 groups: I (physical labor) – 82 people; II (mental labor) – 91 people.

**Results:** In women in group II, AH, IHD, LV hypertrophy, low physical activity, smoking, overweight and dyslipidemia were observed more often than in group I. This observation demonstrates the possible relationship of hypertension, ischemic heart disease and



cardiovascular risk factors with the professional activity of women.

The degree of awareness of women about cardiovascular diseases turned out to be indicative, so in the 1st group no one was informed about ischemic heart disease and arterial hypertension, while 60.0% of women in the 2nd group had information about this disease.

The absence of any measures (medicinal and non-medicinal) to control hypertension in persons of the 1st group was evident. Women of intellectual work with a higher educational level in group II were regularly observed by a doctor for coronary artery disease and hypertension and were treated in 66.6% of cases. Along with this, an additional examination (Echocardiography, 24-hour ECG monitoring) revealed damage to target organs in 20% of individuals in group I and in 11.1%

in group II, which may probably be associated with a greater adherence to treatment.

**Conclusion.** The results obtained indicate a possible dependence of the incidence of coronary artery disease and arterial hypertension against the background of atherosclerosis on the specifics of work in middle-aged women, which implies the creation of a database «Young women and their health» and the implementation of organized adequate medical and psychological follow-up in primary care. In conclusion, it should be noted that even small changes made to the lifestyle can create the proper and slow down the aging of the heart. It's never too late to start living a healthy lifestyle. After signs of coronary artery disease appear in a person, risk factors continue to act, contributing to the progression of the disease and worsening the prognosis, therefore, their correction should be an integral part of treatment tactics.

## ЎРТА ЁШДАГИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ СУТКАЛИК ПРОФИЛИНИНГ ҚОНДАГИ ЛИПИД ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ АНИҚЛАШ

САЛИХОВ Б. Р.

*Марказий Ҳарбий Госпитал, Тошкент, Ўзбекистон*

Кузатув мақсади, ўрта ёшдаги артериал гипертензияли (АГ) ли беморларда артериал қон босими (АҚБ) суткалик профилининг қондаги липид спекторига боғлиқлигини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: ўрта ёшдаги (45–60), эркак жинсига мансуб, АГ ли 48 та ҳарбий хизматчилар текширилди. Улар ўз навбатида артериал қон босими суткалик профилига кўра 4 гуруҳга бўлинди (ҳар бир гуруҳ 12 бемордан иборат): 1) Dippers; 2) Non-dippers; 3) Over-dippers; 4) Night-pickers. Биокимёвий таҳлиллардан қондаги умумий ҳолестерин (УХ), Триглицеридлар (ТГ), юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП) ва паст зичликдаги липопротеидлар аниқланган (ПЗЛП).

Натижалар: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ўрта ёшдаги АГ ли беморларда dippers профили беморларда атерогенезни жаддалаштирувчи липидлар –УХ, ТГ, ПЗЛП миқдори бошқа гуруҳ вакилларига нисбатан энг паст кўрсаткичда аниқланди ( $4,2 \pm 0,34$  ммоль/л;  $1,88 \pm 0,66$  ммоль/л;  $2,68 \pm 0,74$  ммоль/л.). Аксинча патологик АҚБ профили яъни non-dippers ва night-pickers вакилларида эса УХ, ТГ, ПЗЛП миқдорлари энг юқори кўрсаткичларда қайд қилинди ( $5,4 \pm 0,32$  ммоль/л;  $2,98 \pm 1,1$  ммоль/л;  $3,85 \pm 0,82$  ммоль/л ҳамда  $5,3 \pm 0,44$  ммоль/л;  $2,76 \pm 0,98$  ммоль/л;  $3,8 \pm 0,64$  ммоль/л) ва dippers гуруҳи вакилларига нисбатан кўрсаткичларнинг статистик тафовут ( $p < 0,05$ ) қайд қилинди. Юқоридаги кўрсаткичлар борасида оралиқ ҳолатни эса over-dippers гуруҳи

вакилларида кузатилиб, бунда УХ –  $4,8 \pm 0,62$  ммоль/л ни, ТГ –  $2,4 \pm 0,85$  ммоль/л ни, ПЗЛП –  $3,2 \pm 0,46$  ммоль/л ни ташкил қилди ва dippers гуруҳи вакилларига нисбатан статистик тафовут ( $p < 0,05$ ) фақат УХ миқдорида аниқланди. Антиатероген хусусиятга эга бўлган ЮЗЛП кўрсаткичлари борасида эса энг юқори кўрсаткич физиологик АҚБ профили dippers вакилларида қайд қилиниб,  $1,17 \pm 0,3$  ммоль/л ни ташкил қилди. Over-dippers гуруҳида  $0,9 \pm 0,3$  ммоль/л ни ( $p < 0,05$  dippers гуруҳи нисбатан), night-pickers профили беморларда  $0,89 \pm 0,2$  ммоль/л ни ( $p < 0,05$ ) ва non-dippers профили изланувчиларда энг паст кўрсаткич,  $0,85 \pm 0,18$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) қайд қилинди.

Хулоса: Юқоридаги натижалар асосида шуни такидлаб ўтиш жоизки АГ ли ҳарбий хизматчиларда патологик АҚБ профили ҳамда атеросклероз ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи липопротеидлар миқдори ортиши билан боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Non-dippers, night-pickers вакилларида бошқа гуруҳ вакилларига нисбатан атерогенезга сабаб бўлувчи липид фракцияларини юқорилиги ва антиатероген хусусиятга эга бўлган липопротеид миқдорини эса пастлиги кузатилди. Бу эса ўз навбатида даволаш жараёнида нафақат патологик АҚБ профили беморларни физиологик профилига йўналтириш лозимлиги, балки атероген липопротеид миқдорини ҳам мақсадли даражага келтириш учун қатъий чора тадбирлар амалга ошириш лозимлигини кўрсатмоқда.



## АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРНИНГ БИОЛОГИК ЁШНИ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ СУТКАЛИК ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ АНИҚЛАШ

САЛИХОВ Б. Р.

*Марказий Ҳарбий Госпитал, Тошкент ш., Ўзбекистон*

**Кузатув мақсади:** Артериал гипертензияли (АГ) беморларда артериал қон босими (АҚБ) суткалик профилининг уларнинг SCORE шкаласи орқали аниқланган биологик ёшига боғлиқлиги аниқлаш.

**Тадқиқот усуллари:** эркак жинсига мансуб, АГ ли 60 та ҳарбий ҳизматчилар текширилди. АҚБ суткалик профилига кўра 3 гуруҳга бўлиниб: 1) Dippers; 2) Non-dippers; 4) Night-pickers, ҳар бир гуруҳ 20 та бемордан иборат. Изланувчилар таркибига Over-dippers профили беморлар кам аниқланганлиги сабабли киритилинмади. Модификацияланган SCORE шкаласи орқали изланувчиларнинг биологик ёши аниқланди. SCORE шкаласи орқали изланувчиларнинг биологик ёши аниқлашда бизлар 5 кўрсаткич яъни, ёш, жинс, систолик АҚБ кўрсаткичи, умумий холестерин миқдори ва беморнинг чекиш ҳолати инобатга олинди.

**Натижалар:** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, dippers АҚБ профили беморларда паспорт ёши  $46,5 \pm 5,1$  ни ташкил қилди, биологик ёш эса  $47,6 \pm 4,9$  ни кўрсатди ва улар ўртасида кескин тафовут кузатилмади. Night-pickers вакилларида эса изланувчиларнинг хронологик ёши dippers гуруҳи вакилларига нисбатан деярли тенг бўлиб,  $46,1 \pm 4,4$

ни ташкил қилган. Қон томир ёши эса  $54,3 \pm 5,4$  ни кўрсатди, ҳамда dippers профили беморларга нисбатан биологик ёшида ишончли равишда статистик тафовут ( $p=0,0001$ ) аниқланди. Биологик ёш кўрсаткичи бўйича энг катта тафовут non-dippers гуруҳига мансуб беморларда аниқланиб,  $56,4 \pm 4,2$  ни ташкил қилди ( $p=0,0001$ , dippers гуруҳига нисбатан). Паспорт ёши эса бошқа гуруҳ вакилларига ўхшаш кўрсаткичда бўлиб,  $45,02 \pm 3,4$  дан иборатдир. Бу эса non-dippers гуруҳи вакилларида қон томир қариш жараёни жадалроқ кечаётганлигидан далолат беради.

**Хулоса:** Патологик профили (night-pickers ва non-dippers) беморларда хронологик ёш ва биологик ёш орасида кескин тафовут аниқланиб, уларда қон томир қариш жараёни жадалроқ руй бераётганлигидан далолат беради, ҳамда бу ҳам ўз навбатида асоратлар ҳавфи ривожига ўз ҳиссасини қўшади. Шу туфайли бу гуруҳ вакилларида бошқариб бўладиган ҳавф омилларини кескин назорат қилиш орқали биологик ёш кўрсаткичини меъёрлаштириш мумкиндир. Физиологик профили – dippers гуруҳи вакилларида биологик ва паспорт ёшлар орасида кескин тафовут аниқланмади.

## ОПТИМИЗАЦИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭРИТРОЦИТОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

СКОРЯТИНА И.А., МЕДВЕДЕВ И.Н.

*Российский государственный социальный университет, Москва, Россия*

**Цель работы:** выяснить терапевтический потенциал комплекса из немедикаментозных средств и симвастатина в отношении влияния на реологические свойства эритроцитов у пациентов с артериальной гипертонией и дислипидемией.

**Материал и методы:** Под наблюдение взяты 55 больных среднего возраста с артериальной гипертонией 1–2 степени и дислипидемией IIb типа, имеющих риск 4. В группу контроля вошли 26 клинически здоровых людей среднего возраста. Всем пациентам для лечения дислипидемии был применен препарат симвастатин в дозе 20 мг на ночь в сочетании с гипополипидемической диетой и комплексом дозированной, индивидуально подобранной и сильной мышечной активности. Проводилась оценка клинических и лабораторных показателей исходно и через 6, 12, 18, 52 и 104 недели терапии. Гипотензивная терапия

проводилась в виде постоянного приема эналаприла 10мг 2 раза в сутки. В работе применены биохимические, гематологические и статистические методы получения научной информации.

**Результаты:** У обследованных больных в исходе выявлено повышение количества измененных эритроцитов и усиление спонтанной агрегации, что очень сильно ухудшает процессы гемореологии. Одновременное применение немедикаментозного воздействия и симвастатина у наблюдавшихся больных оптимизировало липидный состав плазмы за 12 нед. терапии, липидный состав эритроцитов, перекисное окисление липидов в жидкой части крови и красных кровяных тельцах за 6 нед. терапии. Назначение немедикаментозного воздействия и симвастатина нормализовало у наблюдаемых больных эритроцитарную цитоархитектонику. Так, уже через 6 нед. лечения





количество дискоцитов у них возросло с  $69,3 \pm 0,18\%$  до  $82,5 \pm 0,20\%$  и сохранялось на достигнутом уровне до конца наблюдения ( $82,7 \pm 0,10\%$ ). Примененное лечение привело к быстрому снижению суммарного количества обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов до значений характерных для группы контроля и сохранило их на нормальном уровне до конца наблюдения. Уже через 6 нед. терапии у больных достигнута нормализация суммы эритроцитов в агрегате и количества агрегатов при нарастании уровня свободных эритроцитов. При этом к 6 нед. терапии происходило понижение среднего размера агрегата до  $4,7 \pm 0,10$  клеток, показателя агрегации до  $1,14 \pm 0,013$  и увеличение процента

неагрегированных эритроцитов до  $84,7 \pm 0,12\%$ . Эти параметры не менялись в течение всех последующих 98 нед. наблюдения.

**Заключение:** У больных с артериальной гипертонией и дислипидемией развивается ухудшение реологических свойств эритроцитов, что ведет к формированию тромбофилии. Комплексное применение немедикаментозного воздействия и симвастатина нормализует у больных с артериальной гипертонией и дислипидемией микрореологические свойства эритроцитов за 6 недель. Данный факт дает основания рекомендовать этот вариант лечения для использования в широкой клинической практике терапевтов и кардиологов.

## ARTERIAL GIPERTENZIYA BO'LGAN BEMORLARNI DAVOLASH SIFAT KO'RSATKICHINI BAHOLASH JARAYONINING NATIJALARI

XUSINOVA SH.A., XAKIMOVA L.R.

*Samarqand Davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston*

**Tadqiqotning maqsadi.** 6 oy davomida arterial gipertensiya bilan kasallangan bemorlarni davolashda 50% ga tibbiy yordam sifatini oshirish.

**Tadqiqot materiallari va usullari.** Ushbu tadqiqot Samarqand shahar oilaviy poliklinikasida o'tkazildi. Retrospektiv usulda poliklinikada dispanser kuzatuvida bo'lgan arterial gipertensiyali bemorlarning ambulator xaritalari ko'rib chiqildi. Ushbu bemorlarni tashxislash va davolash usullariga alohida e'tibor qaratildi va JSST (1999) ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan gipertenziya davolash standartlariga mos kelishiga alohida e'tibor qaratildi. Arterial gipertensiyali bemorlarga tibbiy yordam sifatini baholash uchun standartlar va ko'rsatkichlar ishlab chiqildi va joriy etildi. Ma'lumotlarni to'plashni rejalashtirish – ambulatoriya xaritalarini, hisobotlarni, bemorlarni ro'yxatga olish va hisobga olish jurnalini, arterial gipertensiyona chalingan shifokorlar va bemorlar bilan intervyularni, ma'muriy hujjatlarni ko'rish.

**Tadqiqot natijalari.** 2021 yilning 6 oy davr mobaynida poliklinikada ro'yxatdan o'tgan arterial gipertensiya kasalligiga chalingan bemorlar soni 1800 bemor edi. Ulardan erkaklar 845 kishi va 955 ayollar edi. Ushbu bemorlarda qon bosimi darajasi  $140-180/100-120$  mm simob ichida o'zgarib turardi. 606 bemorlarida (22,6%) arterial gipertoniya tashxisi qo'yilgan poliklinika shifokorlari faqat bitta qon bosimi o'lchovi va shifokorga murojaat qilish vaqtida bemorlarning sub'ektiv ma'lumotlari asosida joylashtirilgan. Bu qon bosimi baholash barcha qoidalarga muvofiq kamida ikki marta o'lchanadi har bir qon bosimi bilan, (kamida 1 hafta farq bilan) uch tibbiy ko'rikdan kamida qayd qon bosimi ulcho'lchov asosida belgilangan bo'lishi kerak, deb topildi. Poliklinikada faqat 10 shifokorlar (20%) arterial gipertoniya uchun dori-darmonlarni oqilona ishlatish

printsipialari bo'yicha o'qitiladi. Arterial gipertensiyali bemorlarni davolashda poliklinika shifokorlari ushbu kasallik samaradorligi papaverin gidrokloridi, dibazol, magnezium sulfat, raunatin va reserpine kabi klinik jihatdan isbotlanmagan preparatlardan foydalanishgan. JSST mutaxassislar gipertoniyaning davolash uchun quyidagi antigipertensiv dori foydalanishni tavsiya etadilar: bular beta-blokatorlar, tiazid diuretiklar, kaltsiy antagonistlari, APF inhibitorlari, angiotensin-II retseptorlari antagonistlari va alfa-blokatorlar. Yuqoridagi dorilar arterial hipertensiyali 896 bemorlarida buyurilgan. Bundan tashqari nomedikamentos davolash usullariga xam etarli darajada etibor qaratilgan emas: jumladan ortiqcha vaznini kamaytirish, ayniqsa abdominal turdagi semizlik bo'lgan insonlarda, osh tuzi iste'molini kuniga 5 grammgacha cheklash, spirtli ichimliklar iste'molini cheklash, muntazam ravishda izotonik jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish va ovqatlar bilan kaliy iste'moli miqdorini ku'paytirish. Arterial gipertoniya chalingan 2677 bemorlardan 1356 tasiga (50,6%) poliklinika shifokorlari tomonidan ularning kasalligi haqida ma'lumot berdilar.

**Xulosalar.** Arterial gipertoniya tashxisi 22,6% hollarda poliklinika shifokorlari tomonidan qon bosimining faqat bitta o'lchovi va ularga murojaat qilish vaqtida bemorlarda bo'lgan sub'ektiv ma'lumotlarga asoslanadi. Poliklinikada dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga ega bo'lgan biron-tashkilot shifokor yo'q. 33,5% hollarda arterial gipertoniya bilan og'rikan bemorlarni davolashda ushbu kasallik samaradorligi klinik jihatdan tasdiqlanmagan (papaverin gidrokloridi, dibazol, magnezium sulfat, raunatin va reserpine) dorilar ishlatilgan. Arterial gipertoniya bilan 1800 bemorlardan 940 tasi ularning kasalligi haqida ma'lumot oldi.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., МАШАРИПОВ Ш.М., МАШКУРОВА З.Т., ШУКУРОВА Д.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучить сравнительную эффективность комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина и амлодипина с учетом показателей центральной гемодинамики и артериальной жесткости в процессе 12-ти месячной терапии у пациентов артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 38 пациентов мужчин и женщин с I–III степенью артериальной гипертензии (АГ) по классификации (ESH/ESC, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. Средний возраст пациентов составил  $57,3 \pm 12,5$  лет, средняя длительность АГ –  $10,96 \pm 7,3$  лет. Из них женщин – 24 (63,2%), мужчин – 14 (36,8%). Всем пациентам были проведены следующие обследования: оценка традиционных факторов риска, физикальное обследование, эхокардиография, суточное мониторирование АД (СМАД), оценка параметров артериальной жесткости с измерением каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны (СПВ). Для анализа показателей системной и региональной жесткости артериального русла с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия) осуществляли аппланационную тонометрию. Препарат нитрендипин в дозе 5, 10 и 20 мг в сутки или амлодипин в дозе 2,5, 5, 10 мг в сутки (в зависимости от степени АГ) назначался пациентам АГ в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Результаты представлены как  $M \pm SD$ .

**Результаты.** Из 38 пациентов 24 (I группа) принимали нитрендипин в комбинации с другими антигипертензивными препаратами и 14 пациентов (II группа) принимали амлодипин в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Анализ показателей офисного АД продемонстрировал высокую 12-ти месячную антигипертензивную эффективность как с включением нитрендипина, так с включением амлодипина у пациентов АГ. В частности, в I группе показатель САД исходно составил  $159,8 \pm 20,17$  мм рт.ст., в динамике –

$122,2 \pm 9,7$  ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $96,8 \pm 13,8$  мм рт. ст. против  $76,3 \pm 4,92$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ). Во II группе показатель САД исходно составил  $165,7 \pm 12,8$  мм рт.ст., в динамике –  $125,8 \pm 9,3$  ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $98,2 \pm 10,7$  мм рт. ст. против  $77,1 \pm 4,68$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ).

Анализ показателей центральной гемодинамики и артериальной жесткости выявил лучшую 12-ти месячную эффективность антигипертензивной терапии с включением нитрендипина у пациентов АГ в сравнении с амлодипином. В частности, показатель центрального САД (цСАД) в I группе исходно составил  $160,4 \pm 29,3$  мм рт. ст., в динамике  $142,1 \pm 16,95$  мм рт. ст. ( $p=0,000$ ) в сравнении со II группой: исходно  $159,6 \pm 25,0$  мм рт. ст., в динамике  $143 \pm 29,3$  мм рт. ст. ( $p>0,05$ ); показатель центрального ДАД (цДАД) в I группе исходно составил  $85,25 \pm 15,5$  мм рт. ст., в динамике  $81,3 \pm 12,0$  мм рт. ст. ( $p=0,02$ ) в сравнении со II группой: исходно  $82,5 \pm 16,09$  мм рт. ст., в динамике  $81,7 \pm 17,1$  мм рт. ст. ( $p>0,05$ ); показатель центрального ПД (цПД) в I группе исходно составил  $75,1 \pm 16,7$  мм рт. ст., в динамике  $63,7 \pm 15,4$  мм рт. ст., ( $p=0,000$ ) в сравнении со II группой: исходно  $77,14 \pm 19,4$  мм рт. ст., в динамике  $61,2 \pm 19,07$  мм рт. ст. ( $p>0,05$ ). Следует отметить, что динамика показателя СПВ была достоверной в обеих группах пациентов. Так, в I группе показатель СПВ исходно составил  $11,6 \pm 2,73$  м/с, в динамике  $9,56 \pm 2,3$  м/с ( $p=0,000$ ); во II группе: исходно составил  $10,6 \pm 1,99$  м/с, в динамике  $8,82 \pm 1,35$  м/с ( $p=0,000$ ), достигнув в обеих группах нормативных значений.

**Заключение.** Таким образом, показана хорошая антигипертензивная эффективность и уменьшение артериальной жесткости, по показателю СПВ на фоне обоих режимов комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина и амлодипина у пациентов АГ. Тем не менее, на фоне комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина отмечалась значительная положительная динамика со стороны показателей центральной гемодинамики в сравнении с амлодипином.



## O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI VA ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOS KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDA ARTERIAL GIPERTENZIYANI DAVOLASHDA JIGAR HOLATINI BAHOLAB BORISH

YARMATOV S.T., ERGASHEVA M.T.

*Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrasida*

**Kirish:** O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi mavjud bo'lganida arterial gipertenziyani davolashda kalsiy antagonistlari tanlov preparati bo'lib hisoblanadi. So'nggi paytlarda alkogolsiz yog'li gepatoz (AYG) klinik amaliyotda ko'p uchrayotganligini kuzatishimiz mumkin. Jigarning alkogolsiz yog' kasalligi ko'pincha belgilarisiz o'tib, shifokor ko'rigidan o'tayotgan bemorda qonning biokimyoviy tahlili yoki ultratovushli tekshiruv natijasida aniqlanadi. Bemorda deyarli shikoyat bo'lmaydi. Alkogolsiz yog'li gepatoz metabolik sindromning oltinchi mezon sifatida e'tirof etiladi va yurak-qon tomir kasalliklari uchun alohida xavf omili hisoblanadi. Aynan metabolik sindromda arterial gipertenziya (AG) va alkogolsiz yog'li gepatoz birgalikda kelishi ko'p kuzatiladi. Arterial gipertenziya va alkogolsiz yog'li gepatoz mavjud bo'lgan bemorlarda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) qo'shilib kelsa, bemorlarni davolash va olib borish jaroyoni murakkablashadi.

**Tekshirish maqsadi:** o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi va alkogolsiz yog'li gepatoz kasalliklari bilan qo'shilib kelgan arterial gipertenziyani davolashda amlodipinning jigar funksiyasi va morfologiyasiga ta'sirini o'rganish.

**Materiallar va usullar:** Tekshirish davomida O'SOK, AYG va AG aniqlangan 24 nafar (15 nafar erkak va 9 nafar ayol) bemordagi o'zgarishlar o'rganildi. Barcha bemorlarda I va II darajali AG tashxisi qo'yilgan va ultratovush tekshiruv o'tkazilganida AYG belgilari tasdiqlangan. Bemorlarda spirometriya usuli bilan o'rtacha darajadagi bronxlar obstruksiyasi aniqlandi. Jigardagi funksional va morfologik (o'lchamlari) o'zgarishlar qonning biokimyoviy (umumiy bilirubin, ishqoriy fosfataza

va transaminaza) va ultratovush tekshiruvlari bilan tasdiqlandi. Bemorlar uchun amlodipinning sutkalik dozasi 10 mg bo'lgan.

**Natijalar va ularning tahlili:** Bemorlar shartli ravishda 3 guruhga bo'lingan: I guruh – 8 nafar bemor, ular 6 oy davomida amlodipinni qabul qilgan bemorlar; II guruh – 9 nafar bemor, ular 1–2 oy davomida amlodipinni qabul qilgan bemorlar; III guruh – 7 nafar bemor, ular 2 yildan ortiq vaqt davomida amlodipinni qabul qilgan bemorlar. Bemorlardan olingan natijalar tahlil qilinganida I guruhga oid bemorlarda ishqoriy fosfatazaning normaga nisbatan o'zgarishi 10–15% ga oshganligi aniqlandi. II guruhdagi bemorlarning o'tkazilgan ultratovush tekshiruvida jigar o'lchamlari 0,6–1,0 sm ga oshganligi aniqlandi. Biokimyoviy tahlilda ALT va GGT mos ravishda 30–40% ga oshganligi kuzatildi. III guruhdagi bemorlarda esa barcha ko'rsatkichlar oshganligini aniqlandi: ALT–35–40% ga, GGT–39–50% ga, ALP–33–36% ga, umumiy bilirubin 11–14% ga, jigar o'lchamlari esa 1,0–1,6 sm. Ammo mana shunday o'zgarishlarga qaramasdan amlodipinni bekor qilish tavsiya etilmaydi. Faqatgina sariqlik paydo bo'lganida, yuqori norma chegarasidan aminotransferaza 2 marta va ALP 1,5 marta ko'pga oshsa hayot uchun zarur dori preparatlaridan boshqa barcha preparatlar bekor qilinishi lozim.

**Xulosa:** O'SOK, AYG va AG qo'shilib kelgan va anigipertenziv dori vositasi sifatida amlodipin 10 mg ni qabul qilayotgan bemorlarda doimiy ravishda qonning biokimyoviy tahlili va ultratovush tekshiruv o'tkazilib borilishi lozim. Bunda jigar o'lchamlari va transaminaza, ishqoriy fosfataza, umumiy bilirubin darajalariga alohida e'tibor qaratish talab etiladi.

## ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АГ

ЯРМУХАМЕДОВА С.Х., АМИРОВА Ш.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** ГБ остается существенным фактором, ухудшающим ремоделирование миокарда. Нарушения диастолической функции правого желудочка у больных сердечной недостаточностью (СН) являются независимым прогностическим фактором выживаемости, а использование доплерографии позволяет выявить новые информативные параметры диастолической дисфункции (ДД), а также доказать ее связь с развитием лёгочной гипертензии.

**Цель исследования:** Изучить диастолическую функцию правого желудочка у больных с различными стадиями гипертонической болезни и при присоединении сердечной недостаточности II-III функционального классов.

**Материалы и методы исследования.** Нами был обследован 71 больной ГБ. Все обследованные были подвергнуты комплексному обследованию с целью исключения симптоматической АГ и других заболеваний. Диагноз ГБ ставили на



основании критериев, предложенных комитетом экспертов ВОЗ. В исследование были включены больные ГБ II-III стадий – 31 женщины (43,66%) и 40 мужчин (56,3%) (в возрасте от 25 до 63 лет). Средний возраст по группе составил  $50,3 \pm 4,6$  года. Прием гипотензивных препаратов отменили за 24 часа до начала исследования. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование с доплерографией.

**Результаты** и их обсуждение. Был проведен анализ параметров диастолической функции ПЖ в зависимости от уровня подъёма ДАД между больными с мягкой и высокой АГ. При этом были выявлены достоверные различия, которые касались соотношения максимальной скорости наполнения (МСН) к максимальной скорости изгнания (МСИ) при тенденции к росту времени фазы быстрого наполнения (ВФБН) в диастолу правого желудочка, что обусловлено начальными признаками диастолической дисфункции правого желудочка со снижением МСН и умеренным ростом вклада систолы правого предсердия (ВСПП) в наполнение правого желудочка. По остальным показателям различия оказались статистически недостоверными. Показатели расслабления и заполнения ПЖ между больными с мягким и умеренным повышением уровня АД не отличались достоверно, кроме больных с умеренным повышением диастолического АД. Достоверные отличия между подгруппами больных с гипертонической болезнью касались лишь

соотношения МСН/МСИ, существенно снижавшейся при ГБ II стадии.

При дальнейшем изучении диастолической функции у пациентов гипертонической болезнью II стадией выявлено, что у 31 больных (40,8%) отмечался «псевдонормальный» тип диастолических нарушений, заключающийся в приближении к нормативным показателям максимальной скорости наполнения, а также в нормализации вклада систолы предсердия. Псевдонормальный тип дисфункции ПЖ связан с ростом МСН. Увеличение МСН носит компенсаторный характер, позволяющий преодолеть ригидность правого желудочка. Кроме того, этот тип диастолической дисфункции был связан с укорочением времени IVRT. При развитии III стадии ГБ отмечается существенное преобладание пациентов с рестриктивным типом нарушения диастолы. При этом индекс МСН/МСИ достоверно увеличивался. У больных гипертонической болезнью III стадией формирование рестриктивного типа диастолических нарушений влияло и на временные показатели диастолы.

**Выводы.** Таким образом, при присоединении СН у больных на различных стадиях гипертонической болезни развивается более тяжелая ДД ПЖ, в ряде случаев характер рестриктивного характера. У больных с тяжелой СН выявляется снижение сократительной способности правого желудочка, которое заключалось в достоверном, снижении МСИ, тенденции к снижению УО и увеличению КДО ПЖ.





## ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НА ФОНЕ COVID-19

АБДУЛЛАЕВА С.Я., ПУЛАТОВА М., НИКИШИН А.Г., МУЛЛАБАЕВА Г.У., АБДУРАЗАКОВ Ж.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз

**Цель:** изучить особенности коморбидной патологии у пожилых пациентов ишемической болезнью сердца с COVID-19 в сравнительном аспекте.

**Материалы и методы:** Ретроспективное исследование, 78 больных со стабильной ишемической болезнью сердца, у которых за период лечения была выявлена коронавирусная инфекция, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии в 2020 г. Все больные были разбиты на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты старше 65 лет, а во вторую группу – младше 65 лет

Анализ сопутствующей патологии проводился у пациентов в аспекте регистрации сердечно-сосудистой патологии и хронических заболеваний в анамнезе. О факте наличия сопутствующей патологии судили по данным анализа медицинской документации и результатам стационарного обследования пациентов.

Статистическая обработка данных, выполнялась с применением специализированной программы Statistica 6.0, а также MS Excel 2007. В связи с тем, что полученные данные относились к разряду непараметрических, для подсчета достоверности результатов были использована четырехпольная таблица и критерий Фишера.

**Результаты исследования.** Средний возраст в группах составил: 72,4 ( $\pm 4,9$ ) в группе старше 65 лет и 52,2 ( $\pm 3,8$ ) в младшей группе,  $p = 0,05$

В обеих группах пациентов с выявленным COVID-19 соотношение мужчин и женщин значительно не различалось: 48,15% мужчин и 51,85% женщин в

первой группе ( $p = 0,78$ ), и 47,6% мужчины и 52,9% женщин во второй группе ( $p = 0,84$ ).

В старшей группе не встречалось пациентов со стенокардией напряжения «легких» функциональных классов I и II: 0% к 17,65% в младшей группе ( $p = 0,02$ , соответственно стенокардия напряжения ФК III-IV регистрировалась в основном в группе пожилых пациентов: 92,59% к 49,02% в младшей группе, ( $p = 0,0001$ ). Не было зафиксировано значимых различий между группами в отношении таких заболеваний как: гипертоническая болезнь (включая степени артериальной гипертензии), постинфарктный кардиосклероз, острое нарушение мозгового кровообращения, постоянная форма фибрилляции предсердий и сахарный диабет. Однако больные с нарушением толерантности к глюкозе зарегистрированы только в группе пожилых пациентов (7,41%,  $p = 0,05$ ).

Хроническая сердечная недостаточность II а стадии, III функционального класса по NYHA, дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, хроническая болезнь почек II-III стадии, хроническая обструктивная болезнь легких, также значительно чаще встречаются в старшей группе

**Выводы:** Группа больных старше 65 лет, с сопутствующей коронавирусной инфекцией, характеризуется более тяжелой коморбидностью в отношении стабильной стенокардии напряжения ФК III-IV дисциркуляторной энцефалопатии II стадии, хронической болезни почек II-III стадии а также, хронической обструктивной болезни легких.

Сахарный диабет и фибрилляция предсердий – сопутствующие заболевания, отягощающие течение как ИБС, так и COVID-19 независимо от возраста пациента.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С И БЕЗ ВЫЯВЛЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., ПУЛАТОВА М. НИКИШИН А.Г., МУЛЛАБАЕВА Г.У., АБДУРАЗАКОВ Ж.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз.

**Цель:** изучить особенности коморбидной патологии у пациентов ишемической болезнью сердца с и без COVID-19 в сравнительном аспекте.

**Материалы и методы:** Ретроспективное исследование, 96 больных со стабильной ишемической болезнью сердца, старше 65 лет находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии в 2020 г. Все больные были разбиты на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты, у которых за период лечения была выявлена коронавирусная инфекция, а во вторую группу – пациенты свободные от COVID-19

Анализ сопутствующей патологии проводился у пациентов в аспекте регистрации сердечно-сосудистой патологии и хронических заболеваний в анамнезе. О факте наличия сопутствующей патологии судили по данным анализа медицинской документации и результатам стационарного обследования пациентов.

**Результаты** исследования: Две группы были сопоставимы по основным демографическим и клини-

ческим показателям. Средний возраст в группах составил: 72,4 ( $\pm 4,9$ ) в группе COVID-19 и 69,6 ( $\pm 4,8$ ) в контрольной группе,  $p = 0,07$ . В группе пациентов с выявленным COVID-19 соотношение мужчин и женщин значимо не различалось: 48,15% мужчин и 51,85% ( $p = 0,78$ ), при этом во второй группе, мужчины достоверно преобладали: 75,6% к 24,4%,  $p = 0,00001$ .

В группе пациентов с выявленной коронавирусной инфекцией значимо преобладает число больных с сахарным диабетом (22,2% к 4,4% в контрольной группе,  $p = 0,02$ ). Пациенты с хронической ревматической болезнью сердца (14,8% к 0%,  $p = 0,01$ ) и с постоянной формой фибрилляции предсердий (14,8% к 0%,  $p = 0,01$ ), наблюдались только в группе с COVID-19

**Выводы:** В группе больных ИБС с COVID-19 не отмечалось гендерных различий

Сахарный диабет, хроническая ревматическая болезнь и фибрилляция предсердий – сопутствующие заболевания, отягощающие течение как ИБС, так и COVID-19.

## ЛЕЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

М.Х.АКМУРАДОВА, Г.Г.ДЕРЯЕВА, З.Р.МУХАМЕДОВА, ОРЕЕВ Б., ТОРАЕВА С., АТАЕВ С.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабат, Туркменистан

Продолжительное течение БА нередко осложняется со стороны сердечно-сосудистой системы, что приводит к ухудшению прогноза заболевания и увеличение смертности от БА и её осложнений среди лиц трудоспособного возраста (GINA, 2006). Диастолическая дисфункция правого желудочка как правило, предшествует развитию систолической дисфункции правого желудочка на этапах формирования хронического легочного сердца

**Цель исследования:** изучить значение антагонистов кальция – амлодипина и блокаторов АТ II рецепторов – лозартана в коррекции диастолической дисфункции правого желудочка у больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы:** исследования: обследовано 20 больных, средний возраст которых составил –  $35,8 \pm 1,32$  лет. Из них женщин – 14, мужчин – 6. Длительность заболевания составило –  $9,52 \pm 1,18$ . Контрольную группу составили 20

практически здоровых лиц, средний возраст составил –  $37,4 \pm 1,17$  лет. Методом ЭХОКГ на аппарате «ALT Ultramark – 9» изучали состояние правого желудочка. ЭХОКГ была проведена больным со средним и тяжелым течением в период затихающего обострения. Больным было проведено стандартное лечение (бронхолитики, муколитики, отхаркивающие, антигистаминные и т.д.) и лечение антагонистами кальция – амлодипином (нормодипин «Gedeon Rihter») и блокатор АТ II рецепторов – лозартан (лориста «KRKA»). Суточная дозировка подбиралась индивидуально методом титрования. Повторное обследование было проведено через 8 недель.

Полученные результаты. При сравнении с группой контроля у больных бронхиальной астмой конечно-систолический размер (КСР, мм) ( $25,64 \pm 0,46$ ,  $28,66 \pm 1,05$ ,  $p < 0,05$ ), и конечно – диастолический размер (КДР, мм) ( $35,80 \pm 0,38$ ,  $42 \pm 1,15$ ,  $p < 0,01$ ), конечно-систолический объем (КСО, мл) ( $23,48 \pm 0,89$ ,  $31,83 \pm 2,86$ ,  $p < 0,001$ ), и конеч-



но – диастолический объем (КДО, мл) ( $59,32 \pm 1,76$ ,  $79,16 \pm 5,08$ ,  $p < 0.001$ ), размер правого предсердия (ПП, мм) ( $32,09 \pm 0,38$ ,  $40,33 \pm 1,74$ ,  $p < 0.01$ ) увеличились. Фракция выброса (ФВ, %) ( $63,06 \pm 0,30$ ,  $60 \pm 1,12$ ,  $p < 0.05$ ) снизилась, толщина передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ, мм) ( $4,20 \pm 0,06$ ,  $5,66 \pm 0,30$ ,  $p < 0.01$ ) увеличилась, показатель E – ( $0,57 \pm 0,01$ ,  $0,58 \pm 0,04$ ,  $p > 0.05$ ) существенно не изменялся, показатель A – ( $0,39 \pm 0,02$ ,  $0,58 \pm 0,02$ ,  $p < 0.01$ ) повысился, E/A- ( $1,53 \pm 0,05$ ,  $1,02 \pm 0,13$ ,  $p < 0.01$ ) снизилось. При

стандартном лечении показатели существенно не изменились. При лечении нормодипином и лориста КСР, КДР, КСО, КДО, ПП, ТПСЖЖ имели тенденцию к уменьшению. ФВ имела тенденцию к увеличению. Показатель A имел тенденцию к снижению, E/A имел тенденцию к повышению.

Таким образом, у больных бронхиальной астмой после лечения амлодипином и лозартаном толщина передней стенки правого желудочка и диастолическая дисфункция имели тенденцию к уменьшению.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ CYS681X ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

АЛИЕВА Р.Б.<sup>1</sup>, ШЕК А.Б.<sup>1</sup>, АБДУЛЛАЕВ А.А.<sup>2</sup>, ХОШИМОВ Ш.У.<sup>1</sup>, НИЗАМОВ У.И.<sup>1</sup>, УМУРЗАКОВА М.М.<sup>1</sup>, ЗИЯЕВА А.В.<sup>1</sup>, ХОДИМЕТОВА Ш.А.<sup>1</sup>.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз (Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии)<sup>1</sup>, Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз<sup>2</sup>*

**Цель исследования:** изучить распределение Cys681X полиморфизма гена рецептора липопротеидов низкой плотности у больных семейной гиперхолестеринемией узбекской популяции.

**Материалы и методы исследования.** Основную группу (I группа СГХС) составили 50 больных с СГХС (возраст  $49,1 \pm 10,4$  лет обоего пола, 42% мужчин). Группу сравнения (II группа) составили 145 больных с исключенным диагнозом СГХС (неСГХС) (возраст  $61,1 \pm 10,0$  лет, 50,3% мужчин). Диагноз СГХС устанавливали на основании следующих критериев: уровень ОХС более 8,5 ммоль/л, наличие сухожильных ксантом у обследуемого или родственников первой степени родства. Критерием исключения являлось повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови  $\geq 4,5$  ммоль/л. Выполняли анализ лабораторных показателей (липидный спектр, глюкозы, гликированного гемоглобина и т.д.) и инструментальные (электрокардиографию, эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий). Генотипирование Cys681X полиморфизма гена рецептора липопротеидов низкой плотности было выполнено PCR-RFLP методом у 195 пациентов.

**Результаты.** При сравнительном анализе распределения частот генотипов оказалось, что

в группе больных СГХС генотип А/А Cys681X полиморфизма гена рЛПНП встречался чаще 5 (10%), чем в группе неСГХС 8 (5,5%), однако различия носили недостоверный характер ( $P > 0,05$ ). В распределении частот других генотипов и аллелей полиморфного маркера Cys681X полиморфизма гена рЛПНП в группах больных СГХС и неСГХС лиц **узбекской национальности не было выявлено значительных различий**. При анализе показателей липидов, в группе больных с СГХС носители А аллеля имели несколько высокий уровень ОХС, ТГ и ХС ЛПНП ( $367,4 \pm 102,1$ ,  $336,8 \pm 447,5$  и  $230,9 \pm 56,5$ ) относительно больных с неА-носителями ( $347,7 \pm 164,5$ ,  $302,3 \pm 297,8$  и  $221,9 \pm 88,3$ ), однако различие носило недостоверный характер.

**Заключение.** Генотип А/А Cys681X полиморфизма гена рЛПНП встречался чаще 5 (10%), чем в группе неСГХС 8 (5,5%), однако различия носили недостоверный характер ( $P > 0,05$ ). Необходимо дальнейшее изучение других полиморфных вариантов гена рецептора липопротеидов низкой плотности, Аполипротеина В и PCSK9 для выяснения их взаимного влияния на развитие семейной гиперхолестеринемии в узбекской популяции



## ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ЛП(А) НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АЛИЕВА Р.Б.<sup>1</sup>, ШЕК А.Б.<sup>1</sup>, АБДУЛЛАЕВ А.А.<sup>2</sup>, ХОШИМОВ Ш.У.<sup>1</sup>, НИЗАМОВ У.И.<sup>1</sup>, СРОЖИДИНОВА Н.З.<sup>1</sup>, ЗИЯЕВА А.В.<sup>1</sup>, ХОДИМЕТОВА Ш.А.<sup>1</sup>

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз (Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии)<sup>1</sup>, Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз<sup>2</sup>

Липопротеин(а) – независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и включение его в известные шкалы риска (Framingham Risk Score (FRS), Reynolds Risk Score (RRS)) улучшает риск-стратификацию больных ИБС.

**Цель:** Мы ставили целью изучить вклад повышенного Lp(a) в 10-летнюю смертность у 140 больных ИБС в узбекской популяции, в зависимости от пола, исходного уровня липидов, апополипротеинов А-I, В и некоторых генетических полиморфизмов ApoA1, ApoE и ApoB.

**Материалы и методы:** В когортное исследование было включено 140 пациентов (75 мужчин, 65 женщин) госпитализированных с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия (IIБ класс, E. Braunwald et al., 1989) в 2009–2011 гг. Конечными точками при 10-летнем наблюдении была смерть от сердечно-сосудистых причин: фатальный инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть.

**Результаты:** В исследуемой когорте больных ИБС распределение Lp(a) было скошено вправо,

медиана составляла 16.9, а среднее значение – 34.3 мг/дл. При этом значения Lp(a), в верхнем IY квантиле (>75%) у включённых в исследование были > 41 мг/дл, и достоверно не различались среди мужчин (42.0) и женщин (39.0). В связи с этим мы сравнили исходные показатели в 2 группах больных: с Lp(a) ниже (I группа) и выше (II) 75<sup>th</sup> percentile (табл.1). Исследуемые группы больных не отличались по полу, возрасту, тяжести клинического состояния, гемодинамическим и биохимическим параметрам, за исключением уровня Lp(a). При сравнении 10-летних исходов в когорте из 140 больных CAD с уровнем Lp(a) ниже (I группа) и выше (II) 75<sup>th</sup> percentile (41 мг/дл) смертность от сердечно-сосудистых причин была значительно выше во II группе (RR 3.67; 95% CI 1.67–8.11; p=0.002).

**Заключение:** В отсутствие таргетной терапии Lp(a), несмотря на лечение статинами, длительная экспозиция его уровня выше 75<sup>th</sup> percentile способствовала увеличению 10-летней кардиоваскулярной смертности у больных ИБС в узбекской популяции.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И УРОВНЯ ПРОКОНВЕРТИН СУБТИЛИЗИН –КЕКСИНОВОЙ КОНВЕРТАЗОЙ 9 ТИПА

АЛИЕВА Р.Б., ХОШИМОВ Ш.У., ЗИЯЕВА А.В., ШЕК А.Б..

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения хронической ишемической болезни сердца у больных ИБС, связь с показателями липидного обмена и проконвертин субтилизин-кексиновой конвертазой 9 типа.

**Материал и методы исследования** явились 201 пациент со стабильной хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), из которых у 57 была гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия (ГеСГ), группу сравнения составили 144 пациента ХИБС без ГеСГ, разделённые на подгруппу А (n=63) – пациенты не принимавшие статины и В – принимавшие их на амбулаторном этапе (n=81).

**Результаты:** Установлено, что поздняя диагностика Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией в узбекской популяции приводит к раннему развитию ИБС и её осложнений – инфаркта, инсульта, чрескожных коронарных вмешательств, в связи с чем необходимо расширить проведение

липидных исследований в амбулаторном звене, в первую очередь у молодых лиц с наследственным анамнезом ИБС, с использованием Голландских диагностических критериев. Проведение сравнительной оценки клинического течения хронической ишемической болезни сердца у больных гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией и несемейной дислипидемией было выявлено, что несмотря на то, что больные ХИБС с ГеСГ, включённые в исследование были в среднем на 12 лет моложе, чем в группе сравнения, у них в 1,8 раза чаще встречался инфаркт миокарда в анамнезе (52,6% против 29,2%, P<0.05), в 3 раза чаще инсульт (10,5% против 2,8%, P<0.05) и в 2 раза – чрескожные коронарные вмешательства со стентированием (31,6% против 16,7%, P<0.05).

**Выводы:** Оценка уровня PCSK-9 в крови, способствует подтверждению диагноза и выбору тактики лечения, однако не всегда возможна. Больным





ГеСГ с повышением уровня PCSK-9 в крови на фоне приёма статинов, необходима консультация

липидолога с целью определения показаний для комбинированной терапии.

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

АЛИЕВА Р.Б.<sup>1</sup>, ШЕК А.Б.<sup>1</sup>, АБДУЛЛАЕВ А.А.<sup>2</sup>, ХОШИМОВ Ш.У.<sup>1</sup>, НИЗАМОВ У.И.<sup>1</sup>, ЗИЯЕВА А.В.<sup>1</sup>, ХОДИМЕТОВА Ш.А.<sup>1</sup>

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз (Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии)<sup>1</sup>, Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз<sup>2</sup>*

Популяция Узбекистана на 1 июля 2021 года составила 34,86 миллиона человек, что с учётом генетических и эпидемиологических исследований (Beni M et al. 2012), установивших распространённость Гетерозиготной Семейной наследственной гиперхолестеринемии (ГеСГ) примерно у 1 из 200 людей в общей популяции, её распространённость в Узбекистане – 174 000 больных. При отсутствии ранней диагностики, ИБС развивается у них в раннем возрасте, после 30 лет у мужчин и после 40 лет у женщин. Ежегодно по данным регистров свыше 20% всех больных, страдающих инфарктом миокарда и инсультом составляют молодые пациенты, у которых не диагностировали вовремя ГеСГ.

**Цель исследования:** Оценить распространённость и тяжесть семейной гетерозиготной гиперхолестеринемии и изучить её молекулярно-генетических особенностей в узбекской популяции для разработки программ ранней диагностики и эффективного лечения.

**Материалы и методы:** В исследование включены 201 пациентов стабильной хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), из которых у 57 была

ГеСГ, группу сравнения составили 144 пациента ХИБС без ГеСГ, разделённые на подгруппу А (n=63) – пациенты не принимавшие статины и В – принимавшие их на амбулаторном этапе (n=81). Диагноз ГеСГ устанавливали на основании Голландских диагностических критериев. Уровень PCSK-9 в крови определяли иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов ELISA Kit. Генотипирование полиморфизма E670G (rs505151) PCSK9 проводили с использованием ПЦР-метода в Центре передовых технологий Министерства инновационного развития РУз.

**Результаты и их обсуждение.** Так как больным ГеСГ в узбекской популяции не проводились ранние липидные исследования и лечение, в момент установления диагноза у них в 1,8 раз чаще отмечался инфаркт миокарда в анамнезе (P<0.05), в 3 раза – инсульт и в 2 раза – чрескожные коронарные вмешательства со стентированием. Генотипирование полиморфизма PCSK9 E670G (rs505151) показало, что носительство повреждающего аллеля G среди пациентов ГеСГ встречалось

в 3 раза чаще (11,4%), чем в группе сравнения (6.0%) и в 3 раза, чем у здоровых (3.0%), хотя различия носили недостоверный характер. При этом G-носительство в основной группе ассоциировалось с более высокой частотой ИМ в анамнезе (P<0.05), инсульта (P<0.05), аорто-коронарного шунтирования (P<0.001) и количества бляшек в сонных артериях

(P<0.05). Сахарный диабет встречался одинаково часто – у 18 (31.6%) больных в основной и 48 4 (33.3%) в группе сравнения, однако в основной большинство среди них составляли G-носители (82.0%, P<0.001). Несмотря на лечение розувастатином 20–40 мг/сут в течение 3 месяцев, у больных ГеСГ уровень общего холестерина (P<0.001) и холестерина липопротеидов низкой плотности (P<0.001) был значительно выше, чем в группе сравнения.

Известно, что полиморфизмы генов, регулирующих LDLR рецепторы, уровень PCSK9 и ApoB являются основными в генезе ГеСГ. При этом, в большинстве случаев, именно генетические полиморфизмы loss-of-function (LOF), связанные со снижением уровня PCSK9, в частности, R46L (rs11591147) признаются ведущими регуляторами его действия (Lakoski SG et al, 2009). Вместе с тем, однонуклеотидный полиморфизм E670G (rs505151) гена PCSK9 распознан во многих исследованиях, как ведущая усиливающая («gain-of-function», GOF) мутация, в увеличении концентрации ХС ЛПНП в крови, особенно у мужчин (Chen SN, et al 2009), увеличении ТКИМ сонных артерий и коронарного атеросклероза. **Результаты** настоящего исследования показывают увеличение сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) в анамнезе у больных ХИБС с ГеСГ, носителей G-аллеля. Это подтверждается увеличением среди них случаев коронарного атеросклероза с многососудистым поражением (количество АКШ в анамнезе) и мультифокальным атеросклерозом (количество бляшек в сонных артериях).

**Заключение.** Ранняя диагностика ГеСГ, включая генетическое подтверждение и превентивное интенсивное лечение статинами, или их комбинированное применение с эзетимибом, является важнейшей задачей в предупреждении сердечно-сосудистых осложнений среди больных в узбекской популяции.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ ИБС С СД 2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ

АЛИМОВА Д.А., ТАШКЕНБАЕВА Н.Ф., ТРИГУЛОВА Р.Х., ШЕК А.Б., АХМЕДОВА Ш.С., УМУРЗАКОВА М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз Ташкент, Узбекистан

**Цель:** анализ компенсации углеводного профиля в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у больных ИБС с сахарным диабетом 2 (СД 2).

**Методы исследования:** Обследовано 50 пациентов с ИБС поступившие в отделения №2 и №6 ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Кардиологии МЗ РУз в период дестабилизации стенокардии в сочетании с СД 2 и гипертонической болезнью (ГБ), в возрасте  $62,8 \pm 1,29$  года. С применением стандартных методик определяли полный липидный спектр (ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, ТГ), гликемию натощак (ГН), постпрандиальную (ППГ), гликемию с оценкой параметров системной гемодинамики. В зависимости от ФВ ЛЖ больные были распределены на группы СН с сохраненной ФВ  $\geq 50\%$  (СН сФВ;  $n=33$  (66%)) и СН со средним уровнем ФВ от 41% до 49% (СН срФВ;  $n=17$  (34%)). Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы РААС, блокаторы бета-адренорецепторов, статины. Больные с СД 2 принимали ситаглиптин/метформин (С/М). Критерий исключения – тяжелая ХСН IIБ; ХБП 4; любая стратегия лечения инкретинами, инсулинотерапия. На 3–5 сутки после стабилизации состояния на фоне базисной терапии назначался ситаглиптин/метформин в суточной дозе 50/500–50/1000 мг/сут, под контролем параметров гликемии. Длительность наблюдения 6 месяцев.

**Результаты:** По результатам проведенного клинико-анамнестического анализа выявлено, что у пациентов со СН срФВ против больных с СНсФВ встречаемость ЧКВ в анамнезе составила – 58,8% против 24,2% ( $\chi^2=5.752$ ;  $P=0,017$ ); рСКФ < 45, мл/

мин/1,73м<sup>2</sup> у 47,05% против 18,1%; ( $\chi^2=4.494$ ;  $P=0,035$ ); стаж СД 2 > 8 лет у 100% против 69,6%; ( $\chi^2=5.824$ ;  $P=0,016$ ); частота АСБ в СА – 76,4% против 48,4% ( $\chi^2=2.911$ ;  $P=0,088$ ); частота встречаемости участков гипокинеза миокарда – 58,8% против 24,2% ( $\chi^2=5.824$ ;  $P=0,016$ ). Тогда как по ОИМ в анамнезе различий не обнаружено 70,5% против 51,5%; ( $\chi^2=0.237$ ;  $P>0,05$ ). Межгрупповые дозы по базисной терапии и дозы С/М были сопоставимы. Анализ показал, что число компенсированных ( $n=5$ ; 29,4%;  $n=9$ ; 27,2%) и декомпенсированных больных ( $n=12$ ; 70,5%;  $n=24$ ; 72,7%) в группах с СНсрФВ и СНсФВ было практически одинаковым. Значимость снижения ГН и ППГ была большей у декомпенсированных больных и составила  $\Delta 1,82 \pm 0,07$  и  $\Delta 3,34 \pm 0,36$  в группе с СНсФВ соответственно, и в группе с СНсрФВ  $\Delta 1,2 \pm 0,12$  и  $\Delta 2,95 \pm 0,61$ , при сопоставимых дозах С/М по сравнению с компенсированными пациентами. Аналогично прослеживается снижение уровней НбА1с в большей степени эффективностью в группе с СН сФВ ( $t=2,180$ ;  $P=0,02$ ) и значимо отличающееся от его содержания в группе пациентов со СНсрФВ ( $t=4,296$ ;  $P=0,001$ ).

**Выводы.** Выявлены межгрупповые различия по частоте проведенных ЧКВ, рСКФ < 45, длительности СД2 более 8 лет, встречаемости гипокинеза миокарда, АСБ в СА и частоте встречаемости участков гипокинеза миокарда у пациентов с различной ФВ ЛЖ. На фоне приема С/М наблюдается снижение уровней тощачковой и постпрандиальной гликемии у декомпенсированных пациентов в равной степени независимо от уровня ФВ. Аналогично, к концу наблюдения отмечается компенсация показатель НбА1с в группе со СНсрФВ в отличии от группы пациентов с СНсФВ.

## ПОДХОДЫ К ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТИРОВАНИЮ

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., ДАЛИМОВА Д.А., БАБАЕВ М.А., АЗИЗОВ Ш.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр высоких технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** оценка эффективности антиагрегантной и гиполлипдемической терапии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию.

**Материал и методы:** Больные ИБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функционального класса (ФК), подвергшиеся плановому стентированию коронарных артерий (СКА) получали двойную антиагрегантную терапию (ДАТ)



(аспирин+клопидогрел),  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, аторвастатин (20, I группа) или розувастатин (20, II группа). Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали агрегацию тромбоцитов, липиды, высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), фибриноген, функцию левого желудочка (ЛЖ), стресс-ЭхоКГ, МСКТ, полиморфизм генов CYP2C19\*2, APOE и HMGCR методом полимеразно-цепной реакции.

**Результаты:** У больных со СС IV ФК выявлены более высокие показатели холестерина (ХС) –  $6,7 \pm 0,65$ ; триглицеридов (ТГ) –  $2,3 \pm 0,25$ ; ХС липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) –  $3,1 \pm 0,4$  ммоль/л, по сравнению с таковыми у больных со СС III ФК ( $6,2 \pm 0,3$ ;  $2,2 \pm 0,2$ ;  $2,6 \pm 0,2$  ммоль/л) и, соответственно, более низкое содержание ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП) –  $1,1 \pm 0,04$  и  $1,2 \pm 0,07$  ммоль/л. При этом у больных с сочетанными поражениями коронарных артерий (2–3) выявлены более высокие показатели ХС –  $6,95 \pm 0,7$ , ТГ –  $2,8 \pm 0,9$  и ХСЛПНП –  $4,32 \pm 0,50$  ммоль/л и уменьшение ХСЛПВП. Содержание вСРБ у больных СС IV ФК составило  $19,4 \pm 1,6$ , а у пациентов СС III ФК –  $16,0 \pm 1,7$  мг/л. Концентрация фибриногена больных с более высоким ФК СС была также выше. Выявлены взаимосвязи изученных показателей с характером дисфункции ЛЖ. У пациентов с нормальным генотипом (GG) и осложнениями отмечена тенденция к увеличению реактивности тромбоцитов с 5 мкмоль/л аденозиндифосфата (АДФ). При наличии мутации в гене CYP2C19\*2 (GA+AA) среднее значение АТ возрастает, что может быть фактором осложнений. Увеличение реактивности тромбоцитов на фоне ДАТ (агрегация тромбоцитов с 5 мкмоль/л АДФ) может свидетельствовать об увеличении риска кардиальных событий после стентирования. Почти у половины больных при подготовке к стентирова-

нию КА и после проведенного вмешательства, выявлены повышенные показатели функциональной активности тромбоцитов, в связи с чем, они находятся в группе высокого риска последующих кардиальных событий. Исследование полиморфизма генов APOE и HMGCR позволили подобрать наиболее безопасную и эффективную статинотерапию конкретному пациенту. Установлен полиморфизм гена цитохрома P450 (CYP2C19) с наличием гомозиготы «дикого типа», гетерозиготы, гомозиготы по мутантному аллелю (носители 20%). У 32,5% пациентов сохранялся повышенный риск тромботических осложнений и рестеноза. Риск резистентности к клопидогрелу выявлен у носителей однонуклеотидных полиморфизмов CYP2C19 \* 2 и CYP2C19 \*. «Медленный» AA генотип CYP2C19\*2 ассоциирован с АДФ-агрегацией и высоким риском резистентности и у пациентов с АТ и ТТ генотипом. Достижение и сохранение целевых уровней агрегации тромбоцитов позволяет существенно снизить риск негативных кардиальных событий после стентирования. ДАТ и гиполипидемическая терапия являются важнейшими компонентами успешной лечения после стентирования.

**Заключение:** Решение о необходимости изменения схемы антиагрегантной терапии должно приниматься строго индивидуально на основании результатов лабораторной диагностики и, по возможности, результатов генотипирования. Назначая антиагрегант или комбинацию препаратов этого класса, врач должен предвидеть возможности как чрезмерной выраженности антитромботического эффекта, так и недостаточной степени его эффекта, несмотря на регулярный прием и адекватные дозы препарата.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

*АМИРМУХАММАДОВ У.А., УЛМАСОВ Ш.Н., МУХТАРОВ С.А., ШОКИРОВА Д.Б., УСМАНОВА Д.Н.*

*Андижанский государственный медицинский институт, кафедра факультетской терапии, Андижан, Узбекистан*

В большинстве развитых странах ишемическая болезнь сердца (ИБС) остаётся основной причиной смерти, несмотря на прогресс в диагностике и лечении этого заболевания. Активация перекисных свободнорадикальных процессов лежит в основе прогрессирования атеросклероза. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является важным компонентом метаболизма тканей, который отражает не только отрицательные деструктивные процессы, но и физиологическое состояние организма. При этом процессы ПОЛ тесно связаны, и уровень их зависит от функционального состояния защитной антиоксидантной системы (АОС). Состояние равновесной системы ПОЛ-АОС может служить хорошим показателем

состояния всего организма и эффективности применяемого лечения.

**Целью настоящей работы** явилось изучение процессов ПОЛ у пожилых больных ИБС с субклиническим гипотиреозом и дать конкретные рекомендации в плане тактики лечения данной категории больных.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 106 больных, лиц пожилого возраста, рандомизированных на 3 группы. I – контроль. II – 45 больных с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия ФК II-III. III – 61 больной, страдающий ИБС с лабораторно подтверждённым субклиническим гипотиреозом (СГ). Больные III-группы в зависимости от вида проводимого лечения были разделены на три под-



группы: подгруппа-А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа-В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа-С: 21 больных, получавших антиоксиданты в сочетании с L-тироксином.

**Результаты исследования** показали 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 избавляет 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 25–50мкг/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 больных ИБС с СГ в пожилом возрасте 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 у пожилых лиц, особенно у женщин и сопоставлять полученные данные с показателями уровня МДА в сыворотке крови.

## К ВОПРОСУ О АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*АМИРМУХАММАДОВ У.А., УЛМАСОВ Ш.Н., МУХТАРОВ С.А., ШОКИРОВА Д.Б., УСМАНОВА Д.Н.*

*Андижанский государственный медицинский институт,  
кафедра факультетской терапии, 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.

**Целью работы:** явилось изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

**Материалы и результаты исследования:** 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 снижен 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.

**Заключение:** Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксином, в поддерживающих дозах 25–50мкг/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 сравнялась с показателями контроля и составили 0,07 ед/экст.





Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предот-

вратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией.

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА

*ВАЛИЕВА М.Ю., САЛАХИДДИНОВ З.С., АХМАДАЛИЕВА У.К., МАКСУМОВА Д.К.*

*Андижанский Государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан*

В настоящее время прослеживается тенденция омоложения кардиологических больных, в частности с артериальной гипертензией. И, тем не менее работ, посвященных этой проблеме в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания малочисленно.

В связи с этим нами было проведено эпидемиологическое обследование по изучению распространенности предгипертензии, а также влиянию гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии на её развитие.

**Цель:** Изучение влияния гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии на развитие предгипертензии.

**Материалы и методы:** Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте > 15–70 лет, проживающего в г.Андижане.

**Результаты:** предгипертензия наблюдалась с различием в следующих уровнях: в 15–19 лет – 0,0%, в 20–29 лет – 16,2% ( $P < 0,001$ ), в 30–39 лет – 40,6% ( $P < 0,01$ ), в 40–49 лет – 50,0% ( $P < 0,001$ ), в 50–59 лет – 45,7% ( $P < 0,01$ ), в 60–69

лет – 33,3% ( $P < 0,05$ ), в 70 лет и старше – 55,7% ( $P < 0,001$ ). В то же время гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявлялись с относительно высокой распространенностью: в 15–19 лет – по 7,1% и 2,4%, в 20–29 лет – по 9,8% ( $P > 0,05$ ) и 9,2% ( $P < 0,001$ ), в 30–39 лет – по 14,5% ( $P < 0,05$ ) и 12,5% ( $P < 0,001$ ), в 40–49 лет – по 18,6% ( $P < 0,01$ ) и 16,1% ( $P < 0,001$ ), в 50–59 лет – по 27,7% ( $P < 0,001$ ) и 22,9% ( $P < 0,001$ ), в 60–69 лет – по 39% ( $P < 0,001$ ) и 31,3% ( $P < 0,001$ ), 70 лет и старше – по 50,0% ( $P < 0,001$ ) и 25,0% ( $P < 0,001$ ) и в возрасте > 15–70 лет в целом – по 18,4% и 15,5% ( $P > 0,05$ ).

**Выводы:** Все эти данные подтверждают, что в современной популяции определяются достаточно неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении артериальной гипертензии. Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, являются предрасполагающим фактором развития артериальной гипертензии и встречаются уже на стадии повышенного нормального артериального давления, то есть предгипертензии. Это еще раз подчеркивает необходимость квалифицированной профилактической помощи с учётом эпидемиологических факторов риска.

## СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*ВАЛИЕВА М.Ю., МАКСУМОВА Д.К., АХМАДАЛИЕВА У.К., ЯМИНОВА Н.Х.*

*Андижанский Государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан*

Сердечно-сосудистые нарушения занимают в настоящее время ведущее место в клинике функциональных расстройств внутренних органов. Именно психогенные наслоения, истощение и функциональная недостаточность центральной нервной системы играют основную роль в клинике заболевания и определяют течение и прогноз заболевания.

С целью изучения состояния вегетативной нервной системы у больных ишемической болезнью сердца нами было проведено исследование у 65 больных в возрасте 40–70 лет, из них 36 мужчин и 29 женщин, средний возраст больных составил 61 год. Для оценки особенностей психологического

состояния больных было использовано анкетирование, при помощи анкеты А.М.Вейна.

Сравнивая частоту астенизации у мужчин и женщин в баллах получили следующие результаты: из 36 обследованных больных – мужчин у 12 (33%) состояние вегетативной нервной системы оказалось в норме и в среднем было оценено в  $14,3 \pm 2,3$  баллов, у остальных 24 (67%) пациентов отмечались симптомы астенизации различной степени выраженности и в среднем степень астенизации была оценена в  $40,8 \pm 3,6$  баллов (в норме сумма баллов не должна превышать 15 баллов, 6 баллов) отмечались симптомы астенизации различной степени выраженности и в среднем степень астени-

зации была оценена в 40)8). Из 29 исследованных больных женщин у 7 (24%) состояние вегетативной нервной системы оказалось в норме и в среднем было оценено в  $15,6 \pm 2,3$  баллов, у остальных 22 (76%) пациентов отмечались симптомы астенизации различной степени выраженности и в среднем были оценены в 40,34 баллов. Оценка степени астенизации больных ишемической болезнью сердца в возрастных группах показала, что у больных в возрастной группе 40–59 лет имела место выраженная астенизация и была оценена в  $43,4 \pm 4,7$  балла, в возрастной группе 60–69 лет –  $40,3 \pm 3,4$  баллов, 70 лет и выше –  $32,6 \pm 4,1$  балла.

Анализ астенизации больных различных форм ишемической болезни сердца имел следующие результаты: выраженная астенизация наблюдалась у больных с острым инфарктом миокарда и составляла  $44,3 \pm 4,7$  балла (в норме сумма баллов не должна превышать 15). Больные предъявляли многочисленные жалобы, среди которых преобладали жалобы на снижение работоспособности, быструю утомляемость, склонность к покраснению, возникающее при волнении, плохой сон и чувство недосыпания при пробуждении утром, ощущение замирания или остановки сердца, учащенное дыхание, возникающее в душном помещении или при волнении. У больных с различными формами

стенокардии астенизация выражена меньше по сравнению с инфарктом миокарда, но высокая в сравнении с нормой и была оценена в среднем в  $38,3 \pm 5,2$  баллов, а постинфарктным кардиосклерозом –  $33,7 \pm 4,3$  балла.

**Результаты** исследования психоэмоционального состояния и астеновегетативных изменений больных различными формами ишемической болезни сердца с использованием анкеты А.М.Вейна показали, что выраженные расстройства функционирования вегетативной нервной системы имели место у пациентов с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, проявляясь повышенной тревожностью, гневливостью больных, раздражительностью, несдержанностью, в то время, как у больных с другими формами стенокардии и постинфарктным кардиосклерозом дисфункция вегетативной нервной системы была выражена меньше по сравнению с больными острым инфарктом миокарда, но высокая в сравнении с нормой.

Таким образом исследование показало, что для эффективного лечения больных с ишемической болезнью сердца при выявлении дисфункции вегетативной нервной системы наряду с традиционным лечением целесообразно провести медикаментозную коррекцию психоэмоциональных нарушений.

## ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ

**ВАХАБОВ Б.М., ОХУНЖОНОВ Э.Р., КАРИМОВ И.К., АЛИЖАНОВ М.**

*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Узбекистане остаются на высоком уровне. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение определяют развитие до 44–57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17–23% случаев ишемической болезни сердца, 17% – артериальной гипертензии. В целом ожирение по экспертным оценкам приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза.

**Целью исследования** явилось изучение характеристик факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей 25–44 лет, проживающих в Андижане, с ранней ишемической болезнью сердца с абдоминального ожирения (АО).

Проведен одномоментный популяционный скрининг случайной выборки населения г. Андижана в возрасте 25–44 лет. Обследовано 457 человек: 283 мужчины и 174 женщины. Эпидемиологический диагноз «ишемическая болезнь сердца» установлен согласно эпидемиологическим опросникам (кардиологический опросник Роуза) и клинико-функциональным (запись электрокардиографии с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям. Ранняя ИБС выявлена у 39 человек.

Сформированы четыре подгруппы обследованных: 1-я – лица с ИБС на фоне АО ( $n = 24$ ), 2-я – лица с ИБС без АО ( $n = 15$ ), 3-я – контрольные по возрасту и полу лица без ИБС с АО ( $n = 88$ ), 4-я – контрольные по возрасту и полу лица без ИБС и АО ( $n = 20$ ). Оценены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, повышенный индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), увеличенная окружность талии, сниженная физическая активность, повышенные уровни в крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП-ХС), холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (не-ЛВП-ХС), триглицеридов (ТГ).

У лиц с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, ЛНП-ХС и не-ЛВП-ХС выше в 1,2 раза, а показатель ТГ – в 1,8 раза в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, не-ЛВП-ХС и ТГ выше в 1,3, 1,5 и 2,6 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У лиц с ИБС на фоне АО распространенность повышенных ИМТ, уровней ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС и наличия АГ выше в 5,1, 1,6, 1,6 и 4,8 раза соответственно в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО распространенность



повышенного ИМТ и наличия АГ выше в 4,4 и 6,2 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У обследованных лиц выявлена независимая прямая ассоциация относительного риска развития ИБС с наличием АГ (отношение шансов, ОШ, 3,368; 95% доверительный интервал, ДИ, 1,056–1,0718;  $p=0,040$ ), а у мужчин – с повышенными уровнями в крови ЛНП-ХС (ОШ 1,019; ДИ

1,000–1,039;  $p=0,049$ ) и не-ЛВП-ХС (ОШ 1,018; ДИ 1,000–1,039;  $p=0,05$ ).

**Таким образом,** у лиц с ранней ИБС (в возрасте до 45 лет), преимущественно у мужчин, развившейся в том числе на фоне абдоминального ожирения, значимыми факторами риска являются АГ и повышенные уровни в крови ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС, ТГ.

## К ВОПРОСУ О РАННИХ МАРКЕРАХ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

**ВАХАБОВ Б.М., КАМАЛОВ Б.Б., ТУРСУНОВ М., ОЛИМОВ А.А.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Связанная с атеросклерозом сердечно-сосудистая патология с середины XX века стала одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения и приобрела характер эпидемии. Многочисленные эпидемиологические и популяционные исследования, проведенные в течение последнего полувека, вполне справедливо концентрировались на изучении факторов риска атеросклероза и его клинических осложнений, в первую очередь ишемической болезни сердца.

Целью исследования явилось определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В исследование были включены 68 мужчин в возрасте от 30–49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска <5% – 38 пациентов; II группа высокого риска  $\geq 5\%$  – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования – толщина интимы – меди (ТИМ) сонных артерий. Ранние маркеры атеросклероза артерий определены у всех пациентов: у 38 мужчин в группе низкого и умеренного риска, у 30 – в группе высокого риска ССО. У пациентов с низким – умеренным риском развития ССО увеличение ТИМ обнаружено в 48,6% случаев, у лиц с высоким риском развития ССО – в

73,4%. Для достоверности полученных результатов определяли цитокиновый статус, проводили идентификацию ряда маркеров, обнаруживаемых в крови. Из медиаторов межлейкоцитарного взаимодействия наибольшее значение при атеросклерозе придается провоспалительным цитокинам интерлейкин–1 (ИЛ–1), интерлейкин–6 (ИЛ–6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а).

Проведённые исследования показали, что в группе низкого риска и высокого риска развития атеросклероза иммунная система реагировала по различному, так в I-й группе ИЛ–6 повышался незначительно на 24,8% ( $p<0,001$ ) выше показателей группы контроля, до резкого повышения более чем на 47,5% выше показателей контрольной группы ( $p<0,001$ ). Незначительные повышения ФНО-а отмечены в группе низкого и умеренного риска ( $p<0,001$ ), а во II-й группе эти изменения были более выраженными. Противовоспалительный ИЛ–10 умеренно повышался в I-й группе ( $p<0,01$ ) и более значительные изменения отмечались во II-й группе.

**Результаты исследования** показали о существовании прямой корреляционной связи между ИЛ–6 и ТИМ ( $r=0,57$ ;  $p=0,001$ ), ИЛ–1 и ТИМ ( $r=0,44$ ;  $p=0,001$ ), ФНО-а и ТИМ ( $r=0,51$ ;  $p=0,001$ ).

Таким образом показано, что уровень провоспалительных цитокинов был повышен у пациентов с отягощённой наследственностью к атеросклерозу и в последующем к ИБС. Очевидно, при атеросклерозе венечных сосудов изменения уровней провоспалительных цитокинов является ранним маркером изменения иммунных воспалительных реакций организма, его реактивности, в связи с чем этот фактор может быть одним из прямых показателей ранней дестабилизации и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

## РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

**ВАХАБОВ Б.М., КАМАЛОВ Б.Б., УСМАНОВ Б.Б.**

*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение кровообращения, в частности, биогенных аминов и ферментов, участвующих в метаболизме аминов. В настоящее время, перекисное окисление липидов (ПОЛ) представляет собой, постоянно протекающий физиологический процесс, который при интенсификации участвует в развитии ряда патологий. Установлено, что активизация процессов перекисного окисления липидов принимает участие в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования явилось изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

У 124 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) – адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я – контроль (n=15), II-я группа – дислипидемия без ИБС (n=48), III-я – дислипидемия с клиническими признаками ИБС (n=76).

Полученные результаты показали, что во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина – на 14,4% по отношению к группе контроля (p<0,001). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю (p<0,05). ДОФА на 4,5% увеличена по

отношению к контрольной группе (p<0,001). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности; А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми (p<0,001). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА – на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I –й группе (p<0,001).

При исследовании активности МАО при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех исследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля активность МАО составила 0,07±0,001 ед/экс. Во II – й группе активность МАО составила 0,05±0,002 ед/экс., что на 28,6% ниже контроля (p<0,001). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила 0,038±0,002 ед/экс. (p<0,001).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА) – вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем 3,6±0,5 нмоль/мл. Во II – й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе (p<0,001). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6% по отношению к показателям контроля (p<0,001)

Таким образом, в ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при дислипидемиях, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

## СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК СТРАТИФИКАТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**ДЖУРАЕВА Н.М., ИКРАМОВ А.И., ХАЙБУЛИНА З.Р., АМИРХАМЗАЕВ А.Т., ШАМИРЗАЕВ Х.Э., ВАХИДОВА Н.Т., СУЛТАНОВ А.Т., АБДУХАЛИМОВА Х.В.**

*Отделение магнитно-резонансной и компьютерной томографии  
ГУ «РНПМСЦХ им. академика В.Вахидова» г.Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** изучить закономерности распределения жирового депо абдоминальной области и их влияние на тяжесть атеросклеротического поражения коронарных артерий.

**Материалы и методы:** было включено 96 пациентов в возрасте 45–75 лет, среди них было 45 мужчин и 51 женщин. Обследование было проведено на компьютерном томографе 640 срезовый «Aquilion one версии Genesis» Toshiba, Canon. Пациентам проводилась МСКТ объемная ангиография коронарных артерий, затем безконтрастное односрезовое сканирование брюшной полости на уровне L4-L5, с количественной оценкой компонентов абдоминального жирового депо, с помощью специальной опции Fat measurement. Были получены показатели: общая площадь жировой клетчатки (ОЖТ), площадь под-

лион one версии Genesis» Toshiba, Canon. Пациентам проводилась МСКТ объемная ангиография коронарных артерий, затем безконтрастное односрезовое сканирование брюшной полости на уровне L4-L5, с количественной оценкой компонентов абдоминального жирового депо, с помощью специальной опции Fat measurement. Были получены показатели: общая площадь жировой клетчатки (ОЖТ), площадь под-





кожно-жировой клетчатки (ПЖТ), площадь висцеральной жировой ткани (ВЖТ), соотношение ВЖТ/ОЖТ, ВЖТ/ПЖТ, окружность талии.

**Результаты:** При сравнении показателей ВЖТ/ПЖТ при ГДНЗ и ГДЗ стенозах (CADRADs 1,2 и CADRADs 3,4) определяется, что при ГДНЗ стенозах ВЖТ/ПЖТ  $0.5 \pm 0.12$ , а при ГДЗ стенозах  $1.19 \pm 0.56$ .

При этом U-критерий Манна Уитни равен 7. Критическое значение этого критерия при заданной численности групп 96, различия являются статистически значимыми ( $p < 0.05$ ).

**Выводы:** показатель ВЖТ/ПЖТ является значимым прогностическим показателем стратификации риска ССЗ.

## НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО COVID-19 КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ У БОЛЬНЫХ ИБС (собственное наблюдение)

**ЖУРАЛИЕВ М.Ж., НАГАЕВА Г.А., САБИРОВ Ш.Н., СОДИКОВ Ж.К., РАХМОНОВ Х.К.**

**СП ООО многопрофильный медицинский центр «Ezgi Niyat», г.Ташкент, Узбекистан**

**Цель:** Оценка клиничко-функциональных характеристик у больных ИБС, в зависимости от перенесенного Covid-19.

**Материал и методы:** Было обследовано 40 больных ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК III), которым было проведено ЧКВ. 12 пациентов указывали на перенесенный Covid-19 (С-19). В связи с этим были выделены 2 группы: 1гр. – 12 больных с перенесенным С-19 и 2гр. – 28 больных без С-19.

**Результаты:** Средний возраст больных 1гр. =  $58,3 \pm 8,2$  лет и во 2гр. =  $62,9 \pm 8,9$  лет ( $p = 0,134$ ). Соотношение мужчин и женщин в группах составило 3/9 и 19/9 ( $p = 0,032$  и  $\chi^2 = 4,622$ ). Вычисление индекса массы тела (ИМТ) в 1гр. =  $34,5 \pm 5,8$  кг/м<sup>2</sup> и во 2гр. =  $31,9 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup> ( $p = 0,175$ ). Из сопутствующих патологий среди лиц 1гр. преобладали ХОБЛ (16,7 vs 3,6%), заболевания ЖКТ (50,0% vs 39,3%), анемия (33,3% vs 21,4%) и СД (50,0% vs 21,4%), а среди пациентов 2гр. – патологии мочевыделительной (75,0% vs 85,7%) и нервной систем (0 vs 10,7%). Суммарный индекс коморбидности в 1гр. =  $4,1 \pm 1,3$  ед. и во 2гр. =  $3,3 \pm 1,2$  ед. ( $p = 0,067$ ). Средняя ЧСС у больных 1гр. была =  $70,5 \pm 6,1$  уд/мин, что на 2,7 было выше, чем во 2гр. ( $p = 0,428$ ). Др. изменений со стороны ЭКГ-показателей в анализируемых группах не отмечалось. Со стороны ЭхоКГ-показателей в 1гр. отмечалось некоторое утолщение стенок миокарда: МЖП – на 0,9мм ( $p = 0,068$ ) и ЗСЛЖ – на 0,3мм ( $p = 0,566$ ), по сравнению со 2гр., что, возмож-

но, было остаточным явлением интерстициального отека сердечной мышцы, как реакция на вирусную интоксикацию. Последнее, в свою очередь, имело подтверждение в виде снижения фракции выброса левого желудочка в 1гр. =  $55,2 \pm 10,2\%$ , что на 2,3% было ниже, чем во 2гр. ( $p = 0,558$ ). Из ангиографических характеристик было выявлено, что большинство пациентов имели правый тип кровоснабжения (66,7% – в 1гр. и 75,0% – во 2гр.), сбалансированный тип чаще отмечался в 1гр., составив 16,7% ( $p = 0,432$  и  $\chi^2 = 0,618$ ). Референсные значения количества пораженных сосудистых бассейнов и пораженных сегментов у больных 1гр. оказались меньше на 0,6 ед. ( $p = 0,080$ ) и 0,9 ед. ( $p = 0,170$ ), соответственно. Средняя длина атеросклеротического поражения в 1гр. была  $35,0 \pm 9,0$ мм, что на 4,9мм оказалось больше, чем во 2гр. ( $p = 0,083$ ). Диаметры пораженных артерий существенно не отличались (оба  $p > 0,05$ ).

**Заключение:** Таким образом, данное пилотное исследование показало, что у больных ИБС с перенесенным С-19 необходимо соблюдать настороженность или даже рассматривать в качестве неблагоприятных по заболеваемости С-19, следующие клинические маркеры: женский пол; ожирение; повышенный уровень коморбидности; а ангиографически – большую длину атеросклеротического поражения. Однако выявленные характеристики требуют дальнейшего более глубокого изучения в данном направлении.

## АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*ИБРАГИМОВ А.Ю., ФАЗЫЛОВ А.В., САИДОВА Г.М., ЮЛДАШЕВА Г.А.*

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Городская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан*

В последние годы международными рекомендациями доказана лечебная эффективность применения препаратов ацетилсалициловой кислоты (АСК) в качестве антитромбоцитарных (антиагрегантных) свойств по выяснению целесообразности их применения в различных формах могли бы улучшить переносимость при различных сердечно-сосудистых заболеваниях и прежде всего при ишемической болезни сердца (ИБС).

**Цель работы:** Изучение сравнительной эффективности при ИБС различных форм АСК: обычный АСК, тромбо АСС, тромбопол, аспирин кардио и кардиомагнил на свертывающую систему крови.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось у 98 больных ИБС со стабильной стенокардией ФК I-IV ст. в возрасте от 24 до 67 лет, из них 58 мужчин и 38 женщин. Наряду с верификацией показателей отражающими клиническую характеристику больных были проанализированы лабораторно-инструментальные показатели. Также в сравнительном аспекте изучены показатели коагулограммы. Параметры коагулограммы определяли у 20 больных, получивших обычную АСК – 150 мг/сут; у 18 – тромбо АСС 100 мг/сут; у 17 – тромбопол 50 мг/сут; у 15 – аспирин кардио 50 мг/сут и у 28 – кардиомагнил 75 мг/сут, после еды. Контрольная группа составила 30 практически здоровых того же возраста.

Исследование проводилось в динамике, до и после назначения лечения – 10 дней, через месяц, продолжительность непрерывной комплексной медикаментозной терапии составила не менее 3-х месяцев.

**Результаты:** Исследование системы гемостаза осуществлялось: тромбоциты в общем анализе крови; время свертывания крови по Дюке (3–5'); гематокрит (36–48%); протромбиновый индекс (80–100 сек/%) МНО – 1,0; тромботест IV-VI степени; фибриноген «А» 2–4 г/л; время рекальцификации плазмы 40–200 сек; этаноловая тест-отр; АЧТВ 28–42 сек (активное частичное тромбиновое время)

Применение АСК позволила до 25% снизить частоту смерти у больных с высоким риском атеротромботических осложнений со стабильной стенокардией.

По нашим данным, так и данным других авторов, АСК является эффективной для первичной, вторичной и третичной профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ИБС.

Наиболее эффективным и безопасным среди используемых препаратов групп АСК оказался кардиомагнил в дозе 75 мг. Эффективность препарата обеспечивается сравнительно адсорбцией соляной кислоты и созданием с ней буферных соединений, таким образом устраняет ulcerогенное действие на слизистую оболочку желудка, а также снижает активность пепсина – цитопротекторный эффект. Это крайне важно в клинической практике при длительной терапии.

**Заключение:** Наши исследования показали, что все препараты АСК при лечении больных ИБС вызвали сходное подавление свертывающей системы крови, то есть подавление агрегационной функции тромбоцитов. Этот эффект оказался более значительным при использовании обычной АСК. Кардиомагнил значительно реже, чем другие формы АСК оказывал нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ I/D ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗОМ

*КАН Л.Э., ХОШИМОВ Ш.У., БЕКМЕТОВА Ф.М., АХМЕДОВА Ш.С., ТРИГУЛОВА Р.Х., ШЕК А.Б.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии ИЗ РУз Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Список потенциальных генов – предикторов заболевания может включать десятки и сотни наименований, сложность проблемы состоит в отборе наиболее значимых, «главных» генов. Для ишемической болезни сердца (ИБС) и АГ одним из таких маркеров является I/D полиморфизм гена АПФ.

**Цель исследования:** изучить особенности распределения I/D полиморфного маркера гена АПФ у больных нестабильной стенокардией узбекской национальности с семейным анамнезом ишемической болезни сердца.

**Материал и методы:** обследовано 125 больных ИБС узбекской национальности. Группу



сравнения составили – 45 здоровых лиц узбекской национальности без клинических и инструментально-диагностических признаков ишемической болезни сердца (по данным теста с физической нагрузкой), не имеющих отягощенного семейного анамнеза ИБС. Средний возраст в группе больных ИБС составил  $54,5 \pm 10,0$  года, а в группе здоровых лиц –  $54,8 \pm 11,7$  года. Оценка семейного анамнеза проводилась на основе опроса больного с помощью стандартного опросника ВОЗ «Семейный анамнез». Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200 лаборатория ИзоГен Россия» по стандартному протоколу фирмы производителя. Использовалась следующая последовательность праймеров: ACE1 5' – CTG GAG ACC ACT CCC ATC CTT TC – 3'; ACE2 5' – GAT GTG GCC ATC ACA TTC GTC AGA T – 3'

**Результаты и обсуждение:** В группе больных ИБС 63 (50,4%) больных (I группа) имели отягощенный семейный анамнез ИБС. По результатам генотипирования не отмечалось достоверных отличий в распределении генотипов, аллелей и носительства «повреждающей» аллели D I/D полиморфного маркера гена АПФ между больными ИБС (n=125) и

здоровыми. В то же время у больных с семейным анамнезом ИБС, относительно группы здоровых лиц, отмечена достоверно более высокая распространенность генотипа D/D, D аллели и числа носителей «повреждающей» аллели D. Соответственно, при этом среди них реже встречались генотип I/I, частота аллели I и число носителей I аллели. Сравнение особенностей I/D полиморфизма гена АПФ между I (n=63) и II (n=62) группами больных показало, что у больных с отягощенным семейным анамнезом достоверно чаще встречался D аллель (54% против 36%) (ОШ=2,13; ДИ 1,29–3,54; P=0,005) и было выше число D-носителей (78% против 55%) (ОШ=2,88; ДИ 1,33–6,27; P=0,012). В то же время генотип I/I встречался чаще (45% против 22%) у пациентов без семейного анамнеза ИБС (ОШ=4,25; ДИ1,96–9,2; P<0,001), тогда как по частоте распределения D/D и I/D генотипов различия носили недостоверный характер.

**Вывод:** Наличие семейного анамнеза ИБС среди узбеков с нестабильной стенокардией ассоциируется с более высокой частотой носительства «повреждающего» D аллеля I/D полиморфного маркера гена АПФ.

## КАЛЬЦИНОЗ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

КАРПОВА И.С., КРАВЧЕНКО А.В., РУСАК Т.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

До недавнего времени бытовало мнение о необходимости лишь симптоматического лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов и о незначительном влиянии медикаментозного вмешательства на прогноз жизни в этом возрасте. Между тем крупные клинические исследования убедительно свидетельствуют о том, что возраст пациента не является помехой к активному долголетию. Нарушение липидного обмена в пожилом возрасте стимулирует кальциноз, в связи с чем холестерин соединяется с ионами кальция с формированием известковых отложений. Поэтому атеросклеротические изменения рассматривают как стадию, предшествующую кальцинированию.

Целью работы явилось изучение частоты встречаемости и проявлений кальцификации в структурах сердца, полученных с помощью компьютерной томографии у пожилых пациентов с дислипидемией

**Материалы и методы:** В исследование включено 120 человека пожилого возраста (43 мужчин и 77 женщин, средний возраст –  $70,6 (66,0; 73,0)$ ). Всем лицам выполнялись общеклинические исследования с включением липидного спектра. Компьютерная томография с определением индекса коронарного кальция (ИКК) осуществлялась по принципу бесконтрастной компьютерной томографии (КТ) сердца с ЭКГ-синхронизацией на

аппарате Siemens Somatom Force с использованием шкалы Agatson. ИКК вычисляли полуавтоматически с использованием лицензированных программных пакетов «Multimodality Station» Siemens. При КТ коронарных артерий использовали стандартизированное деление коронарных артерий на 15 сегментов в соответствии с классификацией Американской ассоциации кардиологов. Сканирование осуществлялось одновременно двумя рентгеновскими трубками с регистрацией данных двумя панелями детекторов. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0. Определялись процентные отношения встречаемости ряда признаков по отношению к общей группе. Для определения силы связи между изучаемыми признаками проводился корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов рангов Пирсона (r). Значимость коэффициента корреляции Пирсона проверялась с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты.** По данным исследования у 52% пациентов в сердце наблюдалась умеренная (индекс Агатстона 101 – 400) и у 37% выраженная (индекс Агатстона >400) кальцификация, что может свидетельствовать о высоком либо очень высоком сердечно-сосудистом риске неблагоприятных исходов в ближайшие 2–5 лет. У 83% пациентов



по данным КТ выявлен атеросклероз коронарных артерий: нестенозирующий атеросклероз определялся у 58% в 132 сегментах, стенозирующий атеросклероз у 25% человек в 33 сегментах. Кальциноз коронарных артерий отмечался у 75% пациентов, кальциноз аортального клапана у 68%, митрального клапана – у 75%. Атеросклероз коронарных артерий по данным КТ не был выявлен только у 7% пациентов. По данным липидного спектра положительная корреляция умеренной силы

выявлена между ХЛ ЛПНП и ИКК ( $r=0,71$ ,  $p < 0,05$ ), и слабая – между данным показателем и ОХ ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, большинство бессимптомных пациентов «третьего» возраста имели субклинические проявления ИБС и кальцификацию коронарных артерий и клапанного аппарата сердца, что диктует необходимость разработки подходов к профилактике поражения сердца у бессимптомных пациентов «третьего» возраста.

## ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОТВЕТА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

МАЛЬ Г.С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия*

**Цель работы:** установить генетические маркеры для оценочных показателей адекватности терапевтического лечебного ответа ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В исследовательской работе были изучены 90 стационарных карт мужчин с диагнозом ИБС, стабильной стенокардией напряжения I-II ФК с первичными сочетанной и изолированной гиперхолестеринемией (ГХС), включенных в группу очень высокого риска развития осложнений сердечно-сосудистой системы, путем осуществления анализа ретроспективного типа. Возрастной диапазон от 51 до 70 лет, исследуемым не назначалась статинотерапия в предыдущие периоды или прием ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы был прекращен за 3 месяца до проведения скрининга.

**Результаты.** Исследование позволило отразить снижение параметров транспортной системы липидов при проведении 16-недельной фармакотерапии аторвастатином 20 мг/сут. у преобладающего количества пациентов ИБС с сочетанной и изолированной ГХС на уровне статистической значимости. Стоит акцентировать внимание, что 24% наблюдаемых больных к 16-й неделе фармакоррекции аторвастатином в дозе 20 мг в сутки не достигли целевых значений по параметру холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), что продемонстрировало неадекватность лечебного эффекта от проведенной гиполипидемической терапии. Подвергнута изучению гетерогенность генотипов 24% пациентов, не достигших целевых показателей ХС ЛПНП для определения персонализированных критериев по введению препаратов гиполипидемического профиля у коморбидных пациентов с ИБС и ГХС атерогенного типа. Проведено генотипирование полиморфизма белка-переносчика эфиров холестерина (ЭХ) – СЕТР Таq1В (+279G>А) (rs708272) (генотипы +279АА,

+279GА, +279GГ). Оценивание воздействия разновидностей генотипов СЕТР на адекватный лекарственный ответ аторвастатином у пациентов с ИБС и коморбидной ГХС позволило установить, что гомозиготы +279GГ по рассматриваемому полиморфизму располагают исходно более выраженными нарушениями параметров липидного спектра: общего холестерина (ОХ), холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (ХС-нелПВП) и ХС ЛПНП, и сниженный уровень атеропротективного холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). Изменения параметра ХС ЛПВП в динамике при терапевтическом лечении аторвастатином отличались у больных с генотипом +279GГ в сравнении с другими разновидностями генотипа СЕТР Таq1В. При терапии ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы аторвастатином у гомозигот +279GГ отмечается зависимость меньшего повышения липидного параметра ХС ЛПВП (+15,4%) в отличие от обладателей генотипов +279АА, +279GА (+26,1%) к 16-ой неделе исследования.

**Заключение.** Монотерапия аторвастатином в дозе 20 мг/сут. по полиморфизму СЕТР Таq1В (генотип +279GГ) позволила установить, что уровень липидного параметра ХС ЛПВП возрастает на 15,4% в отличие от разновидностей генотипов +279АА, +279GА (+26,1%) у пациентов с патологией кардиологического профиля коморбидного типа. Особое внимание заслуживает обсуждение патофизиологии пониженной антиатерогенной направленности терапии аторвастатином у гомозигот +279GГ, так как статины в низких и средних дозах повышают уровень ХС ЛПВП на 10–12%. Обнаруженное влияние разновидностей генотипов на адекватный лекарственный ответ статинотерапии создает возможность для выработки индивидуального режима фармакологического контроля сочетанной и изолированной ГХС у пациентов с ИБС.



**ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .****Мирзарахимова З.Х., Рахимова Г.Н., Муллабаева Г.У.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить частоту нарушений ритма сердца (НРС), ишемических эпизодов у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом во взаимосвязи с различными диапазонами гликемии.

**Материалы и методы:** в исследование вошло 45 больных со стабильной ИБС и СД 2 типа (28 женщин, 17 мужчин). Анамнез по СД доставил не более 5 лет. Средний возраст составил  $55,3 \pm 4,9$  лет. Контрольную группу составили 20 больных сопоставимого возраста с ИБС, но без СД. Диагноз ИБС подтверждался на основании результатов селективной коронароангиографии. Из исследования исключались больные старше 75 лет, с нарушениями функции щитовидной железы, нестабильными формами ИБС, СД 2-го типа в стадии тяжелой декомпенсации, требующей госпитализации в отделение ОРИТ; тяжелыми нарушениями функции печени, почек (ХПБ СКФ  $< 29$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), тяжелым течением ХОБЛ, постоянная и персистирующая форма фибрилляции предсердий (ФП). Протокол исследования предусматривал непрерывное гликемическое и ХМЭКГ в течение 14 дней. Для непрерывного гликемического мониторинга использовался FreeStyle Libre от компании Abbott. Для непрерывного 14-суточного ХМЭКГ использовалось носимое устройство SRA+V2 компании SRMedizinelektronik. Все пациенты получали стандартную терапию с включением бета-блокаторов, иАПФ, статинов, антиагрегантов и гипогликемической терапии. При анализе данных гликемического мониторинга нами анализировались следующие показатели: Time in range (TIR) – время, в течение которого уровни глюкозы находились в пределах целевых значений (3,9–10 ммоль/л), доля гипо – и гипергликемических эпизодов. Согласно результатам гликемического мониторинга пациенты по рекомендации консенсуса по непрерывному мониторингу глюкозы (2017) были разделены на 4 группы: I группа (13 пациентов) с показателями  $TIR \geq 70\%$ , гипо  $< 4\%$  и гипергликемия  $\leq 10\%$ ; II группа (12 больных) с  $TIR \geq 70\%$ , гипо  $\geq 4\%$  и гипергликемия  $\leq 10\%$ ;

III группа (10 больных) с  $TIR < 70\%$ , гипо  $\geq 4\%$  и гипергликемия  $> 30\%$ ; IV группа (10 больных) с  $TIR < 70\%$ , гипо  $< 4\%$  и гипергликемия  $> 30\%$ .

**Результаты:** изучение данных ХМЭКГ в сравниваемых группах показало, что за период наблюдения у всех пациентов наблюдались те или иные нарушения ритма сердца, из-за малого количества больных достоверных значений эти различия не достигали, но тем не менее, нам удалось обозначить тенденцию. Итак, по результатам ХМЭКГ выявлено следующее: в I группе больных за период наблюдения зарегистрированы одиночные наджелудочковые экстрасистолы (ОНЖЭ) у 6 (46,1%), парная НЖЭ у 4 (30,8%), НЖ тахикардия у 2 (15,3%), одиночная ЖЭ у 11 (84,6%), ЖЭ высоких градаций (ЖЭВГ) у 3 (23,8%). Эпизоды депрессии ST сегмента выявлены у 5 (38,4%) больных, продолжительность их составила  $7,38 \pm 2,04$  мин; в II группе больных за период наблюдения зарегистрированы (ОНЖЭ) у 8 (66,7%), парная НЖЭ у 6 (50%), НЖ тахикардия у 4 (33,4%), одиночная ЖЭ у 10 (83,4%), ЖЭВГ у 3 (25%) и у 1 пациента зарегистрирована неустойчивая ЖТ. У 2 (16,7%) зарегистрированы случаи пароксизмальной ФП продолжительностью  $395,2 \pm 108,1$  мин. Эпизоды депрессии ST сегмента выявлены у 9 (75%) больных, продолжительность их составила  $39,6 \pm 13,8$  мин; в III группе больных за период наблюдения зарегистрированы (ОНЖЭ) у 10 (100%), парная НЖЭ у 7 (70%), НЖ тахикардия у 6 (60%), одиночная ЖЭ у 10 (100%), ЖЭВГ у 8 (80%) и у 5 (50%) пациентов зарегистрирована неустойчивая ЖТ. У 6 (60%) больных зарегистрированы пароксизмы ФП, продолжительность которых составила  $1164,2 \pm 153,6$  мин. Эпизоды депрессии ST сегмента выявлены у 8 (80%) больных, продолжительность их составила  $35,3 \pm 16,9$  мин; в IV группе больных за период наблюдения зарегистрированы (ОНЖЭ) у 7 (70%), парная НЖЭ у 5 (50%), НЖ тахикардия у 3 (30%), одиночная ЖЭ у 10 (100%), ЖЭВГ у 5 (50%), у 4 (40%) – неустойчивая ЖТ. У 8 (80%) больных зарегистрированы эпизоды депрессии ST сегмента выявлены продолжительностью  $29,3 \pm 18,0$  мин.

**Заключение:** таким образом, наиболее прогностически неблагоприятные виды нарушений ритма сердца чаще наблюдались в группе с низким показателем TIR в сочетании с частыми эпизодами гипо и гипергликемии. Частые эпизоды ишемии миокарда более характерны для больных с высоким TIR, но частыми эпизодами гипогликемии.



## THE RELATIONSHIP OF THE GLYCEMIC RANGE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC DISEASE AND TYPE 2 DIABETES

MIRZARAKHIMOVA Z.KH., RAKHIMOVA G.N., MULLABAEVA G.U.

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology Tashkent, Uzbekistan*

**Objective:** to assess the frequency of cardiac arrhythmias in patients with coronary heart disease (CHD) and diabetes mellitus (DM) in relation to different ranges of glycemia.

**Materials and methods:** the study included 45 patients with stable CHD and type 2 DM (28 women, 17 men). An anamnesis of DM was for no more than 5 years. The average age was  $55.3 \pm 4.9$  years. The control group consisted of 20 patients of a comparable age with CHD, but no DM. Exception criteria: patients older than 75 years, impaired thyroid function, unstable forms of CHD, type 2 DM in the stage of severe decompensating, requiring hospitalization in the emergency department; severe hepatic and renal impairment (CKD GFR  $< 29$  ml / min /  $1.73$  m<sup>2</sup>), severe COPD, permanent form of atrial fibrillation (AF).

The study protocol provided for continuous glycemic and ECG monitoring (ECGM) for 14 days. For continuous glycemic monitoring, FreeStyle Libre from Abbott was used. For a continuous 14-day ECG, the SR-Medizinelektronik wearable device SRA + V2 was used.

When analyzing glycemic monitoring data, we analyzed the following indicators: Time in range (TIR) – the time during which glucose levels were within the target values (3.9–10 mmol / l), the proportion of hypo – and hyperglycemic episodes. According to the results of glycemic monitoring, patients, according to the consensus recommendation for continuous glucose monitoring (2017), were divided into 4 groups: group I (13 patients) with  $TIR \geq 70\%$ , hypo  $< 4\%$  and hyperglycemia  $\leq 10\%$ ; Group II (12 patients) with  $TIR \geq 70\%$ , hypo  $\geq 4\%$  and hyperglycemia  $\leq 10\%$ ; Group III (10 patients) with  $TIR < 70\%$ , hypo  $\geq 4\%$  and hyperglycemia  $> 30\%$ ; Group

IV (10 patients) with  $TIR < 70\%$ , hypo  $< 4\%$  and hyperglycemia  $> 30\%$ .

**Results:** the study of ECG data in the compared groups showed that during the observation period all patients had some type of heart rhythm disturbance, because of the small number of patients these differences did not reach significant values, but nevertheless, we managed to identify a trend. So, according to the results of 14 day ECGM, the following was revealed: in the I group of patients during the observation period supraventricular tachycardia (SVT) in 2 (15.3%), single ventricular extrasystoles (VE) in 11 (84.6%), VE of high gradations (VEHG) in 3 (23.8%) were detected. Episodes of the ST segment depression were detected in 5 (38.4%) patients; in the II group of patients SVT in 4 (33.4%), single VE in 10 (83.4%), VEHG in 3 (25%) and in 1 patient unstable VT was recorded. In 2 (16.7%) cases of paroxysmal AF lasting  $395.2 \pm 108.1$  minutes were recorded. Episodes of the ST segment depression were detected in 9 (75%) patients; in the III group SVT in 6 (60%), single VE in 10 (100%), VEHG in 8 (80%) and in 5 (50%) patients unstable VT was recorded. In 6 (60%) patients, AF paroxysms were recorded, its duration was  $1164.2 \pm 153.6$  minutes. Episodes of ST segment depression were detected in 8 (80%) patients; in the IV group SVT in 3 (30%), single VE in 10 (100%), VEHG in 5 (50%), in 4 (40%) – unstable VT. In 8 (80%) patients, episodes of ST segment depression were detected.

**Conclusion:** thus, the most prognostically unfavorable types of heart rhythm disturbances were more often observed in the group with a low TIR score in combination with frequent episodes of hypo and hyperglycemia. Frequent episodes of myocardial ischemia are more characteristic for patients with high TIR, but frequent episodes of hypoglycemia.

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С НАЛИЧИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

СОЛОВЕЙ С.П., КАРПОВА И.С.

*Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Беларусь*

**Цель:** выявить особенности статуса половых гормонов в период климакса у женщин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и постменопаузальным остеопорозом (ОП).

**Материал и методы.** Обследовано 95 женщин, находящихся в климактерическом периоде, из них 27 чел. – с установленным диагнозом ИБС и постменопаузального ОП (1 группа), 28 чел. – с уста-

новленным диагнозом ИБС (2 группа), и 40 практически здоровых лиц без указанных заболеваний (3 группа). Наличие хирургической менопаузы (МП), использование менопаузальной гормональной терапии являлись критериями исключения из исследования. Определение уровня эстрадиола (Э), общего тестостерона (Т), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ),



прогестерона (ПГ) сыворотки крови проводилось электрохемилюминисцентным методом на автоматических анализаторах Elecsys 2010, Cobas e 411 («Ф. Хоффманн-Ла Рош», Швейцария) с использованием реагентов тех же фирм. Данные представлены в виде медианы интерквартильного размаха (Ме (LQ;UQ)).

**Результаты.** Согласно полученным результатам, у всех обследуемых уровни гормонов находились в пределах референсных значений. Во всех группах средняя концентрация Э была меньше нормальных показателей репродуктивного периода и соответствовала стадиям МП. При этом наименьший уровень выявлен в группе лиц с сочетанной патологией – 10,93 (2,47;12,27) пг/мл, величина которого достоверно ( $p=0,045$ ) отличалась от соответствующего показателя в группе здоровых – 17,33 (14,87;22,76) пг/мл. Эту разницу можно объяснить более ранним началом МП у первых и, соответственно, достоверно большей ( $p=0,025$ ) длительностью менопаузального периода, сопровождающуюся снижением эстрогенов: 8,2 (5,0;15,5) лет и 3,9 (2,0; 4,0) лет соответственно. При сравнении 1 группы со 2 группой, где среднее значение Э составило 12,00 (4,98;15,02) пг/мл, существенных отличий не отмечено. При этом длительность МП у лиц, страдающих только ИБС (2 группа), в отличие от 1 группы оказалась значительно меньше – 4,8 (1,5;7,5) лет. Уровень Т в 1, 2, 3 группах составил 1,76 (0,64;3,94) нмоль/мл, 1,35 (0,48;1,96) нмоль/мл и 2,43 (1,09;2,69) нмоль/мл соответственно. Известно, что относительная гиперандрогения (увеличение уровня Т 2–2,5 нмоль/л)

на фоне низкого уровня Э характерна для более раннего периода МП. Однако в группе лиц с сочетанной патологией средняя продолжительность МП превышала общепринятые 5–8 лет, достигая в некоторых случаях 15-ти лет. И тем не менее, более длительный период времени, прошедший от наступления МП, не сопровождался ожидаемым более выраженным снижением Т и уменьшением соотношения Э / Т лишь до 6,2, в то время как в 3 группе оно равнялось 7,1, а у лиц только с ИБС – 9,6. Величина ФСГ в группах > 30 мЕд/мл отражала менопаузальный период. Наибольший уровень ЛГ отмечался в группе с сочетанной патологией. Средняя величина ПГ < 3,2 нмоль/л, характерная для МП, определялась во всех группах. Подобно Э, наименьшая концентрация ПГ обнаруживалась у лиц с ИБС – 0,68 (0,48;1,02) нмоль/мл, достоверно отличаясь от группы здоровых лиц – 2,09 (1,10–2,56) нмоль/мл.

**Заключение.** В патогенезе постменопаузального ОП ведущее место занимает снижение уровня эстрогенов, а ранняя МП является общим фактором как для риска развития ОП, так и ИБС. Кроме того, результаты Women's Health Study показали, что у женщин с самыми высокими уровнями андрогенов в 2 раза повышен риск сердечно-сосудистых событий. На основании нашего исследования можно сказать, что у женщин с сочетанием ИБС и ОП наблюдается недостаточная эстрогенная насыщенность с тенденцией к сохранению относительной гиперандрогении, что важно учитывать при ведении женщин, вступающих в менопаузальный период, наряду с оценкой риска развития ОП и ИБС.

## ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП

ДАМИНОВА К.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и  
трансплантации почки  
Кафедра предметов терапевтического направления №2*

В последние годы хроническая болезнь почек (ХБП) является прогрессирующей патологией, нуждающейся в постоянном мониторинге. Для ранней ее диагностики и профилактики прогрессирования необходимо выявление факторов риска (ФР). Лица, входящие в группу риска развития ХБП, у которых не выявлены ее маркеры, должны получить рекомендации по коррекции модифицируемых ФР развития и прогрессирования ХБП: ожирение, гиперхолестеринемия, АГ, гипергликемия, заболевания нижних мочевых путей и др. Одним из важнейших факторов является дислипидемия.

На основании вышеизложенного была изучена дислипидемия у больных ХБП в условиях первично-го звена здравоохранения.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 217 больных ХБП в возрасте от 18 лет до 65 лет. Проведено 3х этапное

обследование. Первый этап включал: комплексную диагностику нефропатии у всех больных, выявление наличия различных немодифицируемых и модифицируемых факторов риска, одним из которых была дислипидемия и ее связь с изменениями почек в условиях первичного звена здравоохранения. Определяли уровень холестерина и проводилась оценка индекса массы тела по формуле  $кг/м^2$

**Результаты и их обсуждение.** На основе категории СКФ хронической болезни почек (ХБП) по KDIGO 2012г., по степени развития ХБП больные распределились следующим образом: 1 степень СКФ 60–89 мл/мин/  $1,73м^2$  ( $n=54$ ); 2 степень СКФ 45–59 мл/мин/  $1,73м^2$  ( $n=53$ ); 3 степень СКФ 30–44 мл/мин/  $1,73м^2$  ( $n=58$ ) и 4 степень СКФ 15–29 мл/мин/  $1,73м^2$  ( $n=52$ ). При исследовании у данных больных гиперхолестеринемия выявлена у 154 (71,0%) па-



циентов, причём в 1 группе – с наличием жалоб – 16 (29,63%); с отсутствием жалоб – 13(24,1%); 2 группа – с наличием жалоб 25(47,17%), с отсутствием жалоб – 18(33,96%); 3 группа – с наличием жалоб 15(25,86%), с отсутствием жалоб –16(27,59%); 4 группа – с наличием жалоб 28(53,85%), с отсутствием жалоб – 23(44,23%). Также, следует отметить, что у наших больных проводилось измерение индекса массы тела (ИМТ). Средний ИМТ составил  $29,5 \pm 5,92$  кг/м<sup>2</sup>. Нормальную массу тела имели 52(24,0%) больных, избыточный вес – отмечено у 63(29,0%) пациентов, ожирение выявлено у –102 (47,0%) пациентов, причём в 1 группе – с наличием жалоб – 5 (9,26%); с отсутствием жалоб – 7(12,96%); 2 группа – с наличием жалоб 12(22,64%), с отсутствием жалоб – 11(20,75%); 3 группа – с наличием жалоб 15(25,86%), с отсутствием жалоб –16 (27,59%); 4 группа – с наличием жалоб 17(32,69%), с отсутствием жалоб – 19(36,54%). Результаты исследования показали, что

из них – ожирение Iст. – 44(43,14%) больных, ожирение IIст. – 47(46,08%), ожирение IIIст. – 11(10,78%) больных. Причём у ранее выявленных ХБП (n=151) ожирение выявлено у 59(39,7%), в тоже время у пациентов впервые выявленных ХБП (n=54) ожирение выявлено у 35(64,81%) больных.

**Вывод.** При анализе оценки риска развития и прогрессирования ХБП на уровне врачей первичного звена здравоохранения, мы установили, что уменьшение числа пациентов с нормальным ИМТ происходит при усугублении состояния пациентов и появлении первых признаков. Данное исследование было направлено на выявление эффективности определения факторов риска в условиях первичного звена здравоохранения. Таким образом, раннее выявление дислипидемии может являться фактором ранней диагностики и профилактики прогрессирующей ХБП.

## ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ТУЛАБОЕВА Г.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш., САГАТОВА Х.М., АБДУКОДИРОВА Н.М., КОСИМОВА М.А., ХУСАНОВ А.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, кафедра кардиологии и геронтологии

**Актуальность.** Известно, что у больных с сахарным диабетом ишемическая болезнь сердца (ИБС) диагностируется в 2–4 раза чаще, чем у людей того же возраста без диабета.

**Цель:** Изучить эффективность розувастатина у больных старшего возраста с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом.

**Материал и методы** исследования. В исследование включены 100 пациентов, в возрасте старше 60 лет, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца и сахарным диабетом 2 типа. Пациенты разделены на 2 группы: 1-группа пациентов (основная, n=80) с ИБС и СД и 2 – группа (группа сравнения n=20) без СД, в свою очередь в зависимости от гиполлипидемической терапии, методами «случайной» выборки пациенты были разделены в следующие группы: 1а-группа 40 пациентов с ИБС и СД, получавшие на фоне основной терапии розувастатин – (Крестат, CCL Pharmaceuticals (Pvt) Ltd) 10–20 мг/сут, 2а – 40 пациентов, получавшие симвастатин (20–40 мг/сут). Начальная доза симвастатина составила 20 мг в сутки, а крестата 10 мг в сутки, через каждые 2 недели их ступенчато увеличивали на 10–20 мг/сут до достижения целевого уровня ХС ЛПНП.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее в себя изучение клинико-функционального статуса, показателей липидного спектра крови (липопротеиды низкой

плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА)) и биомаркеров воспаления (С-реактивный белок (СРБ), фибриноген), уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ–6, ФНО-а, ИЛ–18). Из функциональных исследований всем пациентам проводили регистрацию электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование сонных артерий.

**Результаты** исследования. На момент включения в исследование уровень общего ХС у больных ИБС без СД составил  $204,6 \pm 5,5$  мг/дл, у больных ИБС+СД имел тенденцию к повышению и составил  $217,5 \pm 3,2$  мг/дл, но не имел достоверный характер. По сравнению со здоровыми лицами у больных ИБС+СД и без СД он был достоверно выше ( $p < 0,001$ ).

В динамике двухмесячного курса лечения у пациентов всех групп отмечалось достоверное снижение уровня общего ХС (у 1а группы на 25% ( $p < 0,01$ ), у 2а группы на 20% ( $p < 0,01$ ) и КА (у 1а группы на 59% ( $p < 0,001$ ), у 2а группы на 45% ( $p < 0,01$ ), причем в группе розувастатином оно было относительно высоко значимым. Уровни ТГ также достоверно снизились после терапии у 1а группы на 19% ( $p < 0,01$ ) и у 2а группы на 16% ( $p < 0,05$ ). ХС ЛПНП был значимо снижен в 1а группе на 21% ( $p < 0,01$ ). Обращает на себя внимание повышение уровня ХС ЛПВП на 24% ( $p < 0,01$ ) у больных 1 а группы и на 14% ( $p < 0,05$ ) во 2а груп-





пы пациентов. Изучение противовоспалительного действия гиполипидемических препаратов показало существенное и достоверное снижение концентрации вЧСБР у больных в обеих группах ( $p < 0,001$ ), что подтверждает наличие плеiotропных свойств у статинов.

Таким образом, применение в комплексной терапии розувастатина по сравнению симвастатина способствовало более достоверному увеличению ХС ЛПВП, снижению ТГ и ЛПНП у пациентов старшего

возраста с ИБС и СД. В основе данного процесса, по-видимому, лежит увеличение концентрации аполипопротеина А, обладающего антиатерогенным и противовоспалительным действием. Полученные результаты исследования расширяют его возможности применения в клинической практике, в частности у больных с высоким риском ССО.

*Ключевые слова:* ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, липидный спектр крови, атеросклероз, розувастатин.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
Городская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан*

Хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, особенно эзофаго гастроудоденальный синдром чаще рассматривался как маска псевдокоронарного синдрома, а, тогда как, некоторые литературные источники отмечают среди пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях выявление высокой частоты встречаемости коморбидной патологии распространенности заболевания гастроудоденальной патологии. Хронические гастроудодениты с ишемической болезни сердца остаются наиболее распространенными и мало изученными заболеваниями внутренних органов и в большинстве случаев не учитывается состояние слизистой оболочки пищеварительного тракта.

**Цель работы:** Анализ эффективности эрадикационной терапии (ЭТ) у больных ИБС стабильной стенокардией с сочетанием ХГ.

**Материал и методы:** На клинические исследования было включено 46 больных ИБС ФК I-IV с сочетанием ХГ находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Городская клиническая больница №1.

Для верификации клинического диагноза всем больным в плановом порядке проводились лабораторно-инструментальные исследования, а для определения состояния слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводили ЭФГДИС, при надобности с биопсией слизистой оболочки желудка (Ж) и 12-типерстной кишки (ДПК).

У больных ИБС ФК I-IV после проведенной ЭФГДИС был установлен ХГ у 37 больных. Осложненные формы ЯЖ и ДПК с различной степенью тяжести было выявлено у 9 (19,56%) больных.

Эффективность лечения составила у 44 (95,65%) больных.

**Результаты:** С учётом полученных данных, наряду с комплексной базисной терапией ИБС с учётом антибиотикочувствительности *h.pylori* получали (ИПП, кларитромицин и амоксициллин) с длительностью лечения 10–15 дней. Тогда как симптомы тошноты, изжоги, отрыжки исчезли. Одновременно это способствовало снижению потребности в нитропрепаратах с 19,5 до 8,4 таблеток, а также способствовало к положительной динамике клиники ИБС.

Включение эрадикационной терапии у больных ИБС с коморбидной патологией – в сочетании ХГ, ЯБЖ и ДПК способствует высокой эффективности. Преимущественное поражение Ж и ДПК эрозивно-язвенными процессами было выявлено у лиц преобладающими факторами риска: вредные привычки, нарушение диеты, стрессовые состояния и т.д.

Проведенная эрадикационная терапия внесла весомый вклад в лечение коморбидных состояний, в частности с сочетанием ИБС.

**Заключение:** На основании полученных данных можно отметить, что распространенность ХГ у больных с ИБС была выше среди мужчин, чем женщин. Наиболее частыми симптомами являлись: тошнота, изжога, боль в эпигастральной области, отрыжка. Эрадикационная терапия при включении в стандартной терапии больных ИБС ФК I-IV в сочетании ХГ, ЯБЖ и ДПК повышает эффективность лечения, улучшает клиническое состояние и качество жизни больных.

## ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЯЖЕСТЬ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АЛЕКПЕРОВ Э.З., МАМЕДРЗАЕВА В.М.

НИИ кардиологии им. Д.М.Абдуллаева, Баку, Азербайджан

**Цель.** Изучить раздельное влияние инсулинозависимого сахарного диабета 2-го типа, наследственной отягощенности к сердечно-сосудистым заболеваниям и курения на тяжесть и течение ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Выполнен статистический анализ данных 100 пациентов с одним фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): наследственной отягощенностью (НО)–25 больных, курением табака (КТ)–44 больных и инсулинозависимым сахарным диабетом 2-го типа (СД)–31 больных. При первичном обращении больные подвергались тщательному ретроспективному анализу, клиническому, лабораторному и инструментальному обследованиям. **Результаты** трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ), электрокардиографии (ЭКГ) анализировались в начале наблюдения и через год. Тяжесть поражения коронарных артерий оценивалась согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2018 года, методом подсчета баллов с использованием SYNTAX score анализа коронарографии (<http://www.syntaxscore.com>). Критериями тяжести ИБС также считались число Q и QS зубцов на ЭКГ, увеличение размеров и снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ) на ЭхоКГ.

**Результаты.** Ретроспективный анализ показал, что у 17(54,8%) больных СД ранее была выполнена реваскуляризация миокарда. Частота стентирования коронарных сосудов, по сравнению с аортокоронарным шунтированием (АКШ), несколько превалировала у больных СД ( $p>0,05$ ), оказалась практически одинаковой в группе КТ и была в три раза выше в

группе НО ( $p<0,05$ ). Коронарные сосуды в группах КТ и СД страдали в большей степени, чем в группе НО ( $20,4\pm 2,7$  баллов  $21,9\pm 1,39$  и  $12,9\pm 1,8$  баллов, соответственно). В группе СД больных с III-IV функциональным классом (ФК) сердечной недостаточности (СН) было больше, чем больных I-II ФК СН (67,7% и 32,3%, соответственно,  $p_{\chi^2}=0,006$ ), причем больные с III-IV ФК СН чаще выявлялись в группе СД, по сравнению с группой НО (67,7% и 40,0%, соответственно,  $p_{\chi^2}=0,038$ ). Через год у всех больных наблюдалось дезадаптивное ремоделирование сердца, причем снижение ФВ, было более выраженным у больных СД. Несмотря на это у всех пациентов наблюдалось уменьшение симптомов стенокардии (СТК) и СН. Эффективность лечения в плане снижения частоты СТК у пациентов с НО была ниже, по сравнению с группами КТ и СД. АКШ выполнено 12,9% больным группы СД, а стентирование –18,2% больным группы КТ и 24,0% больным группы НО. У 6,8% больных группы КТ и 16,0% больных группы НО стентирование было осуществлено в условиях ОКС (ОР=2,35).

**Заключение.** Больные с СД имеют наиболее высокий риск реваскуляризации и чаще подвергаются АКШ. Курящие пациенты по тяжести поражения сердца и коронарных артерий уступают больным СД. Последнее место по тяжести ИБС занимают пациенты с НО. При отсутствии распространенного поражения коронарных сосудов и миокарда, больные с НО более склонны к ОКС и эффективность медикаментозного лечения СТК у них ниже, чем у больных группы СД и КТ.

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ЭМОМЗОДА И.Х., ОДИНАЕВ Ш.Ф., МЕХМОНОВ П.Х., ЮСУПОВА М.Х.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

**Цель работы:** изучение качества жизни до и после стентирования коронарных артерий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы.** За 2019 г. в условиях клиники «Сино» проведен анализ качества жизни у 60 пациентов со стабильной стенокардией до и после стентирования коронарных артерий. До и после госпитальные процедуры выполнены согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов (ACC) и Всероссийского Научного Общества кардиологов. Среди обследованных преобладали мужчины – 46 (76,6%) больных (средний возраст  $56,1\pm 1,8$  года) и 24 (23,4%) женщин (средний возраст –  $58,0\pm 1,9$  года). Всем пациентам устанавли-

вались не более 2 стентов, покрытых сиролимусом (Taxus). Для оценки качества жизни (КЖ) был использован опросник SF-36, адаптированный к больным с сердечно-сосудистой патологией. В исследование не включались больные, перенесшие ангиопластику или аорто-коронарное шунтирование, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение ( $\sigma$ ) и стандартную ошибку (m).

**Результаты** и их обсуждение. После стентирования коронарных артерий у пациентов, страдающих ИБС, отмечались положительные сдвиги в клинической симптоматике выражающиеся в исчезновении



болей, улучшении настроения, больные ощущали прилив бодрости и сил, исчезновении одышки и сердцебиения. Помимо улучшения клинической симптоматики у большей части пациентов отмечалась нормализация зубца Т и сегмента ST.

**Результаты** оценки качества жизни показали, что большинство параметров имеют отчетливую тенденцию к увеличению суммарного количества баллов. Психологические компоненты здоровья улучшились (МН) с  $46,4 \pm 2,5$  до  $71,3 \pm 2,0$ . Основными параметрами улучшения психологического компонента является улучшение жизненной активности (VT) с  $37,0 \pm 1,5$  до  $52,0 \pm 1,2$  балла, а также психического компонента здоровья (МН) с  $58,0 \pm 2,5$  до  $85,5 \pm 2,1$  балла. В меньшей степени улучшаются компоненты социального функционирования (SF) с  $50,5 \pm 3,2$  до  $55,0 \pm 1,5$  и эмоционального состояния (RE) с  $57,0 \pm 2,0$  до  $61,0 \pm 2,5$  балла.

Компонент физического функционирования (*Physical Health*) повысился с  $34,4 \pm 2,0$  до  $45,5 \pm 1,5$  баллов. Следует отметить, что частота и интенсивность болевого фактора (BR) снизилась, отражаясь повышением активности баллов с  $55 \pm 1,0$  до  $72 \pm 2,0$  баллов. Компонент общего состояния здоровья (GH) и ролевого функционирования (RP) также имели достоверную картину к увеличению.

**Выводы. Результаты** исследования свидетельствуют о том, что стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее успешным методом лечения ишемической болезни сердца. Это обстоятельство оправдано не только улучшением клинического состояния, но и улучшением психологического и физического компонентов качества жизни.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ДИСЛИПИДЕМИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНОРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЭШПУЛАТОВ А.С., ХОШИМОВ Ш.У., КАН Л.Э., АХМЕДОВА Ш.С., ЗИЯЕВА А.В., ТРИГУЛОВА Р.Х., ШЕК А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии ИЗ РУз,  
г. Ташкент, Узбекистан

Как известно, значимыми факторами остаточного риска сосудистых осложнений, у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), наряду с повышенным уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), являются высокий уровень триглицеридов (ТГ) и низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), зависящих от типов дислипидемии (ДЛП). Каждый из этих факторов является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений.

**Цель:** Изучить возможную связь типов дислипидемии и особенности поражения коронарного русла по результатам коронароангиографии у больных со смешанной дислипидемией.

**Материал и методы.** В исследование включены 88 больных с нестабильной стенокардией с дислипидемией (ДЛП, уровень ХС ЛПНП  $\geq 100$  мг/дл), 71 – мужчины (80,7%) и 17 – женщины (19,3%); средний возраст составил  $54,8 \pm 8,7$  лет. Всем больным, выполняли ЭхоКГ, дуплексное сканирование сонных артерий, коронароангиографию. Липидный спектр – общий холестерин, триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), очень низкой (ХС ЛПОНП), низкой (ХС ЛПНП) плотности, уровень глюкозы, креатинфосфокиназы (КФК), ферментов (АСТ, АЛТ) и др. определяли на биохимическом анализаторе «Randox» (Великобритания).

**Результаты.** После первичного обследования все больные были разделены по уровню ТГ на 3 группы: I-группа уровень ТГ  $< 200$  мг/дл, II – группа уровень ТГ  $\geq 200$  мг/дл, III – группа уровень ТГ  $\geq 300$  мг/дл. При анализе исходных клинико-гемодинамических показателей сравниваемые группы не отличались по поло-возрастным характеристикам, наличию ГБ, инсульта и ОИМ в анамнезе, однако

среди больных III группы (ДЛП IIB типа) достоверно чаще встречался сахарный диабет ( $62,1\%$ ,  $P < 0,01$ ) и наблюдалась тенденция к большей величине ИМТ ( $32,0 \pm 6,4$ ), в сравнении с группой больных с ДЛП IIA типа (ТГ  $< 200$  мг/дл). При сравнительной оценке липидного профиля, у больных III группы, наряду с более высокими значениями уровня ТГ, что было предопределено рандомизацией, отмечался достоверно более низкий уровень ХС ЛПВП ( $36,2 \pm 11,9$ ,  $P < 0,01$ ) и соответственно, более высокое значение коэффициента атерогенности КА ( $7,0 \pm 3,7$ ,  $P < 0,01$ ) по сравнению с I группой, что свидетельствует о более высокой атерогенности ДЛП. По результатам коронароангиографического исследования только у 6 из 88 обследованных больных с нестабильной стенокардией не было выявлено гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. При этом предварительные результаты указывают на более высокую частоту многососудистого поражения у больных с ДЛП IIB типа – у 6 больных II и 6 III группы, всего у 12 (20,3%) из 59, тогда как в I группе указанное поражение наблюдалось вдвое реже – лишь у 3 (10,3%) из 29 обследованных, хотя различие носило в целом недостоверный характер.

**Заключение:** У больных с дислипидемией IIB типа достоверно чаще встречался сахарный диабет, были выше индекс массы тела, и коэффициент атерогенности, при достоверно более высоком значении холестерина липопротеидов высокой плотности, в сравнении с пациентами имеющими IIA тип. При этом у больных с дислипидемией IIB типа в 2 раза чаще встречалось многососудистое поражение коронарных артерий (20,3%), чем среди пациентов с дислипидемией IIA типа, что требует дальнейшего углубленного изучения.



## YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BO'LGAN BEMORLARDA EROZIV-YARALI GASTRODUODENAL QON KETISHNING OLDINI OLISH

YARMATOV S.T., XAYDAROV S.N.

*Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrasida, Samarqand, O'zbekiston*

**Kirish:** So'nggi yillarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning o'tkir yarasi bilan kasallanganlar soni ko'paymoqda, o'tkir yaralardan qon ketish kabi hayotga xavf tug'diradigan asoratlarning uchrashi ko'paymoqda.

Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarda eroziv gastroduodenal qon ketishining rivojlanishi ko'pincha antiagregant yoki antikoagulyant dorilarni qo'llash natijasida rivojlanadi.

**Tadqiqot maqsadi:** Simptomatik yaralar va erozivialarni erta tashxislash va eroziv-yarali gastroduodenal qon ketishining oldini olishning individual usullarini qo'llash orqali kardiologik profilga ega bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash.

**Materiallar va uslublar:** Tadqiqot davomida Kardiologiya bo'limiga yotqizilgan 44 nafar bemorda tekshirish va kuzatuvlar olib borildi. Progressiv stenokardiya 15 (34,1%) bemorni kasalxonaga yotqizishga sabab bo'ldi, 19 (43,2%) bemor gipertoniya bilan og'rikan, 12 (27,3%) bemor yurak ishemik kasalligidan tashqari, oshqozon-ichak traktining surunkali patologiyasidan aziyat chekkan.

Tadqiqot maqsadlariga muvofiq, barcha bemorlar tasodifiy ravishda ikki guruhga bo'lingan: asosiy guruh va taqqoslash guruhi.

Asosiy guruhga 23 nafar bemor kiritilgan, ularning o'rtacha yoshi  $61,8 \pm 2,15$  yosh edi. Asosiy guruhdagi bemorlar asosiy kasallikni davolash bilan bir qatorda, gastroduodenal zonaning o'tkir eroziyasi va oshqozon yarasini erta tashxislash usullarini va terapevtik intraluminal endoskopiyani chora-tadbirlar kompleksiga kiritish orqali gastroduodenal qon ketishining oldini olishdi.

Davolash natijalarini baholash uchun taqqoslash guruhi (21 bemor) tuzildi, ularning o'rtacha yoshi  $59,5 \pm 3,2$  yil.

**Natijalar va ularning tahlili:** Olingan ma'lumotlarni tahlil qilganda, bemorlarning asosiy guruhida kasallikning klinik va endoskopik remissiyasi ancha oldin sodir bo'lganligi aniqlandi. Multidisipliner yondashuv doirasida o'z vaqtida tashxis qo'yilgan fibrogastroduodenoskopiya gastroduodenal zonaning eroziv va yarali shikastlanishlarini erta aniqlashga imkon berdi va granulyar sorbentlar bilan profilaktik lokal terapiyani amalga oshirish mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga yordam berdi (xususan qon ketish). Asosiy guruhdagi klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, endoskopik insufflatsiyadan so'ng tanadagi sorbent tana to'qimalarining harorati va namligi sharoitida shishib ketish qobiliyatiga ega bo'lib, eroziv-yarali yuzani qoplaydigan yumshoq elastik gel qatlamiga aylandi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak hazm qilish shirasi kislotasi va fermentlarining eroziya va oshqozon yarasi yuzasiga ta'siri biologik faol donador sorbent insufflatsiyasidan so'ng darhol to'xtadi.

zasi ta'siri biologik faol donador sorbent insufflatsiyasidan so'ng darhol to'xtadi.

Eroziya va yara yuzasidan Hidrogel qatlamini ko'chib tushish muddati 4–5 kuni tashkil etdi. Bu asta-sekin eroziv-yarali yuzaning epitelizatsiyasi va oshqozon bo'shlig'i yoki o'n ikki barmoqli ichakning ovqat hazm qilish massalarining gel qatlamining elastik yuzasiga ta'siri bilan sodir bo'ldi. Hidrogel qatlamining yara yuzasida bunday uzoq vaqt yashash muddati va uning xususiyatlari (yutish qobiliyati, yumshoq elastik sirt) nafaqat gel qatlamining himoya va izolyatsion funksiyasini tirnash xususiyati ta'siridan uzoq muddatli ishlashi uchun zarur shartlarni yaratdi. Oshqozon shirasi va oziq-ovqat massalari, shuningdek, eroziya va o'tkir oshqozon yarasi asoratlarni oldini olgan nuqsonlarni tiklash jarayonlarini faollashtirdi. Bularning barchasi yallig'lanishni tezda olib tashlash va davolanish jarayonini tezlashtirishga olib keldi.

Asosiy guruhdagi va taqqoslash guruhidagi bemorlarni davolashning qiyosiy samaradorligi shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda (23 kishi) oshqozon og'rig'i sindromi granulyatli sorbentlar bilan mahalliy davolash boshlanganidan keyingi birinchi kun davomida barcha bemorlarda yo'qolgan. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning o'tkir nuqsonlarini davolash asosiy guruhda chandiq hosil bo'lmasdan tez va samarali tarzda sodir bo'ldi. Asosiy guruhdagi bemorlarning hech birida qon ketish yoki boshqa jarrohlik asoratlari bo'lmagan, hech kim jarrohlik muolajaga muhtoj emas. Ushbu guruhdagi bemorlarning qolish muddati  $8,45 \pm 0,33$  yotoq kunini tashkil etdi.

Taqqoslash guruhi (21 kishi) gastroduodenal zonaning eroziv va yarali shikastlanishlari bilan bog'liq og'riq sindromi kasalxonadan chiqqunga qadar 7–10 kun davomida saqlanib qoldi. Taqqoslash guruhidagi gastroduodenal oshqozon yarasini davolash keyinchalik qayd etilgan va aksariyat hollarda chandiq hosil bo'lishi bilan sodir bo'lgan. Taqqoslash guruhidagi bemorlar uchun o'rtacha kasalxonada yotish  $11,93 \pm 0,698$  yotoq kunini tashkil etdi.

**Xulosa:** yurak ishemik kasalligi bor bemorlarda gastroduodenal zonaning o'tkir eroziyasi va oshqozon yarasi rivojlanishi xavfi mavjud. Faqatgina so'nggi uch yil ichida ko'p tarmoqli kasalxonada yurak-qon tomir kasalligi yuqori oshqozon-ichak trakti shilliq qavatining o'tkir zararlanishi rivojlanishi bilan asosiy kasallikning kechishi 1,8 baravar oshdi.

O'tkir gastroduodenal oshqozon yarasini granulyar sorbent va diotevinning diovin bilan kombinatsiyasi bilan davolash orqali tavsiya etilayotgan usul og'riq sindromining pasayishiga, eroziv va yarali nuqsonlarning davolanish vaqtining qisqarishiga olib keladi, kasalxonada qolish muddati 1,4 marta qisqaradi.





# ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

## ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

**АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., РАИМКУЛОВА Н.Р., ДАЛИМОВА Д.А., АЗИЗОВ Ш.И., ТУРСУНБАЕВ А.К., ТАГАЕВА Д.Р.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр высоких технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан**

**Цель работы:** оценить эффективность медикаментозных и немедикаментозных методов при комплексном лечении и реабилитации больных хроническим коронарным синдромом (ХКС), после реваскуляризации миокарда.

**Материалы и методы:** Наблюдали больных ХКС (30), подвергшихся плановому стентированию коронарных артерий (СКА), получавших базисное лечение (аспирин+клопидогрел),  $\beta$ -адреноблокаторы, статины) и занимались на аппарате FCXT (fluid recumbent cycle) кардиотренировкой по схеме. Часть пациентов (15) получала метаболическую терапию мельдоний («КАРДОН О2»), по 500–1000 мг в день внутривенно, в течение 10 дней. Исходно и в динамике через 3 и 6 месяцев изучали показатели ЭКГ и ЭХОКГ с оценкой параметров левого желудочка (ЛЖ), содержание холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), агрегацию тромбоцитов (АТ) и полиморфизм генов CYP2C19\*2 и CYP2C19\*17.

**Результаты:** Комплексный подход к реабилитации приводил к усилению эффекта и медикаментозной терапии. Выявлена благоприятная связь между структурно-функциональным состоянием ЛЖ с уровнем ХС, ХСЛПНП, ТГ. Положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией кровотока после СКА, предотвращением формирования тромбоза за счет гиполипидемических, антагрегантных и плейотропных эффектов статинов и антиагрегантов. При применении метаболической терапии отмечено более раннее улучшение состояния больных. Выявлено увеличение количества тромбоза стентов у пациентов с AA генотипом CYP2C19 2 по сравнению с GG генотипом дикого типа CYP2C19. При применении длительных контролируемых физи-

ческих тренировок умеренной интенсивности на этапе реабилитации у больных ИБС с полной реваскуляризацией миокарда после СКА, ранние признаки нормализации диастолической функции ЛЖ определяются уже через 1 месяц, восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ у больных с полной реваскуляризацией миокарда определяется через 6 месяцев. При неполной реваскуляризации восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ, нормализация скорости его релаксации определялись позже. Метаболическая терапия усилила эффект базисной терапии и реабилитации. Длительно контролируемые физические тренировки умеренной интенсивности после СКА увеличивали толерантность к физической нагрузке на 30% и средней продолжительности выполненной нагрузки на 36%. Применение на амбулаторном этапе длительно контролируемых физических тренировок умеренной интенсивности в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией, способствует формированию кардиопротективного эффекта: стабилизации объемных и линейных показателей функции ЛЖ, улучшению показателей гемодинамики, уменьшению эктопической активности миокарда к 6-му месяцу наблюдения.

**Заключение:** Проведение комплекса физических тренировок умеренной интенсивности у больных ХКС, перенесших СКА повышает клинико-ангиографическую эффективность, уменьшает количество диагностированных рестенозов. Восстановление нужно начинать как можно раньше для скорейшего возвращения в привычный ритм жизни и лучших отдаленных результатов с учетом индивидуального подхода к выбору метода, режима и интенсивности физических тренировок.



## ДИНАМИКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

ДЖУМАНИЯЗОВ Д.К., МУЛЛАБАЕВА Г.У.

Ургенчский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи  
Республиканский научно-практический медицинский центр кардиологии

**Цель:** изучить особенности динамики показателей сократительной способности миокарда и его диастолической дисфункции в группах больных с различной тактикой восстановления коронарного кровотока.

**Материалы и методы:** в исследование вошло 45 больных мужского пола с ОКС с подъемом сегмента ST, обратившихся в хорезмские филиалы Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи и Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии первые 6 часов с момента развития ангинозного приступа. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от выбранной тактики. I группа – 13 больных, которым была проведена тромболитическая терапия, II группа – 15 больных, которым была проведена КАГ и ЧКВ в течение 12 часов с момента начала болевого синдрома, III группа – 17 больных, которым было проведено отсроченное ЧКВ. Все пациенты, независимо от примененной тактики получали терапию бета-блокаторами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, статинами, антиагрегантами в сопоставимых дозах. Всем пациентам проводилась ЭхоКС в М-и В-режимах на 1-сутки после восстановления кровотока и через 2 недели.

**Результаты:** Изучение восстановления кровотока по (инфаркт-связанной артерии) ИСА показало его улучшение в группе больных, кому было проведено экстренная ангиопластика со стентированием, при этом TIMI составил соответственно 2,7 и 2,3 во II и III группах. Сегмент ST также претерпевал выраженный регресс в группе больных с ЭЧКВ – 85%, тогда как в группе с отсроченной ЧКВ он составил 78%, а в группе с ТЛТ – 69%. Необходимо

сказать, что во всех группах к 14 дню наблюдения увеличивались объемные показатели сердца, но достоверная динамика наблюдалась лишь в группе ТЛТ, где показатели КДО и КСО выросли на 14,7 и 23,2%, соответственно ( $p < 0,05$ ). Анализ динамики ФВ показал аналогичную тенденцию, когда в группе с ТЛТ данный показатель достоверно снизился с 54,8% до 46,0% ( $p < 0,05$ ). Оценка динамики индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) показала положительные достоверные сдвиги в группе больных с экстренной ангиопластикой и стентированием. Так, в группе больных, где ИСА была rekanализирована в течение 6 часов с момента начала болевого синдрома отмечалось достоверное снижение ИНЛС с 1,9 до 1,69 ед, тогда как в группе больных ТЛТ и отсроченной ЧКВ он недостоверно возрос с 1,89 до 2,0 ед, а в группе больных, которым ЧКВ проводилось по отсроченной методике он незначительно снизился с 1,89 до 1,84 ед. Анализ показателя IVRT продемонстрировал развитие рестриктивного типа ДДЛЖ в группе ТЛТ, тогда как в группах с экстренной и отсроченной ангиопластикой и ЧКВ отмечалось увеличение данного показателя, более выраженное и достигшее достоверных значений в группе экстренной ЧКВ.

**Заключение:** данное исследование показало преимущество первичной ангиопластики перед отсроченным ЧКВ при ИМ в отношении улучшения сократительной функции миокарда, уменьшении зоны некроза. Но тем не менее, отсроченное ЧКВ продемонстрировало преимущество перед тромболитической терапией в отношении развития диастолической дисфункции миокарда, что в дальнейшем несомненно скажется на улучшении прогноза жизни данных пациентов.

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

АБДУКОДИРОВА Н.М., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, кафедра кардиологии и геронтологии, г.Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 явилась причиной стремительного роста числа заболевших и высокой смертности во всем мире. Несмотря на тропизм SARS-CoV-2 к легким, при COVID-19 имеется высокий риск развития полиорганной недостаточ-

ности, в т. ч. из-за поражения сердечно-сосудистой системы. Повреждение миокарда достаточно часто выявляется у пациентов с COVID-19 и является неблагоприятным прогностическим маркером. Основным механизмом повреждения миокарда при



данном заболевании является предметом изучения.

**Цель:** изучить особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста перенесших COVID-19.

**Материал и методы** исследования. В рамках ретроспективного исследования обследованы 128 пациентов, из них 68 пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда перенесших COVID-19 (1 группа) и 60 пациентов также с инфарктом миокарда не перенесших COVID-19 (2 группа). Исследование проводилось в клинической базе кафедры кардиологии и геронтологии в 7 Городской клинической больницы г. Ташкент и центральной поликлинике Мирабадского района. При изучении амбулаторных карт анализировались сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, стабильная стенокардия, хроническая сердечная недостаточность, аритмии сердца и сахарный диабет.

**Результаты** исследования показали, что в наблюдаемой когорте больных преобладает коморбидный фон. В группе пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, выявляется более высокая коморбидность, частота которой увеличивается до 72% при тяжелом течении COVID-19. При этом Артериальная гипертензия (АГ) встречалась у 72% больных, другие ССЗ, в том числе хроническая сердечная недостаточность – у 53,7% и сахарный диабет – у 8,2%. В 1 группе больных преобладали больные с 3 функциональным классом стабильной стенокардии напряжения (62,5%), а во 2 группе в 40% случаях. При этом выявлено, что в 1 группе пациентов в 31,2% случаев определялись более высокие функциональные классы стабильной

стенокардии (III-IV), тогда как у пациентов 2 группы в 57% ФК (I, II). Полученные данные показали более высокие показатели артериального давления, так у 57% больных 1 группы была выявлена 3 степень артериальной гипертензии, в 16,3% 1 степень и 2 степень в 26,5% случаев. Во 2-группе больных АГ 2 степени была выявлена в 51% случаях, а АГ 3 степени у 28,2% больных. У подавляющего большинства пациентов с Ковидом-19 (90,5%) определялась гипергликемия на фоне СД II типа. Декомпенсация СД в данной группе отмечалась в 37% пациентов, тогда как в группе без COVID-19 изучаемый показатель составил 18%. Среди основных осложнений СД выявлялась диабетическая ангиопатия в 1 группе пациентов и составила 18%, а во 2 группе в 9% случаях.

Таким образом, анализ распространенности сопутствующих патологий у пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда показал, что большая их часть относится к группе пациентов, перенесших COVID-19. Больные с сопутствующими ССЗ и/или традиционными кардиоваскулярными факторами риска, в особенности в пожилом возрасте относятся к особо уязвимой когорте, отличающейся тяжелым течением COVID-19, а воздействие вируса SARS-CoV-2 и других патогенных факторов, обладающих токсическим, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами, может привести к декомпенсации сопутствующих ССЗ в том числе развитием инфаркта миокарда.

**Ключевые слова:** COVID-19, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистые заболевания, кардиоваскулярный риск.

## ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*КЕВОРКОВ А. Г., ТУРСУНОВ Э. Я.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: Прогнозирование неблагоприятных исходов у пациентов после инфаркта миокарда (ИМ) остается серьезной и не до конца решенной проблемой, которая подталкивает исследователей к поиску новых технологий. Одним из относительно перспективных неинвазивных методов прогнозирования внезапной сердечной смерти у пациентов с ишемической болезнью сердца может быть оценка турбулентности сердечного ритма (TCP).

**Цель:** изучить взаимосвязь между компонентами TCP и тяжестью атеросклеротического поражения коронарных артерий, оцениваемых по шкалам SYNTAX и SYNTAX II, у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

**Материалы и методы:** в исследование были включены 106 пациентов с ИМ в анамнезе в

среднем возрасте  $63,6 \pm 8,3$  года (средний возраст 64 [58; 69] лет). Тяжесть поражения коронарных артерий оценивали с помощью диагностической селективной коронарной ангиографии с подсчетом баллов по шкалам SYNTAX и SYNTAX II. Всем пациентам проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. TCP определялась с использованием двух показателей: начала турбулентности ( $T_0$ , %) и наклона турбулентности ( $T_s$ , мс/RRi).

**Результаты:** после оценки TCP были получены следующие значения:  $T_0 = -1,28 \pm 1,75\%$  ( $-1,09$  [ $-2,21$ ;  $-0,40$ ]);  $T_s = 4,98 \pm 4,51$  мс/RRi (3,66 [1,65; 7,24]). Средний балл по шкале SYNTAX составил  $16,8 \pm 8,5$  (16,0 [10,0; 21,5]); по шкале SYNTAX Score II PCI –  $30,8 \pm 8,9$  (30,2 [24,7; 37,0]); по шкале SYNTAX Score II CABG –  $23,8 \pm 7,7$  (23,6 [19,0; 29,1]). 4 – летний риск



летальности после ЧКВ составил  $9,4 \pm 9,1\%$  ( $6,9$  [ $4,4$ ;  $11,9$ ]); а летальности после АКШ –  $5,0 \pm 3,7\%$  ( $4,1$  [ $2,8$ ;  $6,4$ ]). Корреляционный анализ по Спирмену выявил наличие положительной корреляции между показателем  $T_0$  ( $r=0,266$ ;  $p=0,047$ ) и величиной балла по шкале SYNTAX Score II PCI и 4-летним риском летальности после ЧКВ ( $r=0,267$ ;  $p=0,047$ ). Отрицательная корреляционная взаимосвязь отмечена между показателем  $T_s$  и величиной балла по шкалам SYNTAX Score II PCI ( $r=-0,539$ ;  $p<0,001$ ), SYNTAX Score II CABG ( $r=-0,318$ ;  $p=0,017$ ), 4-летним риском летальности после ЧКВ ( $r=-0,539$ ;  $p<0,001$ ) и

4-летним риском летальности после АКШ ( $r=-0,348$ ;  $p=0,008$ ). Между остальными проанализированными показателями достоверных корреляций не выявлено.

**Выводы:** Исходя из выявленных корреляций между компонентами TCP показателями, оцениваемыми по шкалам SYNTAX и SYNTAX II, можно сделать вывод о том, что у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе, прогрессирующее нарушение активности барорефлекса (о чем свидетельствуют изменения параметров TCP), может указывать на более выраженное поражение коронарных артерий.

## ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕПЕРFUЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

*КЕНЖАЕВ С.Р., АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Р.А., КАИРОВ А.К, КЕНЖАЕВ С.Р.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент.  
Бухарский филиал Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.*

**Цель исследования:** изучить влияние различных стратегий реперфузии на показатели стресс-эхокардиографии с добутамином при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST

**Материал и методы:** Для выявления зависимости между методом реперфузии и функциональным состоянием ЛЖ наблюдаемые нами больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 104 больных, подвергшихся ЧКВ; 2-я группа – 172 больных, у которых выполнялись ТЛТ+ЧКВ; 3-я группа – 26 больных, перенесших ТЛТ. Всем больным проводились стресс-ЭхоКГ с добутамином, эхокардиография в динамике.

**Результаты:** При проведении стресс-эхокардиографии зона миокардиального стэннинга в трех группах больных регистрировались с одинаковой частотой. В группах ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ наблюдалось более достоверное восстановление сократительной функции в зонах миокардиального стэннинга. ИНРС достоверно уменьшился в группе ЧКВ с  $1,68 \pm 0,02$  до  $1,28 \pm 0,02$ , в группе ТЛТ+ЧКВ – с  $1,7 \pm 0,02$  до  $1,26 \pm 0,02$  ( $p<0,01$ ). Но эти группы между собой достоверно не различались. В группе ТЛТ че-

рез 3 месяца также выявлено уменьшение ИНРС по сравнению с исходной величиной ( $p<0,05$ ), но значение статистической достоверности была меньше, чем после ЧКВ, ЧКВ+ТЛТ. Динамика ИНРС в группах ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ была достоверно выше, чем в группе ТЛТ.

Через 3 месяца в группах ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ количество сегментов с нормокинезией достоверно увеличилось, а количество сегментов с гипокинезией и акинезией уменьшилось, что свидетельствует об обратимости дисфункции ЛЖ при ОИМ.

В группе ТЛТ также увеличились зоны нормокинезии и уменьшились зоны гипо-акинезии. Но через 3 месяца среднее количество сегментов с акинезией и гипокинезией было больше, чем в группе ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ.

Таким образом, ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ приводили к восстановлению обратимых дисфункционирующих зон миокардиального стэннинга и лучше влияли на показатели глобальной, регионарной систолической функции ЛЖ по сравнению с ТЛТ.

## ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

*КОСИМОВ И.С., ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ТУЛАНБОВЕВ С.М.,  
ШАРОХИДДИНОВ Б.А., АСКАРОВ Ю.Г., МАХСУДОВ Б.Д.*

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Роли цитокинов в механизме развития иммунно-воспалительных реакций у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в последние годы уделяется большое значение. Это обусловлено тем,

что клетки макрофагально-фагоцитарной системы, играющие важнейшую роль в патогенезе атеросклероза, активно участвуют в синтезе цитокинов – медиаторов межклеточного взаимодействия. Со-





гласно современной концепции о воспалительной природе атерогенеза дестабилизация атеросклеротической бляшки является результатом дисбаланса между действием про- и противовоспалительных механизмов. Так, между риском развития инфаркта миокарда (ИМ) и коронарной смертью при годичном наблюдении выявлена прямая корреляция с уровнем TNF- $\alpha$  и ИЛ-6. Каскаду индукторов воспаления противостоит система защиты эндотелия, связанная с синтезом оксида азота и противовоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-10. Поэтому изучение уровня маркеров воспаления при ОКС, на наш взгляд, представляет большое значение для анализа тяжести процесса.

**Целью** работы явилась оценка уровня, провоспалительных (TNF- $\alpha$  и ИЛ-6) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов у больных ОКС.

В работе обследовано 63 больных ОКС, средний возраст больных составил  $51,4 \pm 0,7$  года (от 33 до 69 лет). Больные были разделены на 3 группы с учетом поставленного диагноза. 1-гр составили больные ОКС с подъемом (элевацией) сегмента ST. 2-гр составили ОКС без подъема (элевации) сегмента ST. 3-гр составили практически здоровые люди.

Для определения цитокинового статуса в периферической венозной крови изучали концентрацию провоспалительных цитокинов – интерлейкина-6 и

фактор некроза опухолей ( $\alpha$ -ФНО; TNF- $\alpha$ ), а также противовоспалительного цитокина интерлейкина-10. Наиболее высокие уровни провоспалительного маркера ИЛ-6 отмечался в первой группе: во 2-й группе исходный уровень ИЛ-6 также отличался от показателей группы контроля (ИЛ-6: в группе больных ОКСПСТ  $114,8 \pm 5,6$  пкг/мл, в группе больных ОКСБПСТ  $98,6 \pm 3,7$  пкг/мл,  $p < 0,001$ , в группе контроля  $27,9 \pm 2,5$  пкг/мл). У группы больных ОКСПСТ гиперпродукция ФНО- $\alpha$  составила  $79,2 \pm 2,5$  пкг/мл, что в 2,9 раза выше показателей группы контроля. У больных ОКСБПСТ показатели ФНО- $\alpha$  составили  $46,8 \pm 1,6$  пкг/мл, что выше показателей группы контроля в 1,7 раза. Уровень показателей ИЛ-10 был переменным, так у больных ОКСПСТ ИЛ-10 составил  $40,5 \pm 1,7$  пмк/мл, у больных ОКСБПСТ группы показатель составил  $67,3 \pm 2,1$  пкг/мл, соответственно в 2,96 и 4,9 раза выше показателей здоровых лиц.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить у всех пациентов с ОКС количественное и качественное изменение цитокинового статуса. Активация провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 сопровождается увеличением уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-10. Повышение концентрации цитокинов в сыворотке крови является свидетельством активного системного воспаления у больных ОКС.

## ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**КОСИМОВ И.С., ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ТУЛАНБОЕВ С.М., ШАРОХИДДИНОВ Б.А., МАХСУДОВ Б.Д., АСКАРОВ Ю.Г.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Мировая статистика свидетельствует о том, что различные страны и регионы резко различаются по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Смертность от ССЗ в Центрально – азиатских странах превышает среднеевропейские в 2,7–2,8 раза. В Узбекистане, где отмечается рост числа ССЗ проблема борьбы с ИБС, в том числе с острыми формами остаётся наиболее актуальной. Так, около 30–40% населения страдают различными клиническими формами ИБС. А по официальной статистике больше 60% населения Узбекистана люди среднего и молодого возраста.

Согласно современным представлениям, в основе патофизиологических механизмов, приводящих к ИБС лежит нейрогормональная активация, в частности симпато-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем (САС и РААС). В развитии коронарных событий имеет немаловажное значение нестабильность атеросклеротической бляшки. Так, согласно данным литературы в остром периоде ИМ отмечается увеличенное содержание катехоламинов (КА) в плазме крови и повышенная их экскреция с мочой. КА, выделяясь в остром периоде ИМ в избыточном количестве, как биохимически

активные вещества могут оказывать существенное влияние на дальнейшее развитие заболевания, его исход.

**Целью** работы явилось изучение функциональной активности САС у больных с острыми нарушениями коронарного кровообращения.

Нами, в условиях стационара было обследовано 46 больных ИБС, в возрасте 40–60 лет, которые были рандомизированы на 2 группы: 1-группа – больные ИБС, нестабильная стенокардия (НС) – 23 больных, 2-группа – больные ИБС, инфаркт миокарда (ИМ) – 23 больных. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц в возрасте 40–50 лет.

**Результаты** исследования показали, что во всех группах отмечается статистически достоверное повышение уровня катехоламинов (КА) в суточной моче. Так, суточная экскреция суммарного адреналина (А) у больных НС по сравнению с контролем была повышена на 42,3% ( $p < 0,001$ ), суммарного норадреналина (НА) – на 44,0% ( $p < 0,001$ ). Экскреция в суточной моче всех фракций (ДА) и ДОФА была статистически достоверно ниже контроля ( $p < 0,01$ ). Во второй группе больных ИМ выведение свободного конъюгированного и суммарного А и НА было стати-

стически достоверно выше как показателей контроля, так и в сравнении с 1-группой больных. Так, суммарный А был повышен на 67,7% ( $p < 0,001$ ), суммарный НА – на 69,8% ( $p < 0,001$ ). Различие в экскреции ДОФА при ОКС без ST и ОКС с ST составило 26,3% и 26,9% соответственно ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, результаты проведённых исследований показали, что при острых нарушениях коронарного кровообращения происходит значительная активация САС с выраженным повышением содер-

жания А и особенно НА в суточной моче. Дальнейший рост напряжения активности САС направлен на мобилизацию внутренних резервов организма. Однако на одной из стадий этого процесса начинается проявляться катаболическая направленность эффектов САС, что становится одним из основных элементов формирования данной патологии и перехода в активность и нестабильность атеротромбоза при острых нарушениях коронарного кровообращения.

## МАРКЕРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕТАБОЛИЗМОМ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*КОСИМОВ И.С., ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Выявление предикторов раннего развития острых коронарных синдромов (ОКС) и возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с ОКС представляет большой интерес.

**Целью исследования** явилось изучение функционального состояния симпат-адреналовой системы и первичных медиаторов воспаления а также их взаимосвязь у больных острым коронарным синдромом.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 149 больных с диагнозом ОКС с подъёмом сегмента ST в возрасте от 25 до 75 лет.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц-волонтеров в возрасте 29–60 лет, не имеющих сердечно-сосудистой патологии. Всем больным определяли катехоламины (адреналин, норадреналин, дофамин и ДОФА) в суточной моче; активность фермента дезаминирования КА – MAO в сыворотке крови и иммунный статус (ИЛ–6, ИЛ–10); маркер раннего повреждения миокарда (металлопротеиназа плазмы А (PAPP-A)).

**Результаты исследования.** Нами проведено изучение особенностей суточной экскрецией с мочой А и НА у больных ОКС. Сравнительная оценка суточной экскреции с мочой А и НА у больных ОКС показала их достоверное увеличение. Так экскреция А своб., А кон. и А общ. у больных ОКС ↑ST/OИМ с Q составила соответственно:  $14,9 \pm 0,2$  мкг/

сут.,  $18,7 \pm 0,1$  мкг/сут.  $33,6 \pm 0,6$  мкг/мл ( $p < 0,001$ ), что в 3,7 раза, в 4,8 раза и в 4,3 раза выше контроля. Экскреция НА в суточной моче составила: НА своб. –  $33,4 \pm 0,4$  мкг/сут., НА кон. –  $35,3 \pm 0,4$  мкг/сут., НА общ. –  $68,8 \pm 0,7$  мкг/сут., что соответственно в 4,3 раза; 4,5 раза и 4,4 раза выше контроля. Изучение ключевого фермента дезаминирования КА – моноаминоксидазы и процессов перекисного окисления липидов показало, что у всех обследованных больных ОКС определён низкий уровень MAO и существенно высокие показатели MDA. При этом уровень MAO у больных ОКС ↑ST/OИМ с Q составил в среднем  $0,02 \pm 0,0004$  ед/экст., что ниже контроля в 20 раз ( $p < 0,001$ ).

Оценка неспецифического воспаления показала, что повышенное содержание IL–6 и IL–10 определялось у всех трёх групп больных ОКС с максимальными его уровнями у пациентов ОКС ↑ST/OИМ с Q (IL–6  $184,3 \pm 8,1$  пг/мл;  $p < 0,001$ ); IL–10 –  $10,0 \pm 0,4$  пг/мл;  $p < 0,05$ ) – повышение в 22,0 и 1,2 раза по сравнению с контролем. Оценка содержания PAPP-A у больных ОКС показала значительное его повышение в группе пациентов ОКС ↑ST/OИМ с Q в 49,0 раза по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, полученные данные могут быть рекомендованы для широкого использования с целью стратификации риска заболевания у больных ОКС ↑ST/OИМ с Q.



## ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

ОРЛОВА Н.В., ЛОМАЙЧИКОВ В.В., СПИРЯКИНА Я.Г., ЧУВАРАЯН Г.А., ПЕТРЕНКО А.П.

ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова МЗ России, Москва, Россия

**Цель работы.** Оценить факторы риска развития острого коронарного синдрома у пациентов, перенесших COVID-19.

**Материалы и методы.** Проанализированы случаи поступления больных с острым коронарным синдромом в ГКБ № 13 города Москвы в период с мая по декабрь 2020 года. Поступили 453 больных с диагнозом острый коронарный синдром, из них 109 человек (24%) ранее перенесли коронавирусную инфекцию. Для изучения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентам проведен сбор анамнеза, включающий: факт курения, перенесенные заболевания, наследственность. Собраны сведения о перенесенной коронавирусной инфекции (срок перенесенного заболевания, течение заболевания). Проведено клиническое и лабораторное обследование, включающее обследование на коронавирусную инфекцию, изучение уровня липидного профиля (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), уровня глюкозы крови, МВ КФК, тропонина, коагулограммы. Проведена электрокардиография, ЭХО – кардиография. Всем пациентам в рамках обследования острого коронарного синдрома выполнена коронароангиография (КАГ). На основании проведенной КАГ подтвержден ОКС и исключен другой механизм болевого синдрома и лабораторных изменений, в т.ч. вирусный миокардит. Полученные данные обработаны на персональном компьютере

на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа», который специально предназначен для решения статистических задач. Сравнение средних показателей производили с помощью стандартных методов вариационной статистики медико-биологического профиля. Исследования выполнены в соответствии с Хельсинской декларацией.

**Результаты.** Выявило, что у пациентов с острым коронарным синдромом с ранее перенесенным COVID-19, развитие заболевания ОКС произошло в более молодом возрасте в сравнении с пациентами без перенесенного COVID-19, среди пациентов с перенесенным COVID-19 было меньше курильщиков, был ниже индекс массы тела, реже отмечался сопутствующий сахарный диабет 2 типа, в анамнезе встречался реже ранее перенесенный острый инфаркт миокарда и ЧКВ. В лабораторных показателях у больных ОКС, перенесших COVID-19, отмечены достоверно значимо более низкие уровни глюкозы сыворотки крови, общего холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, триглицеридов.

**Заключение.** перенесенное заболевание COVID-19, повышает риск развития острого коронарного синдрома, не зависимо от наличия традиционных факторов риска сердечно-сосудистых событий: ожирения, курения, возраста, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ БОРГА

ОСПАНБЕК А.К., ҚАУЫЗБАЙ Ж.Ә., СЕЙДАХМЕТОВА А.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

**Цель исследования:** Оценка толерантности к физической нагрузке у больных с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 пациентов в возрасте от 47 до 65 лет (средний возраст  $54,6 \pm 10,5$ ) с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST, находящихся на лечении в АО «Центр сердца Шымкент».

На стационарном этапе и после выписки пациенты выполняли физические тренировки. Для проведения мероприятий по физической реабилитации больных использовался комплекс лечебной гимнастики и схема физических упражнений (по Аронову Д. М.). Для контроля состояния больных, перед началом и во время физических тренировок использовались опрос,

осмотр, измерение артериального давления и пульса, а также использовалась шкала Борга для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности упражнений. Нагрузку прекращали или снижали при появлении каких-либо жалоб больного, изменении субъективного восприятия степени нагрузки, превышении допустимой частоты сердечных сокращений.

Шкала Борга для субъективной оценки физической активности показывает уровень устойчивости больных к воздействию физической нагрузки во время физической активности. Шкала субъективной оценки выполненной нагрузки (шкала Борга) [G. F. По Fletcher]: 0-состояние покоя; 1 – очень легко; 2 – легко; 3 – умеренная нагрузка; 4 – трудновато; 5 – трудно; 6 – тяжело; 7 – умерен-

но тяжело; 8 – очень тяжело; 9 – крайне тяжело; 10 – максимальная нагрузка. Все эти параметры фиксировались в специально разработанной индивидуальной реабилитационной карте учета физических упражнений.

**Результаты.** В ходе проведения исследования, шкалы Борга используемой для субъективной оценки восприятия пациентами интенсивности тренировок, устойчивость больных к одинаковым физическим нагрузкам демонстрировала различные показатели до и после выполнения физических реабилитационных упражнений. Устойчивость к физическим нагрузкам до выполнения физических реабилитационных упражнений у 18 обследуемых (56,25%) соответствовала низкому уровню физической работоспособности и составила (>3,9 MET), средний (4,0–6,9 MET) у 11 больных (>34,37%) и высокий показатель ФЖТ только у 3 больных (9,37%).

Показатели после программы реабилитации: 5 (15,62%) обследуемых соответствовала низкому уровню физической работоспособности и составила (>3,9 MET), средний (4,0–6,9 MET) у 11 больных 17

(53,1%) и высокий показатель ФЖТ у 10 (31,25%) пациентов.

**Заключение.** После программы реабилитации по разделению больных на группы в зависимости от уровня толерантности к физическим нагрузкам наблюдались значительные изменения. До программы реабилитации устойчивость к физическим нагрузкам у 18 обследуемых в экспериментальной группе (56,25%) соответствовала низкому уровню физической работоспособности, через 6 месяцев в этой группе остались только 5 (15,62%) больных, 27 (84,35%) больных показали средний и высокий уровень ФЖТ. Программы физической реабилитации, как показали результаты исследования, привели к повышению качества жизни и устойчивости больных к физическим нагрузкам. Улучшение показателей качества жизни часто становятся более важным для самого больного, чем изменение гемодинамических параметров. **Результаты** теста позволяют не только в целом оценить фактический уровень нагрузки и степень ее влияния на организм пациента, но и скорректировать дальнейшие этапы тренировки или реабилитации.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

*СОЛЕЕВА С.Ш., АБЛАКУЛОВА М.Х.*

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение:** В настоящее время лечение ИБС, и в частности нестабильной стенокардии, базируется на использовании препаратов, обеспечивающих улучшение прогноза, предупреждение развития инфаркта миокарда, внезапной коронарной смерти и сердечной недостаточности. Традиционная медикаментозная терапия ИБС обычно не ставит перед собой задачу непосредственного вмешательства в энергетические процессы в сердечной мышце, несмотря на тот факт, что нарушение энергетического метаболизма лежит в основе ишемического повреждения миокарда. Выходом из сложившейся ситуации может стать использование препаратов, оказывающих метаболическую защиту миокарда – миокардиальных цитопротекторов.

**Цель исследования.** Оценить эффективность включения триметазидина к базисной терапии нестабильной стенокардии.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 40 больных ИБС, перенесших ИМ (мужчины – 24, женщины – 16). Средний возраст составил  $55,2 \pm 1,5$  год. Больные были разделены на 2 группы: в первую группу (группа сравнения) вошли 19 больных (мужчины – 14, женщины – 5), которые получали только базисную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антикоагулянты, антиангинальные препараты), а во вторую группу вошли 21 больных (мужчины – 20, женщины – 11), которые наряду с ба-

зисной терапией получали триметазидин в дозе 35 мг в сутки в течение 2–3 месяцев.

**Результаты:** В первой группе больных с осложнением – фибрилляция предсердий СН IV ФК были 5 (26,31%), во второй группе – 6 (19,35%). Из конкурирующей патологии в группе сравнения – больных с артериальной гипертензией составляли 9 (47,4%), с сахарным диабетом 4 (21,1%). Во второй группе больных с артериальной гипертензией составляли 10 (32,3%), с сахарным диабетом 3 (9,68%). Из сопутствующей патологии в группе сравнения-больных с заболеваниями органов дыхания 2 (10,5%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта 2 (10,5%), и с заболеваниями суставов 2 (10,52%). Во второй группе больных с заболеваниями органов дыхания 2 (6,45%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта 3 (9,68%), и с заболеваниями суставов 1 (3,23%). Всем больным проводились клинические, биохимические, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ). После базисного лечения в сравнительной группе было отмечено улучшение общего состояния: уменьшение эпизодов боли в области сердца, одышки при физической нагрузке, положительная динамика в ЭКГ. При ЭхоКГ исследовании выявлено незначительное повышение фракции выброса левого желудочка. В основной группе после комплексного лечения с включением триметазидина





было отмечено значительное улучшение общего состояния: уменьшение эпизодов боли в области сердца, одышки при физической нагрузке, положительная динамика в ЭКГ, а при ЭхоКГ исследовании выявлено достоверное повышение фракции выброса левого желудочка по сравнению с группой сравнения ( $P < 0,05$ ).

**Заключение:** Таким образом при добавлении к базисной терапии триметазида у больных с нестабильной стенокардией мы получили высокую эффективность как препарата, оказывающего выраженный кардиоцитопротективный эффект.

## ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ

**ШАРОХИДДИНОВ Б.А., ТУЛАНБОЕВ С.М., МАХСУДОВ Б.Д., АСКАРОВ Ю.Г.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) протекает с периодами стабильного течения и обострения. Нестабильная стенокардия (НС), инфаркт миокарда (ИМ) относятся к острым формам ИБС и являются следствием одного и того же патофизиологического процесса – разрыва или эрозии атеросклеротической бляшки в сочетании с присоединяющимся тромбозом. В настоящее время эти состояния объединены общим термином – острый коронарный синдром (ОКС).

В последние годы всё большую распространённость приобретает точка зрения на атеросклероз – как хронический иммуновоспалительный процесс, протекающий по типу реакции гиперчувствительности замедленного типа, антигенные стимулы которой исходят от перекисномодифицированных липопротеинов. При этом цитокины – медиаторы иммуновоспалительного процесса координируют клеточные взаимодействия и моделируют функцию клеток в очаге атеросклеротического поражения.

**Целью работы** явилось изучение иммунного статуса у больных острым коронарным синдромом.

В условиях стационара обследовано 30 больных ИБС, ОКС, в возрасте 39–59 лет, которые были рандомизированы на 2 группы: 1 группа – больные ИБС, ОКС без подъёма ST (ОКС без ST) – 19 больных, 2 группа – больные ОКС с подъёмом ST (ОКС с ST) – 11 больных. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц в возрасте 40–50 лет.

**Результаты** исследования показали, что у больных 1 группы ОКС без ST регистрировалась стиму-

ляция гуморального иммунитета: достоверное повышение количества IgA ( $p < 0,05$ ) и IgG ( $p < 0,01$ ) до 3-й степени иммунологической стимуляции (СИС). Уровень IgG в крови у больных был выше, чем в контроле. Отмечалась тенденция к более высокому уровню IgM ( $p < 0,05$ ). Количество общих лимфоцитов ( $58,3 \pm 1,97\%$ ), относительно снижалось по сравнению с контролем, что подтверждается лейко-интоксикационным индексом (ЛТИ). Уровни CD3+, CD4+, CD72+ снижались, незначительно повышалось количество цитотоксических лимфоцитов (CD8+).

Во 2 группе больных ОКС с ST – отмечен дефицит IgG, стимуляция В-клеток и нарастание Т-клеточной недостаточности. Уровни CD72+, CD3+ снижались, причём уменьшение содержания Т-лимфоцитов и естественных киллеров было более выражено, чем в 1 группе больных. Одновременно увеличивалось количество В-клеток до 2 степени СИС. Уровень IgG достоверно ещё больше снижался ( $p < 0,001$ ), IgG – различался с контролем достоверно ( $p > 0,05$ ), Ig A – был достоверно снижен как по сравнению с контролем ( $p < 0,01$ ), так и с 1 группой ( $p < 0,05$ ). Возможно у этих больных имело место истощение резервов гуморального иммунитета на фоне предыдущей его гиперстимуляции.

Таким образом, у больных ОКС имеются нарушения в иммунном статусе, проявляющиеся стимуляцией гуморального звена иммунитета, дизиммуноглобулинемией, снижением общих Т-лимфоцитов. Степень выраженности ОКС усугубляет недостаточность Т – и В – клеточного звена иммунитета

## КИНИНЫ КАК ФАКТОР ГИПЕРАГРЕГАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ЭМОМЗОДА И.Х., НАЗИРОВА Р.О., ОДИНАЕВ Ш.Ф.

Кафедра внутренних болезней №1 («ГОУ» ТГМУ им. Абуали ибни Сино)

**Цель исследования:** оценить степень изменений показателей каллекреин-кининовой системы крови у больных с различными формами ИБС.

**Материал и методы** исследований. Материалом исследований послужило обследование 81 больных ишемической болезнью сердца, проходивших стационарное лечение в кардиологическом центре г. Душанбе. Группу больных с инфарктом миокарда составили 40 пациентов. Группу больных с ишемической болезнью сердца ИБС составили 37 пациентов со стенокардией напряжения II и III функционального класса. Средний возраст пациентов составил  $64,0 \pm 1,2$  года. Контрольная группа – 25 практически здоровых лиц. Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина, прекалликреина, А1-антитрипсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Сурувикоина М.С., 2005). Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Stat plus».

**Результаты** исследования и их обсуждение. У больных со стенокардией в межприступный период показатели каллекреина (КК), прекалликреина (ПКК) незначительно повышены и составляли соответственно  $14,38 \pm 0,32$  нмоль/л;  $44,3 \pm 1,7$  нмоль/л, существенно не отличаясь от показателей контрольной группы. Активность ингибиторов КК А-1 антитрипсина и А-2 макроглобулина также не имеет достоверных различий с контрольной группой и составляли  $5,15 \pm 0,26$  ие/мл и  $22,15 \pm 0,45$  ие/мл соответственно. Достоверные изменения со стороны кининовой системы крови регистрируются у больных с инфарктом миокарда, что выражено двукратным увеличением КК ( $28,34 \pm 1,32$  нмоль/л) по сравнению с контрольными

показателями. Уровень кининообразующего фактора (ПКК) снижается  $21,23 \pm 0,2$  нмоль/мл. Аналогичная картина наблюдается по отношению к ингибиторной ёмкости, которая выражается в снижении А-1 антирипсина до  $16,45 \pm 0,31$  ие/мл и А2 – макроглобулина  $3,3 \pm 0,12$  ие/мл.

**Результаты исследований** свидетельствуют, что задолго до развития инфаркта миокарда у больных со стенокардией регистрируется повышенная активность ККС. Это выражается в увеличении КК, снижении кининообразующего компонента – ПКК и снижении ингибиторной ёмкости КК. Состояние массивного кининогенеза, значительное снижение ингибиторной активности КК с первых дней заболевания являются прогностически неблагоприятными признаками и могут быть следствием развития стойкой гипотензии, шока и других осложнений инфаркта миокарда.

**Выводы:** организация кининовой системы крови, позволяющая быстро реагировать и контролировать метаболизм может быть использована в практической деятельности. Изменения кининов системы крови (быстрое и массивное их образование, а также быстрое их исчезновение) в биохимической регуляции может быть предиктором инфаркта миокарда. В практической деятельности кардиолога исследования кининов крови представляется весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывает себя в тактике ведения пациентов с длительными и хроническими формами стенокардии с целью доклинической диагностики инфаркта миокарда, а также профилактики инфаркта миокарда и его осложнений с помощью своевременной и адекватной коррекции калликреин-кининовой системы крови.

## ЭКСТРЕННЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

ЭШОНОВ О.Ш. ТОШЕВ И.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Основываясь обратному эффекту Фареус Линдквиста, что в патологических состояниях с уменьшением диаметра сосуда вязкость несколько возрастает, в связи с чем показатели красной крови (НЬ и Нt) в центральных и периферических сосудах должны быть различными, нами предложен простой способ определения степени нарушения микроциркуляции у взрослых, основанный на разнице капиллярно-венозного гемоглобина (Нвкк-Нввк) крови (заявка на изобретение № 1НОР 9800875.1).

Известно, что в норме капиллярно-венозный гемоглобина крови достоверную разницу не имеет (Зубрихина Г.Н., с соавт., 1993). В клинической практике нормализации доставки кислорода и сердечного индекса при кардиогенном шоке являются обоснованием для дальнейшего поиска маркеров прогнозирования и прогрессирования полиорганной недостаточности (ПОН) с позиции микроциркуляторных нарушений.



**Цель исследования:** изучить состояние и степень нарушения микроциркуляции на основании разницы капиллярно-венозной разницы гемоглобина крови у больных с кардиогенным шоком.

Кровь капиллярной и из подключичной вены на содержание гемоглобина исследовали микрокалориметром МКМФ-1 всего у 17 больных в возрасте от 46 до 61 лет с кардиогенным шоком, дважды в сутки: при поступлении в стационар до и после суточной инфузионной терапии, одновременно определяли ЦВД, почасовой диурез и сатурацию пульсоксиметром. У всех больных имелась яркая клиническая картина шока: гипотония, гипотермия, тахикардия, одышка и олигоурия.

Все больные получали противошоковую и инфузионную терапию. Расчет инфузионных растворов производили в зависимости от массы тела, состояния тяжести по степени шока.

**Обсуждение и результат.** Проведенные исследования показали достоверную разницу капиллярно-венозного гемоглобина – от 6 до 15 г/л ( $P < 0,05$ ) у больных с кардиогенным шоком. Выявле-

на прямая корреляционная связь между тяжести шоковым состоянием и разницей капиллярно-венозной разницы гемоглобина.

Сопоставление степени тяжести шока по разнице с капиллярно-венозной разницей гемоглобина позволило выделить степень нарушения микроциркуляции, что может быть иметь определенное практическое значение при выборе состава инфузионной терапии с целью улучшения микроциркуляции.

**Заключение.** Проведенные исследования позволяют заключить, что определение разницы капиллярно-венозного гемоглобина свидетельствует о нарушении микроциркуляции при кардиогенном шоке. Выраженность разницы позволяет выделить степень нарушения микроциркуляции, что дает возможность определения объема и выбора состава инфузионной терапии.

Экстренная диагностика и разработка алгоритмов коррекции нарушения микроциркуляции сможет способствовать своевременной профилактике ПОН при кардиогенном шоке.



# ХСН И НЕКОРОНОРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА, КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ССЗ

## DILATACION KARDIOMIOPATIYANING KLINIK XARAKTERISTIKASI

GAFFOROV X.X.

*Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrası, Samarqand, O'zbekiston*

Dilatasion kardiomiopatiya (DKMP) yurakning xayot uchun xavf soluvchi og'ir kasalliklar qatoriga kiradi va yurak qon-tomir kasalliklari ichida diagnostikasi qiyinligi, davolashning kam samara berishi, bemorlar o'limining ko'pligi bilan ajralib turadi.

**Ishning maqsadi:** Terapiya bulimida davolangan DKMP bilan kasallangan bemorlarda kasallikning klinik xususiyatlarini urganish.

**Tadqiqot materiali va tekshirish usullari:** Tekshiruvlardan Samarkand davlat tibbiyot instituti klinikasi terapiya bulimida davolangan DKMP bilan kasallangan 22 nafar (20–40 yosh) bemor utkazildi. Barcha bemorlar standartlar asosida kabul kilingan klinik, laborator va instrumental tekshiruvlardan utkazildi.

**Olingan natijalar:** Tekshiruvlarimizda DKMP bilan ko'proq erkaklar kasallanishi ma'lum buldi: erkaklar 77% (17 nafar), ayollar – 23% (5 nafar). Uchrash yoshlari: 20–30 yoshda – 18% (4 bemor), 31–40 yoshda – 82% (18 bemor). Tekshirilgan ayollarning barchasida kasallik tug'ruq vaqtida va tug'ruqdan keyin rivojlangan bo'lsa, erkak bemorlar kasallikning sababi sifatida og'ir jismoniy mexnat va zararli odatlarni – spirtli ichimliklarni iste'mol qilganliklarini kursatdilar. Kasallikning urtacha davomiyligi:  $2,8 \pm 0,7$  yil. Kasallikning klinik belgilari quyidagicha uchradi: yurak soxasida noxush sezgi – 61,5%, xansirash – 84,6%, yurak tez urishi – 61,5%,

oyoqlarda shish bulishi – 53,8%, xavo yetishmasligi – 46,0%, tez charchash – 100,0%. EKG tekshiruvida barcha bemorlarda chap qorincha gipertorfiyasi, 10 (45,45%) bemorda – ikkala qorincha gipertrofiyasi, 12 (54,55%) bemorda – titrok aritmiya, 4 (18,2%) bemorda – korinchalar ekstrasistoliyasi aniqlandi. ExoKG tekshiruvida ushbu belgilar bilan bir qatorda chap qorinchaning diastolik ulchami va hajmining oshuvi, yurak zarb hajmining kamayishi xarakterli buldi. Barcha bemorlarda asorat sifatida surunkali yurak yetishmovchiligi aniqlanib, 8 (36,6%) bemorda – III funktsional sinf, 14 (63,4%) bemorda – IV funktsional sinf qayd etildi.

**Xulosa:** Dilatasion kardiomiopatiya klinik jixatdan ajralib turadigan biror-bir klinik, instrumental belgiga ega emas. Shu bilan bir katorda ayrim uziga xos xususiyatlarga ega. Kasallik 20–40 yoshdagi erkaklarda ko'p uchraydi. Kasallarning aksariyati surunkali yurak yetishmovchiligi belgilari rivojlanganda murojaat etadilar. Kasallik diagnostikasida bemorlarning anamnezida arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi, yurakning surunkali revmatik kasalligi, yurak nuqsonalarining yukligi, EKG va ExoKG teshiruvi ma'lumotlari yuqligi muxim rol uynaydi. Instrumental tekshiruvlarda yurakning sistolik va diastolik disfunktsiyasiga xos belgilar, qorinchalar dilatatsiyasi, yurak ritmining buzilishlari va yurak zarb fraktsiyasining kamayishi aniqlanadi.

## КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С COVID 19

АГЗАМОВ Б.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

*Государственное Медицинское Учреждение при Аппарате Президента РУз, Центральная Клиническая Больница №2.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент. Узбекистан*

Вирусная инфекция COVID 19 приводит к поражению различных систем организма, в том числе развитию сердечно-сосудистых осложнений, которые существенно ухудшают прогноз заболевания, особенно у лиц пожилого возраста.

**Цель исследования:** Оценка коморбидных состояний у пациентов с COVID 19.

**Материалы и методы:** В исследование включено 84 пациента, находившихся на стационарном лечении МСО в возрасте от 82 до 86 лет (ср.  $76 \pm 8$  лет).

**Результаты исследования:** Клинико-функциональное обследование больных показало, что среди всех заболевших преобладали пожилые





мужчины в возрасте старше 75 лет. Артериальная гипертензия установлена у 58 (69%) больных. Ишемической болезнью сердца страдали 47 (56%), из них в прошлом перенесших инфаркт миокарда имело место у 38 больных. Сахарный диабет анамнестически был установлен у 38 (45%) пациентов. Биохимический анализ крови выявил нарушения функции почек у 31 (36%) больных, а анемия, различной степени выраженности – в 28 (34) случаях. По результатам ЭКГ и ХМЭКГ, фибрилляция предсердий персистирующая и

постоянная формы регистрировались у 44 больных. Практически у всех больных регистрировалась экстрасистолия (наджелудочковая и желудочковая). Высокие градации желудочковой аритмии встречались у 26 (30%) пациентов. ЭКГ картина блокады левой ножки пучка Гиса установлена у 18 (21%).

Таким образом, больные госпитализированные с COVID 19 имели полиморбидные состояния, значительно ухудшающие течение заболевания.

## ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

*АЛИЕВА З.Х., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., АХМАТОВ Я.Р.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.  
Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования:** оценить влияние патогенетической терапии СН на течение заболевания, обусловленной химиотерапией.

**Материалы и методы:** обследовано 29 пациентов (18 женщин, 11 мужчин), обратившихся в консультативную поликлинику центра кардиологии. Средний возраст больных составил  $47,33 \pm 15,17$  лет. Из них 10 больных страдали раком молочной железы, 7 больных страдали злокачественной лимфомой, 4 больных раком желудка, 2 больных злокачественной тимомой, 6 больных раком легких. Онкологический стаж составил 1–10 лет. Всем пациентам химиотерапия проводилась по стандартным схемам: ABVD (8 больных), BEA-COPP (14 больных), СНОР (7 больных). Давность последнего курса составила 1 мес у 14 пациентов, 12 мес у 5 пациентов, 6 лет у 8 пациентов, 10 лет у 2 пациентов.

Всем больным была подобрана патогенетическая терапия, включающая иАПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, при необходимости петлевые диуретики и сердечные гликозиды. Срок наблюдения составил 3 месяца. При повторном обращении больные были разделены на 2 группы: I (n=17) – с высокой комплаентностью, II – (n=12) – с низкой комплаентностью

**Результаты:** на исходном этапе у 5 (17,2%) пациентов данные ТШХ соответствовали ФК II NYHA, у оставшихся 24 (82,7%) пациентов ФК III NYHA. При этом давность возникновения симптомов у 10 больных составила 3 месяца, у 14 больных – 6 месяцев, у 5 больных – 2 года. Средняя ЧСС при осмотре составила  $91 \pm 10,6$  ударов в минуту, среднее систолическое АД  $110 \pm 8,5$  мм.рт.ст., диастолическое АД  $72 \pm 7,2$  мм.рт.ст. Анализ показателей ЭхоКГ показал дилатацию полостей сердца с выраженным снижением систолической функции левого желудочка. Так, в среднем показатели конечно-диастолического размера (КДР) составил

$55,41 \pm 6,24$  мм, конечно-систолического размера (КСР)  $44,65 \pm 9,18$  мм, конечно-диастолического объема  $148,18 \pm 35,54$  мл, конечно-систолического объема  $95,38 \pm 41,55$  мл, ФВ в среднем по группе составила  $38,25 \pm 16,64$ %. У 15 (51,7%) больных размеры ЛП превышали нормативные значения на 12–15%. В отношении толщины стенок отклонения от нормативных значений не наблюдалось. У всех больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). При этом у 6 (20,6%) выявлен ее I тип, у 15 (51,7%) больных II и в 8 (27,5%) случаях III тип ДДЛЖ. Сравнительный анализ показателей на 3 месяца наблюдения показал положительную динамику в группе активного лечения. Так, по данным ТШХ, из 16 больных I группы с III ФК на исходном этапе, 11 (68,7%) перешли в ФК II, тогда как во II группе из 8 пациентов с ХСН III ФК на исходном этапе положительная динамика была лишь у 1 (12,5%) больного ( $\pm 2 = 9,2$ ;  $p = 0,003$ ). К 3 месяцу наблюдения отмечалось достоверное снижение объемных показателей сердца в группе активного лечения. Так, КДО снизился на 11,4%, КСО на 8,8% ( $p < 0,05$ ), а ФВ возросла на 9,6% ( $p < 0,05$ ). В отношении показателей ДДЛЖ в группе патогенетической терапии изменений не наблюдалось.

В группе пациентов, самостоятельно отменивших прием препаратов или принимавших нерегулярно наблюдалась дальнейшее ухудшение показателей гемодинамики с увеличением КДО и КСО, соответственно на 11% и 9%, снижением ФВ на 8,5%. Отмечено увеличение числа больных с III типом ДДЛЖ – с 2х (17%) пациентов до 6 (50%) больных к 3 месяцу наблюдения.

**Заключение:** при сохранной комплаентности патогенетической терапии ХСН в течение 3х месяцев отмечается нормализация гемодинамических показателей со снижением КДО, КСО и увеличением ФВ и дистанции по данным ТШХ

## ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ Т.А, ГУЛЯМОВ Х.А, ЦОЙ И.А, БЕКБУЛАТОВА Р.Ш. АХМАТОВ Я.Р.

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель:** оценить взаимосвязь параметров кардиальной дисфункции по данным ЭхоКГ и уровень биомаркера ST2 у лиц с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности у пациентов дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

**Материалы и методы:** В исследование было включено 38 пациентов (28 мужчины и 10 женщин) с декомпенсированной сердечной недостаточностью, в среднем возрасте 49 года. В зависимости от уровня ST2 при поступлении, пациенты были разделены на 2: группа с уровнем ST2  $\geq 35$  нг/мл и группу с уровнем ST  $2 < 35$  нг/мл. Кроме общеклинического обследования пациентов, была проведена эхокардиографическая оценка состояния внутрисердечной гемодинамики. Содержание ST2 в плазме крови определялись иммуноферментным методом.

**Результаты:** В 1-ю группу включено 20 человек с повышенным уровнем экспрессии

ST2  $\geq 35$  нг/мл, во 2-ю – 18 больных с уровнем экспрессии ST2  $< 35$  нг/мл. Концентрация растворимой изоформы ST2 в сыворотке крови в 1-й группе составила  $77,3 \pm 24,7$  нг/мл, а во 2-й –  $20,6 \pm 7$  нг/мл ( $p = 0,000$ ). По результатам сравнительного анализа структурно-функционального состояния ЛЖ у участников на момент включения в исследование

установлено, что у пациентов 1-й группы ФВ ЛЖ составила  $29,9 \pm 4,3\%$  и была меньше на 2,2% ( $p = 0,035$ ) в сравнении с пациентами 2-группы (ФВ ЛЖ =  $32,1 \pm 10,9\%$ ). КДР –  $72,8 \pm 3$  мм в 1 – группе,  $67,6 \pm 9,5$  мм во 2-й. КСР –  $62,1 \pm 4$  мм,  $57,7 \pm 10,8$  мм, ЛП –  $45,6 \pm 3,2$  мм,  $41,5 \pm 4,3$  мм, ПЖ –  $41,2 \pm 6,1$  мм,  $40 \pm 9,2$  мм, ММЛЖ –  $355,4 \pm 118,4$  гр,  $293,3 \pm 74$  гр соответственно 1-й и 2-й группам.

Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ выявил слабую положительную корреляционную связь ФВ ЛЖ ( $r = 0,193$ ,  $p < 0,05$ ) с концентрацией sST2, а также положительную корреляционную зависимость между концентрацией растворимого sST2 в сыворотке и размерами полостей ЛЖ (конечным диастолическим размером (КДР),  $r = 0,467$ ,  $p < 0,05$ ; конечным систолическим размером (КСР),  $r = 0,376$ ,  $p < 0,05$ ; размерам ЛП  $r = 0,273$ ,  $p < 0,05$ ), и массой миокарда ЛЖ ( $r = 0,375$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:** У больных ДКМП повышенный уровень растворимой изоформы ST2 коррелирует функции левого желудочка, присутствие повышенного уровня ST2 у больных с декомпенсированной ХСН является значимым маркером более худшего течения ХСН.

## ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

АЛИЕВА З.Х, АБДУЛЛАЕВ Т.А, ЦОЙ И.А, АХМАТОВ Я.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.  
Ташкент. Узбекистан

**Цель исследования:** оценить влияние патогенетической терапии СН на течение заболевания, обусловленной химиотерапией.

**Материалы и методы:** обследовано 29 пациентов (18 женщин, 11 мужчин), обратившихся в консультативную поликлинику центра кардиологии. Средний возраст больных составил  $47,33 \pm 15,17$  лет. Из них 10 больных страдали раком молочной железы, 7 больных страдали злокачественной лимфомой, 4 больных раком желудка, 2 больных злокачественной тимомой, 6 больных раком легких. Онкологический стаж составил 1–10 лет. Всем пациентам химиотерапия проводилась по стандартным схемам: ABVD (8 больных), BEA-COPP (14 больных), СНОР (7 больных). Давность последнего курса составила 1 мес у 14 пациентов,

12 мес у 5 пациентов, 6 лет у 8 пациентов, 10 лет у 2 пациентов.

Всем больным была подобрана патогенетическая терапия, включающая иАПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, при необходимости петлевые диуретики и сердечные гликозиды. Срок наблюдения составил 3 месяца. При повторном обращении больные были разделены на 2 группы: I ( $n = 17$ ) – с высокой комплаентностью, II – ( $n = 12$ ) – с низкой комплаентностью

**Результаты:** на исходном этапе у 5 (17,2%) пациентов данные ТШХ соответствовали ФК II NYHA, у оставшихся 24 (82,7%) пациентов ФК III NYHA. При этом давность возникновения симптомов у 10 больных составила 3 месяца, у 14 больных – 6 месяцев, у 5 больных – 2 года. Средняя ЧСС



при осмотре составила  $91 \pm 10,6$  ударов минуту, среднее систолическое АД  $110 \pm 8,5$  мм.рт.ст., диастолическое АД  $72 \pm 7,2$  мм.рт.ст. Анализ показателей ЭхоКГ показал дилатацию полостей сердца с выраженным снижением систолической функции левого желудочка. Так, в среднем показатели конечно-диастолического размера (КДР) составил  $55,41 \pm 6,24$  мм, конечно-систолического размера (КСР)  $44,65 \pm 9,18$  мм, конечно-диастолического объема  $148,18 \pm 35,54$  мл, конечно-систолического объема  $95,38 \pm 41,55$  мл, ФВ в среднем по группе составила  $38,25 \pm 16,64\%$ . У 15 (51,7%) больных размеры ЛП превышали нормативные значения на 12–15%. В отношении толщины стенок отклонения от нормативных значений не наблюдалось. У всех больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). При этом у 6 (20,6%) выявлен ее I тип, у 15 (51,7%) больных II и в 8 (27,5%) случаях III тип ДДЛЖ. Сравнительный анализ показателей на 3 месяца наблюдения показал положительную динамику в группе активного лечения. Так, по данным ТШХ, из 16 больных I группы с III ФК на исходном этапе,

11 (68,7%) перешли в ФК II, тогда как во II группе из 8 пациентов с ХСН III ФК на исходном этапе положительная динамика была лишь у 1 (12,5%) больного ( $\pm 2 = 9,2$ ;  $p = 0,003$ ). К 3 месяцу наблюдения отмечалось достоверное снижение объемных показателей сердца в группе активного лечения. Так, КДО снизился на 11,4%, КСО на 8,8% ( $p < 0,05$ ), а ФВ возросла на 9,6% ( $p < 0,05$ ). В отношении показателей ДДЛЖ в группе патогенетической терапии изменений не наблюдалось.

В группе пациентов, самостоятельно отменивших прием препаратов или принимавших нерегулярно наблюдалась дальнейшее ухудшение показателей гемодинамики с увеличением КДО и КСО, соответственно на 11% и 9%, снижением ФВ на 8,5%. Отмечено увеличение числа больных с III типом ДДЛЖ – с 2х (17%) пациентов до 6 (50%) больных к 3 месяцу наблюдения.

**Заключение:** при сохранной комплаентности патогенетической терапии ХСН в течение 3х месяцев отмечается нормализация гемодинамических показателей со снижением КДО, КСО и увеличением ФВ и дистанции по данным ТШХ

## ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ Т.А, ГУЛЯМОВ Х.А, ЦОЙ И.А, БЕКБУЛАТОВА Р.Ш. АХМАТОВ Я.Р.

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель:** оценить взаимосвязь параметров кардиальной дисфункции по данным ЭхоКГ и уровень биомаркера ST2 у лиц с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности у пациентов дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

**Материалы и методы:** В исследование было включено 38 пациентов (28 мужчины и 10 женщин) с декомпенсированной сердечной недостаточностью, в среднем возрасте 49 года. В зависимости от уровня ST2 при поступлении, пациенты были разделены на 2: группа с уровнем ST2  $\geq 35$  нг/мл и группу с уровнем ST2  $< 35$  нг/мл. Кроме общеклинического обследования пациентов, была проведена эхокардиографическая оценка состояния внутрисердечной гемодинамики. Содержание ST2 в плазме крови определялись иммуноферментным методом.

**Результаты:** В 1-ю группу включено 20 человек с повышенным уровнем экспрессии

ST2  $\geq 35$  нг/мл, во 2-ю – 18 больных с уровнем экспрессии ST2  $< 35$  нг / мл. Концентрация растворимой изоформы ST2 в сыворотке крови в 1-й группе составила  $77,3 \pm 24,7$  нг/мл, а во 2-й –  $20,6 \pm 7$  нг/мл ( $p = 0,000$ ). По результатам сравнительного анализа структурно-функционального состояния ЛЖ у участников на момент включения в исследование

установлено, что у пациентов 1-й группы ФВ ЛЖ составила  $29,9 \pm 4,3\%$  и была меньше на 2,2% ( $p = 0,035$ ) в сравнении с пациентами 2-й группы (ФВ ЛЖ =  $32,1 \pm 10,9\%$ ). КДР –  $72,8 \pm 3$  мм в 1 – группе,  $67,6 \pm 9,5$  мм во 2-й. КСР –  $62,1 \pm 4$  мм,  $57,7 \pm 10,8$  мм, ЛП –  $45,6 \pm 3,2$  мм,  $41,5 \pm 4,3$  мм, ПЖ –  $41,2 \pm 6,1$  мм,  $40 \pm 9,2$  мм, ММЛЖ –  $355,4 \pm 118,4$  гр,  $293,3 \pm 74$  гр соответственно 1-й и 2-й группам.

Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ выявил слабую положительную корреляционную связь ФВ ЛЖ ( $r = 0,193$ ,  $p < 0,05$ ) с концентрацией sST2, а также положительную корреляционную зависимость между концентрацией растворимого sST2 в сыворотке и размерами полостей ЛЖ (конечным диастолическим размером (КДР),  $r = 0,467$ ,  $p < 0,05$ ; конечным систолическим размером (КСР),  $r = 0,376$ ,  $p < 0,05$ ; размерам ЛП  $r = 0,273$ ,  $p < 0,05$ ), и массой миокарда ЛЖ ( $r = 0,375$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключения:** У больных ДКМП повышенный уровень растворимой изоформы ST2 коррелирует функции левого желудочка, присутствие повышенного уровня ST2 у больных с декомпенсированной ХСН является значимым маркером более худшего течения ХСН.

## НОВАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ РАБОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ МОДУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ СОКРАТИМОСТИ

С.В. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, М.А. САИДОВА, А.А. САФИУЛЛИНА, Т.М. УСКАЧ, С. Н. ТЕРЕЩЕНКО

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ

**Введение.** Расчет параметров работы миокарда ЛЖ осуществляется с использованием данных, получаемых с помощью метода спекл-трекинг эхокардиографии (глобальная продольная деформация) и давления в полости ЛЖ, определяемого эмпирически на основе АД, измеряемого по методу Короткова. Изменения показателей работы миокарда изучены при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Получены данные о прогностической ценности параметров миокардиальной работы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Цель.** Изучить сократимость ЛЖ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне модуляции сердечной сократимости с использованием новой методики оценки работы миокарда левого желудочка.

**Материал и методы.** В исследование были включены 40 пациентов (31 мужчина и 7 женщин) в возрасте 60 [55; 66] лет с ХСН II-III функционального класса (ФК) по NYHA со сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ в сочетании с фибрилляцией предсердий. Все пациенты на момент включения страдали ХСН более 3 месяцев, получали оптимальную медикаментозную терапию и находились в стабильном состоянии как минимум 1 месяц. Всем пациентам проводилась ЭхоКГ до имплантации устройства модуляции сердечной сократимости (МСС) и через 2, 6 и 12 месяцев с оценкой основных структурно-функциональных параметров. Определение показате-

телей глобальной продольной деформации и работы миокарда ЛЖ (индекс глобальной работы, глобальная конструктивная работа, глобальная потерянная работа, эффективность глобальной работы) выполнялось исходно и через 12 месяцев МСС-терапии.

**Результаты.** Исходно у пациентов, включенных в исследование, наблюдалось снижение ФВ ЛЖ до 30 [26; 37] %. На фоне МСС-терапии отмечалось достоверное увеличение ФВ ЛЖ до 34 [27; 40] % ( $p < 0.05$ ) через 2 месяца и до 38,0 [30; 42] % ( $p < 0.01$ ) через 6 месяцев лечения. Через год после имплантации устройства сохранялось достоверное увеличение ФВ ЛЖ по сравнению с исходными данными до 39 [31; 45] %, ( $p < 0,01$ ). Также отмечалось достоверное изменение параметров работы миокарда ЛЖ: увеличение индекса глобальной работы с 429 [332; 744] до 635 [401; 815] мм. рт. ст.% ( $p = 0,01$ ) и эффективности глобальной работы с 73 [68; 79] до 74 [70; 87] %,  $p < 0.05$ ) за счет прироста глобальной конструктивной работы (с 791 [530; 1031] до 836 [708; 1109] мм рт. ст.% ,  $p < 0.05$ ).

**Заключение.** Увеличение ФВ ЛЖ и показателей миокардиальной работы под воздействием МСС у пациентов с ХСН II–III ФК свидетельствует о достоверном улучшении систолической функции ЛЖ. Новейшие ЭхоКГ-технологии открывают большие возможности для детальной оценки эффективности лечения пациентов с ХСН, в том числе с использованием метода МСС.

## ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

КАМИЛОВА У.К., АБДУЛЛАЕВА Ч.А., МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р. ИКРАМОВА Ф.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 128 больных ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены по NYHA функциональным классам (ФК) ХСН по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). 1-ую группу составили 32 больных со I ФК ХСН, 2-ую группу – 51 больных со II ФК ХСН и 3 группу – 44 больных с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. В исследование не включались больные с сахарным

диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКD-EPI. Оценку показателей качества жизни (КЖ) проводили по Миннесотскому опроснику.

Полученные результаты. Анализ полученных данных показал, что у больных с I ФК ХСН показатель СКФ составил  $86,4 \pm 9,5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> со II ФК ХСН составил  $77,1 \pm 16,4$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и у больных с III ФК ХСН  $65,3 \pm 12,0$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> соответственно. При этом больные СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> составили 15,6% у больных с I ФК ХСН, 31,3% у больных со II ФК ХСН и 63,6% у больных





с III ФК ХСН. Изучение показателей толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ в зависимости от функционального состояния почек выявило, что у больных СКФ $\geq$ 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> данный показатель составил 344,6 $\pm$ 21,8 м и у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 235,0 $\pm$ 8,24м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 8,1 $\pm$ 0,67 баллов, по сравнению с группой больных СКФ $\geq$ 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, у которых данный показатель составил 5,6 $\pm$ 0,51 баллов, соответственно. Оценка КЖ больных по Миннесотскому опроснику показали, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил - 26,3 $\pm$ 2,23 баллов, у больных с II ФК ХСН

-35,7 $\pm$ 1,98 баллов, с III ФК ХСН -46,9 $\pm$ 3,46 баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ( $r=-0,92$ ). Анализ показателей КЖ в зависимости от функционального состояния почек показал, что у больных СКФ $\geq$ 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> данный показатель составил 37,2 $\pm$ 2,24 баллов, у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 49,4 $\pm$ 5,13 баллов.

**Выводы.** Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания, качеством жизни, прогнозом жизни у больных ХСН с дисфункцией почек выявило прямую корреляционную связь высокой степени между параметрами ТШХ и рСКФ, обратную корреляционную связь с параметрами качества жизни.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ: ФОКУС НА РАЦИОНАЛЬНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА И ИНГИБИТОРА РЕНИН – АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

*КИТЬЯН С.А., БАДАЛБАЕВА Н.М., УЗБЕКОВА Н.Р., ВЕПРИЦКАЯ Е.В., РАХИМОВА С.*

*Андижанский государственный медицинский институт  
Андижан, Узбекистан*

**Цель:** Оценить рациональность влияния препарата Юперо (сакубитрил и валсартан) на клиническое течение заболевания у больных с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией левого желудочка.

**Материалы и методы исследования:** В исследование включены 30 пациентов, средний возраст больных составил 64,5 $\pm$ 8,2 года, из них мужчины составили 21человек (70%) и женщины 9 человек (30%). У всех больных ведущим диагнозом являлась ишемическая болезнь сердца (ИБС), преимущественно в виде стабильной стенокардии и постинфарктного кардиосклероза, осложненная хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией левого желудочка (ХСНсФЛЖ)  $\leq$ 50%. Все пациенты были под наблюдением сначала стационарно на протяжении 7,2 $\pm$ 3,1 дней, затем амбулаторно на протяжении 2 месяцев.

**Результаты:** Из 30 пациентов с ХСНсФЛЖ мужчины составили 70% (21 человек), 30% -

женщины - 9 человек. По функциональному классу ХСН пациенты распределились следующим образом: у 8 человек (43%) была ХСН IIA ФК II, у 11 (26%) - ХСН IIA ФК III, у 11 человек (31%) была ХСН IIB ФК III. Через два месяца от начала терапии препаратом Юперо (валсартан и сакубитрил) динамика изменений в положительную сторону наблюдалась в большей степени у пациентов с ХСН IIA ФК III - у всех 11 пациентов отмечался переход из ФК III в ФК II (100%); из 8 пациентов с ХСН IIA ФК II переход в ФК I был достигнут у 5 больных (63%); из 11 человек ХСН IIB ФК III переход в ФК II был достигнут у 8 больных (73%).

**Заключение:** Применение препарата Юперо (валсартан и сакубитрил) при ХСНсФЛЖ в течении 2 месяцев способствует улучшению клинико-гемодинамических показателей, особенно это выражено у лиц с более высоким функциональным классом хронической сердечной недостаточности.

## КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОМОКРИПТИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА

МИРЗАРАХИМОВА СТ, АБДУЛЛАЕВ ТА, ЦОЙ ИА, БЕКБУЛАТОВА РШ, ХУДОЙБЕРГАНОВ О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.  
г.Ташкент. Узбекистан

**Цель:** оценка влияния бромокриптина на клинико-гемодинамические показатели при различных уровнях пролактина.

**Материалы и методы:** В зависимости от исходного уровня пролактина в крови были сформированы 2 группы: в 1 группу включены пациенты, чей исходный уровень пролактина был выше нормативных, составляя в среднем,  $43,35 \pm 23,27$  нг/мл ( $n=13$ ). Во вторую группу были включены больные с нормальным уровнем пролактина ( $11,86 \pm 5,30$  нг/мл) ( $n=11$ ). Специфическая терапия проводилась назначением бромокриптина в дозе 2,5 мг по 2 раза в сутки в течение 2-х недель с последующим снижением до 2,5 мг на 2 недели.

Оценивались параметры эхокардиографии с фракцией выброса, а также количество пациентов с восстановлением сократительной функции сердца.

**Результаты:** Установлено, что больные женщины с исходно высоким уровнем пролактина в крови отличались более поздним детородным возрастом, относительно женщин ПКМП, но с нормальным уровнем гормона в крови:  $32,3 \pm 4,4$  лет и  $26,3 \pm 4,6$  лет соответственно ( $\Delta = 18,5\%$ ) ( $p=0,009$ ). Отмечены более высокие значения ЧСС ( $84,1 \pm 23,6$  против  $103,1 \pm 14,8$  уд/мин) во 2 группе, превышающую таковую в группе сравнения на 18. Уровень САД не имела значимых отличий между группами ( $102,31 \pm 14,81$  мм.рт.ст. и  $101,25 \pm 14,58$  мм.рт.ст.). При применении у больных с исходно высоким уровнем пролактина было отмечено, существенные изменения анализируемых параметров: достоверное снижение ЧСС на 16%, а средние значения САД повысились на 5% (до  $84,08 \pm 13,60$  уд/мин и  $70,3 \pm 9,2$  уд/мин соответственно 1 и 2

групп,  $p=0,006$ ); достоверное уменьшение полостей сердца: ЛП – с  $38,58 \pm 5,54$  мм до  $30,67 \pm 4,08$  мм ( $\Delta=20,5\%$ ) ( $p=0,000$ ), КДР с  $60,19 \pm 2,88$  мм до  $56,67 \pm 4,08$  ( $\Delta=6\%$ ) ( $p=0,019$ ), КСР с  $49,0 \pm 4,0$  до  $40,7 \pm 6,9$  (18%); высокодостоверное повышение ФВ с  $37,23 \pm 8,31\%$  до  $55,23 \pm 11,62\%$  ( $\Delta=33\%$ ) ( $p=0,000$ )

Во 2 группе положительный эффект терапии не был столь выразительным; размеры ЛП  $39,88 \pm 9,09$  мм и  $39,40 \pm 1,52$  мм ( $\Delta=0$ ),  $p=0,884$ ) не изменились, незначительно уменьшился КДР ЛЖ  $64,98 \pm 5,80$  мм и  $61,60 \pm 4,16$  мм ( $\Delta=5,3$ ) ( $p=0,202$ ) сравнительно контрольных значений. Значимые и статистически достоверные изменения в динамике претерпели КСРЛЖ уменьшился на 18%, а ФВЛЖ повысилось с  $31,84 \pm 6,80\%$  до  $47,12 \pm 7,59\%$  ( $\Delta=32,5$ ) ( $p=0,000$ )

При изучении динамики заболевания и прогноза жизни больных ПКМП, было отмечено, что добавление бромокриптина к стандартной терапии ХСН на начальном этапе сопровождается полным восстановлением функции ЛЖ (ФВ ЛЖ более 55%) со значительной регрессией симптомов ХСН в 15 случаях (66,6%) ( $\chi^2=20,34$ ;  $p<0,001$ ). При этом, наибольшая эффективность (84%), восстановление функции ЛЖ наблюдалось в группе с высокими значениями пролактина в крови. В это время в группе сравнения, восстановление наблюдалось лишь в 4х случаях (27%) ( $\chi^2=0,311$ ;  $p=0,57$ ).

**Вывод:** Таким образом, применение специфического препарата бромокриптина в комбинации со стандартной терапией ХСН у пациентов с ПКМП способствует положительной динамике клинико-функциональных проявлений заболевания, а у больных с высоким уровнем пролактина способствует увеличению шансов на полное восстановление функции ЛЖ.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

МУМИНОВ С.Ж., МАЪМУРОВ Б.О., ВАЛИЕВА У.А., ИНАМОВ А.П., ЗАЙНИДДИНОВ У.Г., МАЛИКОВ К.К.

Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Наманган, Узбекистан

**Цель:** Дать клинико-эпидемиологическую характеристику госпитализированным кардиологическим больным с ХСН в зависимости от сократительной функции левого желудочка, выявить предикторы снижения фракции выброса (ФВ).

**Методы исследования:** В исследование включены 130 больных, поступивших в отделение ИБС Наманганского филиала Республиканский специализированный научно-практический медицинский

центр кардиологии (средний возраст  $67,6 \pm 9,9$  года, 60 мужчин и 70 женщин), которым установлен диагноз ХСН и проведено стандартное ЭхоКГ исследование с определением ФВ по Teichholz. Участники с ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$  классифицировались как имеющие сохранную ФВ, с ФВ  $< 50\%$  – как сниженную.

**Результаты:** По результатам исследования 60 (46%) пациентов имели сниженную и 70 (54%) – сохранную ФВ ЛЖ. Сравнимые группы оказались



сопоставимы ( $p > 0,1$ ) по возрасту и полу, у пациентов обеих групп одинаково часто встречались артериальная гипертензия и стенокардия, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, приобретенные пороки сердца. Среди пациентов со сниженной ФВ значительно чаще встречался в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (73,3% против 25,7%;  $p < 0,001$ ). Частота клинических симптомов между группами различалась за счет более частой регистрации у больных со сниженной систолической функцией ЛЖ отека легких (19% против 0%,  $p = 0,030$ ), пароксизмального ночного удушья (63,3% против 5,7%,  $p < 0,001$ ), положения

ортопноэ при поступлении (56,6% против 0%,  $p < 0,001$ ), застойных хрипов в легких (66,7% против 8,5%,  $p = 0,001$ ), периферических отеков (43,3% против 14,3%,  $p = 0,040$ ). У больных с сохранной систолической функцией отмечены более высокие цифры систолического (150 против 119 мм рт.ст.,  $p < 0,001$ ) и диастолического АД (88 против 76 мм рт.ст.,  $p < 0,001$ ). При сравнении лабораторных показателей в группе больных со сниженной ФВ обнаружены более высокие уровни мочевины (9,80 против 6,00

ммоль/л,  $p = 0,004$ ). Выявлены обратные корреляции ФВ с содержанием мочевины ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,005$ ).

По данным рентгенографии, в группе больных со сниженной ФВ чаще обнаруживались кардиомегалия (50% против 5,7%,  $p < 0,001$ ) и признаки застоя в легких (36,6% против 0%,  $p = 0,002$ ). По данным ЭхоКГ, у больных ХСН со сниженной систолической функцией значительно чаще встречались локальные нарушения сократимости (80% против 14,3%,  $p < 0,001$ ), индекс массы миокарда ЛЖ у этой группы пациентов значительно превышал показатели группы сравнения (149 против 119 г/м<sup>2</sup>,  $p = 0,001$ ), более выраженными оказались нарушения диастолической функции (Е/А 3,3 против 0,8,  $p = 0,001$ ).

**Выводы:** Среди госпитализированных больных с ХСН почти половина составили пациенты с сохранной систолической функцией ЛЖ. Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда – основной предиктор снижения сократительной функции ЛЖ. Положение ортопноэ, отек легких и рентгенологические признаки застоя в легких являются наиболее специфическими клиническими признаками низкой сократительной функции левого желудочка у больных ХСН (специфичность 100%).

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

КАРИМОВ А.М., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., ГУЛОМОВ Х.А., АХМАТОВ Я.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценить исходные показатели нарушений ритма сердца (НРС) у пациентов ИБС с систолической дисфункцией в зависимости от сопутствующего СД 2 типа.

**Материал и методы.** В зависимости от наличия/отсутствия СД 2 типа все больные ИКМП (ФВ менее 40%) были разделены на 2 группы: 1гр. – 52 человек, у которых имел место сопутствующий СД 2т. и 2гр. – 59 больных без СД 2т. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и росту-весовым параметрам. Оценивались показатели 24 часового холтеровского мониторинга. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По данным 24-часового холтеровского наблюдения установила следующее: синусовый ритм в 1 гр. регистрировался у 35 (67,3%) и во 2гр. – у 42 (71,2%) больных. ФП (постоянная форма или пароксизмы длительностью более 30 сек) была зарегистрирована в 15,4% случаев в 1 группе и 13,6% случаев во 2й, причем, постоянная форма ФП наблюдалась в 5ти случаях у пациентов с СД2т и в 4х – у больных без СД2т, составивших 9,6% и 6,8% соответственно без значимых различий между собой ( $p > 0,05$ ). Нарушение про-

цессов реполяризации на 12-канальной ЭКГ имело место одинаково часто как в 1й, так и во 2й группе, составив, соответственно 50 (96,1%) и 52 (88,1%) случая ( $p = 0,232$  и  $\chi^2 = 1,440$ ). Наличие ПБЛНПГ превалировало ( $p = 0,863$  и  $\chi^2 = 0,030$ ) у лиц 1 гр.: 4 (7,7%) vs 3 (5,1%). АВ-блокаду 1ст. имели 2 (3,8%) пациента с наличием СД2т и 2 (3,4%) пациента без СД2т ( $p = 0,703$  и  $\chi^2 = 0,146$ ).

Оценка эктопической активности сравниваемых групп пациентов установила, что в 1 гр. превалировало ( $p > 0,05$ ) количество больных с наличием желудочковой экстрасистолии (ЖЭ), особенно её сложных градаций (парные ЖЭ–14 (26,9%) в 1 группе и 9 (15,3%) во 2й группе, групповые ЖЭ – 7 (13,5%) в 1 группе и 5 (8,5%) – во 2й,  $p > 0,05$ ). Общее количество суточных ЖЭ, зафиксированных при проведении ХМЭКГ, почти в 2,5 (2,39) раза превышало аналогичный показатель группы сравнения ( $520,33 \pm 120,3$  в 1 группе и  $217,32 \pm 78,3$  во 2й группе,  $p < 0,0000$ ).

**Выводы.** Таким образом, пациенты ИКМП с СД2 типа характеризуются более выраженными НРС и проводимости в виде более частой встречаемости ПБЛНПГ и желудочковой эктопии сложных градаций.



## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ОБРАТНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКА

*НУРУЛЛАЕВ Р.Р., СОБУРОВ С.М., ХАЖИЕВ Б.С., АЛЛАБЕРГАНОВ О.М.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
Ургенчский филиал*

**Введение.** У 90–98% больных с правосторонним праворасположенным сердцем встречаются врожденные пороки сердца (ВПС), которые у 96,7% из них носят множественный характер. Чаще всего сочетается транспозиция магистральных сосудов (ТМС) с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), клапанным или подклапанным стенозом легочной артерии, дефектом межпредсердной перегородки, аномальным дренажем легочных вен, гипоплазией легочной артерии, открытым артериальным протоком. Возможны несколько вариантов КТМС: КТМС без сопутствующих ВПС и нормальным расположением сердца; КТМС с сопутствующими ВПС и нормальным расположением сердца; КТМС с сопутствующими ВПС и аномальным расположением сердца.

Приводим собственное клиническое наблюдение подростка С., 14 лет. Пациент находился в отделении детской кардиохирургии Ургенчского филиала Республиканского Специализированного Научно – практического Медицинского Центра Кардиологии с 24.05.2021 г. по 10.06.2021 г. Поступил с жалобами на умеренную одышку при ходьбе, легкий акроцианоз, общую слабость. Из анамнеза болен с рождения. В первые часы жизни был обнаружен шум в области сердца, заподозрен ВПС. Была проведена ЭхоКГ. Консультирован кардиохирургом, диагностированы декстракардия и ВПС (транспозиция магистральных сосудов и общий желудочек, общая предсердия, стеноз легочной артерии. Гетеротаксия внутренних органов). В 2019г май месяц больному выполнена операция наложения межартериального анастомоза (1-этап,

между восходящей аорты и левой ветвью легочной артерии. Объективно отмечалось отставание в физическом развитии. Признаки декстракардии, со смещением границ сердца вправо. Тоны ритмичные, приглушены, систолический шум средней интенсивности над предсердной областью с максимумом во 2-м межреберье справа от грудины, выслушивается шум ранее наложенного анастомоза во 2-м межреберье слева от грудины. В результате углубленного обследования (ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ЭхоКГ, зондирования полостей сердца) ребенку установлен диагноз: правостороннее праворасположенное сердце. ВПС – ТМС, общий желудочек сердца, общая предсердия, клапанный стеноз легочной артерии, Н1. Situs viscerum inversus. СПО наложения межартериального анастомоза (май, 2019г). 31.05.2021г больному выполнена операция наложения двунаправленного кавапульмонального анастомоза (операция Гленна). Послеоперационный период протекало без осложнений, на 10-е сутки после операции выписан удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при таких сложных пороках в сочетании аномальное расположения сердца и внутренних органов, гемодинамическое коррекция порока дает хорошие результаты. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует сочетание ТМС с общим желудочком сердца и общим предсердием, клапанным стенозом легочной артерии, аномальным положением сердца, обратным расположением внутренних органов у подростка представляет интерес для педиатров, детских кардиологов и кардиохирургов.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОСЛОЖНЕННЫХ С ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*НУРУЛЛАЕВ Р.Р., ХАЖИЕВ Б.С., СОБУРОВ С.М.*

*Ургенчский филиал Республиканского специализированного  
научно-практического центра Кардиологии*

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является самым частым врожденным пороком сердца (ВПС), в основе нарушения гемодинамики которого, лежит сброс крови из левого желудочка через дефект в правый, ведущий к переполнению малого круга кровообращения и перегрузки обоих желудочков. Изолированный ДМЖП является самым частым ВПС, 20% всех врожденных анома-

лий у детей, родившихся живыми 3,0–3,5 случая на 1000 родившихся в срок и 4,5–7 на 1000 родившихся раньше срока. Прогноз при ДМЖП зависит от величины дефекта, состояния сосудов малого круга кровообращения и функционального состояния миокарда.

**Цель исследования:** ретроспективный анализ результатов хирургической коррекции ДМЖП с ос-





ложненными высокой легочной гипертензией (ЛГ) у детей разных возрастных групп.

**Методы исследования:** в период с января 2018 по март 2021 года в РСНПЦК Ургенчского филиала были выполнены 58 операций коррекции ДМЖП с высокой ЛГ. Возраст оперированных детей варьировал от 6 месяцев до 15 лет. Дети до 3 лет – 7 (12%), в возрасте от 3 до 10 лет – 36 (62%), старше 10 лет – 15(26%). Из них 30(52%) мужского, 28(48%) – женского пола. У 31 (53%) больных были изолированный ДМЖП, у 25(43%) – сочетание ДМЖП с открытым овальным окном, у 4(7%) – сочетание ДМЖП с недостаточностью аортального клапана и у 1(2%) больного ДМЖП сочетался с открытым артериальным протоком.

Показаниями к коррекции ДМЖП в первую очередь служили признаки легочной гипертензии (ЛГ). У обследованных 58 больных с ЛГ выявлено: у 34 больных II-степени, у 21 больных III<sup>a</sup>, у 3 больных III<sup>b</sup> – степени (по классификация В.И. Бураковского, Л.Р. Плотниковой, В.А. Бухарына.) Во всех случаях диагноз был установлен на основании клинических данных, эхокардиографии и зондировании полостей сердца с тензиметрией. 24 (41,4%) больным дооперационном периоде проводилась терапия, направленная на снижение ЛГ.

**Результаты исследования:** Все больные были оперированы в условиях ИКи КП. Большинство операций прошли в условиях гипотермической перфузии с подключением АИК через восходящую аорту и полые вены. Защита миокарда проводи-

лась методом фармакологической холодной кардиopleгии через корень аорты. Средняя продолжительность периода пережатия аорты составила 28,7 мин., средняя продолжительность ИК – 43,3 мин. Доступ к дефекту осуществлялся через правое предсердие путем разведения створок трехстворчатого клапана у 47(81,0%) больных, у 5(8,6%) больных разрез радиального рассечения септальной створки от свободного края в сторону кольца клапана (из – за анатомического расположения дефекта, прикрытие дефекты), у 6 (10,4%) больных доступ через разрез выходного тракта правого желудочка. В 13(22,4%) случаях большие дефекты закрывались синтетической заплатой и 8(13,8%) больным ксеноперикардом, которые подшивали «П» образными и непрерывными швами. В остальных случаях дефекты закрыли отдельными П-образными швами на прокладках. Одновременно с закрытием ДМЖП проводилась коррекция сопутствующих ВПС. У 4(6,9%) больных отмечался минимальный решунт, не влияющий на гемодинамику. В раннем послеоперационном периоде умерло двое детей, которые сопровождалась высокой ЛГ. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. Таким образом, госпитальная летальность составила 3,4%.

**Выводы:** Больные с ДМЖП должны оперироваться до возникновения высокой ЛГ и недостаточности кровообращения, что безусловно отражается на результатах операции. Больных с большими ДМЖП с осложнениями ЛГ необходимо оперировать в раннем детском возрасте.

## ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИОПАТИЯДА ГЕМОДИНАМИКАНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ

*МИРЗАРАХИМОВА С.Т., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К., ГУЛОМОВ Х.А.*

*УзРССВ Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий-амалий тиббиет маркази, Тошкент ш., Узбекистон*

**Максад:** Перипартал кардиомиопатия ва идиопатик дилатацион кардиомиопатияли беморларда юрак ичи гемодинамикасини такқослаш ва юрак ремоделлирланиши ўзига хослигини баҳолаш.

**Клиник материал ва ўтказилган тадқиқот услублари:** тадқиқот максадига кура ПКМП ли 93 та бемор текширилди(1-гурух). Солиштириш гуруҳини идиопатик дилатацион кардиомиопатия билан хасталанган 43 та аёл ташкил қилди (2-гурух). Барча беморларда юрак ичи гемодинамикасини баҳолаш максадига эхокардиография текшируви ўтказилди. Олинган натижаларнинг статистик ишлови персонал компьютерда «STATISTICA 6» дастурлари тўпламини қўллаган ҳолда бажарилди.

**Тадқиқот натижалари:** Тадқиқотда ПКМП ли беморларни ДҚМП билан хасталаган аёллар билан таққослаган ҳолда юрак ичи гемодинамикаси кўрсаткичлари ва юрак ремоделланишининг ўзига хос хусусиятларини таҳлил қилинди.

Стационар текширувининг биринчи кунларида ўтказилган ЭхоКГ натижалари куйидагиларни

кўрсатди: 1-гурухда юракнинг чизиқли кўрсаткичлари, охириги диастолик ўлчам (ОДЎ) гуруҳ бўйича 63,05±5,1 мм (p<0,05) ни ташкил қилди, мос равишда 2-гурухда 70,1±9,1 мм (p<0,05) , охириги систолик ўлчам (ОСЎ) 1-гурух бўйича ўртача 52,2±6,2 мм (p<0,05) ни ташкил қилди, 2-гурухда 59,2±9,0 мм (p<0,05) бўлди.

Юракнинг ҳажми кўрсаткичлари: охириги диастолик ҳажм (ОДҲ) гуруҳларда мос равишда ўртача 198,5±9,3 мл, 271,6±12,3 (p<0,05) ни ташкил қилди ва 50 дан 295 мл гача тебрани, охириги систолик ҳажм (ОСҲ) 1-гурухда 131,1±76,3 мл (p<0,05) ни ташкил қилиб, минимал ҳажм 8 мл дан, максимал ҳажм 180 мл деб ўрнатилди, 2-гурухда 180,8±90,3 ни ташкил этди. Юрак етишмовчилигининг оғирлиги анъанавий ҳолда ЧҚ миокарди қисқарувчанлик қобилиятининг пасайганлиги билан шартланади ва ЧҚОФ бўйича баҳоланади. Отилиш фракциясида гуруҳлар бўйича катта фарқ кузатилмади: 34,9±8,2%, 33,3±7,3 (p>0,05) ни ташкил қилиб, 22 дан 42 % гача чегарада бўлди.

ЭхоКГ кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилганда юракнинг чизиқли ва ҳажмли кўрсаткичларининг ПКМП булган беморларда солиштириш гуруҳига нисбатан кичик қийматлари аниқланди. Чап бўлмачанинг чизиқли ўлчами қиймати ПКМП да 13% га, ЎҚ 13% га, ЧҚ ОДЎ 10% га камлиги қайд этилди, шу билан бирга ЧҚОФ кўрсаткичи гуруҳлар орасида деярли фарқларга эга бўлмади.

**Хулоса:** Шундай қилиб, ПКМП ли беморларда юрак ичи гемодинамикаси кўрсаткичлари ремоделланишнинг эксцентрик типи тўғрисида далолат берувчи патологик ўзгаришлар кузатилди. ЧҚОФ ўртача  $34,9 \pm 8,2\%$  ни ташкил қилади. Ўнг қоринчанинг мўътадил дилатациясини юракнинг чап қисмлари дисфункцияси оқибатида қоринчалараро тўсиқ умумий девори жалб қилинганлиги билан унинг ремоделланиши белгиси сифатида кўрилиши мумкин.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Городская клиническая больница №1, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** Изучение эффективности применения бисопролола у больных ишемической болезни сердца (ИБС) с умеренной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с ФК II-III.

**Материал и методы:** Было обследовано 66 больных с ИБС ФК I-IV осложненный с ХСН ФК II-III по классификации NUNA в возрасте от 38 до 78 лет, средний возраст 61,5 лет. Давность коронарной болезни от 5 до 45 лет, 37 мужчин и 29 женщин. Находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении и продолжающие наблюдение на амбулаторных условиях, ежемесячно (1–3 месяцев), и в эти сроки проводили оценку клинического состояния больных.

Всем больным проводили общеклинические и лабораторно-инструментальные методы исследования, по стандарту, наряду ЭКГ и ЭХО кардиографические, холтеровское ЭКГ и при необходимости другие методы исследования. Приверженность к медикаментозной терапии оценивали при помощи шкалы комплаентности Мориски-Грин, а оценка качества жизни проведена с помощью опросника MOC SF-36. Опросники заполняли до начала стационарного лечения – в момент поступления в стационар и через 1–3 месяца после начала лечения.

Всем больным на фоне базисной медикаментозной терапии: коронаролитики, салицилаты, препараты калия, мочегонные, метаболики и другие. Бисопролол был назначен 5 мг 2 раза в день, дозу

подбирали путём титрования – индивидуально, начиная с малых доз с учётом противопоказаний.

**Результаты:** После начала лечения через 1–3 месяца состояние больных сравнительно улучшилось, и среднесуточная доза бисопролола составила 7–7,5 мг. При продолжительном лечении отмечается улучшение общего состояния больных: приступы болей за грудиной, усиливающиеся при физической нагрузке в начале лечения были отмечены у 40 (60,61%), а к концу лечения у 60 (90,91%) больных; уменьшение одышки и сердцебиения при физической нагрузке у 45 (68,18%), а к концу лечения у 65 (98,48%), а также средне-недельной дозы мочегонных препаратов. Достоверное улучшение клинических лабораторно-инструментальных показателей было отмечено через 1–3 месяца после начала лечения бисопрололом.

При чрезмерном снижении АД необходимо под контролем снижать препарат медленно, в течение 10–15 дней. Следует избегать полной отмены бисопролола ( $\beta$ -АБ), так как это может привести к ухудшению течения ХСН.

**Заключение:** Таким образом, при комплексной терапии ИБС с ХСН включение  $\beta$ -АБ препарата – бисопролол положительно влияет на клиническое состояние больных, уменьшает функциональный класс ХСН, повышает переносимость физической нагрузки, а также улучшает прогноз больных. Это всё приводит к достоверному улучшению качества жизни больных и приверженности к лечению.



## НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА, ЭФИ И РЧА

### РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Ж., САЙФИДДИНОВА Н.Б., БЕКМЕТОВА Ф.М., МИРМАКСУДОВ М.С., СУЛТАНОВ Б.А.*

*г. Ташкент, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, отделении ЭФИ*

**Цель:** Оценка результатов электрической изоляции устьев легочных вен (ИУЛВ). С 2017 по 2021 г. 128 пациентам в возрасте от 19 до 74 лет с пароксизмальной (53) и персистентной (75) формами ФП была проведена ИУЛВ методом радиочастотной абляции (РЧА). Антиаритмическая терапия до РЧА препаратами IA, IC, II, III классов была неэффективна при пароксизмальной форме в 87,4% случаев, малоэффективна – в 12,6%; при персистентной форме неэффективна в 88,9%, малоэффективна – в 11,1%. Сопутствующая кардиальная патология была представлена артериальной гипертензией (АГ) у 28% пациентов, постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС) – у 26%, патологией щитовидной железы (ЩЖ) – у 19%, ишемической болезнью сердца (ИБС) – у 17%, а у остальных наблюдалась сочетанная патология (ИБС + АГ, АГ + ЩЖ, ПМКС + АГ, ПМКС + ЩЖ, ИБС + ЩЖ). Сопутствующие нарушения ритма, выявленные при пароксизмальной форме ФП: трепетание предсердий I типа – у 3,1% больных, при персистентной форме ФП: трепетание предсердий I типа – у 27,3%, II типа – 4,7% больных.

Под флюороскопическим и чреспищеводным эхокардиографическим (ЧП ЭхоКГ) контролем проводилась пункция межпредсердной перегородки в области овальной ямки. Проводилась ангиография легочных вен. Затем проводили электрод Lasso 2515 с изменяющимся диаметром, а через 2-й интродьюсер проводили абляционный электрод.

Проводилось циркулярное картирование вен путем перемещения катетера Lasso. На синусовом ритме и на стимуляции венечного синусарегистрировали потенциалы легочных вен. Изолированную электрическую изоляцию устьев ле-

гочных вен (четко в области их впадения в левое предсердие) на синусовом ритме или при стимуляции венечного синуса начинали в области наиболее ранней активации муфты легочной вены, которую делили на 12 секторов, добиваясь полной электрической изоляции легочных вен от остальной части левого предсердия. При РЧА ЛВ были выявлены вагосимпатические феномены. Наибольшее количество вагусных рефлексов наблюдалось при воздействии в области устья ЛВЛВ, ПЛВЛВ и в коллекторе ЛЛВ.

**Результат:** Всем больным с пароксизмальной и персистентной формами фибрилляции предсердий проведена изолированная электрическая изоляция устьев всех легочных вен методом радиочастотной абляции и при необходимости абляция нижней перешейки правого предсердия (переход ФП при изоляции ЛВ в трепетание предсердий I типа либо индукция стабильного ТП I типа после РЧА ЛВ). Всем больным после операции РЧА ЛВ регистрировали ЭКГ в 12 отведениях, проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (на 3-и сутки после операции, через 3 мес на фоне антиаритмической терапии, через 6 мес без ААТ, через 1 год. Больные были разделены на 2 группы: 1-я – с пароксизмальной ФП (62) и 2-я – с персистентной (62). Сравнивалась эффективность абляции (срок наблюдения – 1 год) в двух группах, (4 последним пациентам срок наблюдения – 3 месяца). В 1-й группе эффективность составила 79% больных, во 2-й – 69,4%.

**Выводы:** При ЭФИ было выявлено, что аритмогенными чаще были верхние легочные вены и наличие впадающего в ЛП общего коллектора ЛВ.

## СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХСН В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

АМИРКУЛОВ Б. Д., ЭРКАБАЕВ Ш. М., МИРМАКСУДОВ М. С., САЙФИДДИНОВА Н. Б.,  
АМИРКУЛОВ Р. Ж., СУЛТАНОВ Б. А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** Представить результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

**Материал и методы:** Оперировано всего 22 больных, из них мужчин – 15 (68,2%), женщин – 7 (31,8%). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функционального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ). Средний возраст больных составил (47±6,2) лет. Причины возникновения ХСН: ИБС – 12 (54,5%), ДКМП – 8 (45,5%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил (3,8±1,2). Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS комплекса, фракции выброса, конечно диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 1 года имплантации СРТ – Д устройства.

**Результаты:** До имплантации устройства ФВ у исследуемой группы больных составила (28,8±1,6%), КДО-(223±17,6), длительность комплекса QRS (142±3,1мс). При изучение вышеуказанных показателей через год после операции на фоне оптимальной медикаментозной терапии и бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с (28,8±1,6%) до 36,1±1,58%, уменьшение КДО с (223±17,6) до (194±16,7). До имплантации СРТ-Д ФК III по NYHA наблюдалось у 54,5% (n=12) пациентов, а ФК IV по NYHA 45,5% (n=10). ФК I и II у пациентов не выявлено. А через год этот показателей составили так: ФК II 59% (n=13), ФК III 41% (n=9), а ФК I и ФК IV не наблюдалось.

**Выводы:** Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью.

## КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

АМИРКУЛОВ Б. Д., ЭРКАБАЕВ Ш. М., САЙФИДДИНОВА Н. Б., АМИРКУЛОВ Р. Д.,  
МИРМАКСУДОВ М. С., СУЛТАНОВ Б. А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** представить результаты радиочастотной катетерной аблации больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ).

**Материал и методы:** Катетерная аблация проведена у 286 больных с АВУРТ. Возраст больных от 12 до 66 (средний возраст 39,2±13,7 лет). Из сопутствующей патологии у 136 (47,6%) больных был диагностирован ИБС и ГБ, у 42 (14,6%) больных выявлен хронический миокардит. У 108 (37,8%) больных органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 2 до 29 лет (в среднем 18,7±4,9 лет). Большинство больных в течении многих лет принимали антиаритмические препараты с малым эффектом. С помощью чреспищеводного и внутрисердечного ЭФИ по стандартному протоколу устанавливался диагноз АВУРТ. Для проведения внутрисердечного ЭФИ пунктировались правая

бедренная и правая яремная вены, через которые проводились электроды. После подтверждения диагноза АВУРТ по типу «slow-fast» на внутрисердечном ЭФИ, проводился аблационный катетер. Далее проводилась радиочастотная аблация «медленных путей» АВ-соединения в правой среднесептальной области с параметрами: P = 30±3,2 Вт; t = 58±4,9°С; I = 115,5±8,3 Ом и длительностью по 60 сек. Всего проводились 2–5 радиочастотных воздействий. После этого проводился контрольное ЭФИ на которой данные за двойные пути АВ соединения не выявлялись.

**Результаты:** У 286 больных были получены критерии эффективности деструкции «медленных путей» и эффективность процедуры составила 100%, в 8 случаях при проведении радиочастотной аблации отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением синусового ритма к





концу операции, осложнений связанных с оперативным вмешательством не было.

**Выводы:** Радиочастотная катетерная абляция является эффективным, радикальным и безопасным

методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

## КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ СИНДРОМА WPW

**АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., САЙФИДДИНОВА Н.Б., АМИРКУЛОВ Р.Д., МИРМАКСУДОВ М.С., СУЛТАНОВ Б.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан**

**Цель:** Представить результаты внутрисердечного ЭФИ и катетерной абляции пациентов с синдромом WPW.

**Материал и методы:** Оперировано 298 больных синдромом WPW. Из них мужчин – 159 (53,4%), женщин – 139 (46,6%). Возраст больных составил от 10 до 72 лет (средний возраст  $32,3 \pm 12,3$  года). Манифестирующая форма WPW диагностирована у 166 (55,7%), скрытая форма у 102 (34,3%), латентная форма у 8 (2,6%) и интермиттирующая форма у 22 (7,4%) пациентов. В анамнезе приступы тахикардии у пациентов длились от 0,6 до 35 лет (в среднем  $14,4 \pm 8,5$  лет). В течение многих лет больные принимали антиаритмические препараты разных групп с временным эффектом. Частота индуцированной тахикардии составляла от 150 до 245 уд в мин, в среднем  $179,7 \pm 12,4$  уд в мин. Внутрисердечное ЭФИ начиналось с пункции правой бедренной и правой яремной вен по методике Сельдингера, через которые в полость сердца проводились электроды для проведения ЭФИ и устанавливались в стандартных позициях. При расположении ДПЖС в левой АВ борозде по методике Сельдингера дополнительно пунктировалась правая бедренная артерия. После установления зоны локализации ДПЖС на внутрисердечном ЭФИ проводился абляционный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция

ДПЖС с параметрами:  $P = 38,1 \pm 5,2$  Вт;  $T = 55 \pm 3,7^\circ\text{C}$ ;  $I = 120 \pm 5,3$  Ohm и длительностью по 60 сек. Проведение по ДПЖС прекращалось на 4–8 секунде первого РЧА воздействия. Дополнительно проводилось 3–5 контрольных радиочастотных воздействий в близлежащих точках. После воздействия проводилось контрольное ЭФИ и методами учащающей и программированной стимуляции тахикардия не индуцировалась. У 10 (3,3%) больных критериев устранения проведения по ДПЖС достичь не удалось, в пяти случаях в связи с парагиссальным, и в пяти случаях субэпикардальным расположением пучка пациентам была подобрана антиаритмическая терапия на фоне которого пароксизмов АВРТ не отмечалось.

**Результаты:** У больных с синдромом WPW эффективность процедуры составила 96,7%. Периоперационных осложнений не было. За время наблюдения от 3 месяцев до 6 лет рецидив тахикардии отмечался у 6 (2,0%) больных, которым была проведена повторная эффективная катетерная абляция ДПЖС.

**Выводы:** Радиочастотная абляция является эффективным радикальным и безопасным методом лечения больных с синдромом WPW. Эффективность операций достигает до 97% и позволяет больным избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТОМ ОПРОСНИКА SF-36, У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ РАДИОЧАСТОТНУЮ АБЛАЦИЮ ЧАСТОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

**АМИРКУЛОВ Б.Д., САЙФИДДИНОВА Н.Б., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Д., МИРМАКСУДОВ М.С., СУЛТАНОВ Б.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан**

**Целью:** данной работы стало изучение изменения качества жизни (КЖ) пациентов с частой желудочковой экстрасистолией (ЖЭС) без структурной патологии сердца до и после эффективной радиочастотной абляции (РЧА) с помощью опросника HADS

**Материал и методы:** В исследование были включены 196 пациентов после выполнения эффективной РЧА частой ЖЭС. Возраст больных колебался от 11 до 65 лет (средний возраст  $35,2 \pm 14,7$  лет). По данным суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ) медиана количества



ЖЭС перед проведением РЧА составила 27000 в сутки [IQR 18000; 33000]. Через 6 месяцев после РЧА им выполнялось повторное СМЭКГ и анкетирование по форме опросника SF-36 которая оценивала уровень тревоги и уровень депрессии. Выраженность симптомов оценивалась набранными баллами: 0–7 балл-норма, 8–10 баллов-субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше-клинически выраженная тревога/депрессия. Медиана количества ЖЭС через 6 месяцев после операции составила 12 в сутки [IQR 0; 204].

**Результаты:** Устранение ЖЭС после РЧА сопровождалось достоверным улучшением эмоционального состояния пациентов. 0–5 баллов набрали 154 пациентов ( $p=0,000$ ), у 38 пациентов состояние от клинически выраженного тревоги/депрессии перешло на субклинически выраженную тревогу/депрессию и у 4 больного отсутствовали достоверно выраженные симптомы тревоги/депрессии ( $p=0,000$ ).

**Выводы:** Пациенты демонстрируют улучшение качества жизни через 6 месяцев после оперативного лечения частой ЖЭС.

## ПАРОКСИЗМАЛ БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЯЦИЯСИ ВА ЮРАК ТЕЗЛИГИ ЎЗГАРУВЧАНЛИГИ КЎРСАТГИЧЛАРИНИНГ ЭКГ ТЕКШИРУВИДАГИ БЕМОРЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

БАБАЕВА М.М. АЛИЕВ Ж.С.

*Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали*

Юрак қон-томир касалликлари дунёда ўлим кўрсаткичлари бўйича етакчи ўринни эгаллайди. Ўз навбатида, юрак қон-томир патологияси таркибида юрак ритмининг бузилиши етакчи ўринни эгаллайди. Улардан энг кўп тарқалгани бўлмачалар фибриляцияси ҳисобланади. (БФ) .Унинг умумий популяцияда частотаси 1–2% ни ташкил этади ва ёшга қараб ортади. Европа кўрсатмаларига кўра, келгуси 50 йил ичида беморлар сони 2 баравар кўпайиши кутилмоқда. Бўлмачалар фибриляцияси билан оғриган беморларни даволашда сезиларли ютуқларга қарамай, аксарият кардиолог шифокорлар антиаритмик даволашни эмперик тарзда танлайдилар.

**Мақсад:** Пароксизмал бўлмачалар фибриляцияси билан оғриган беморларда антиаритмик терапияни танлашда юқори аниқликдаги ЭКГ кўрсаткичларининг прогностик қийматини ва юрак уриш тезлиги ўзгарувчанлигини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар: Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали кардиореанимация бўлимида 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган 120 та бемор текширилди. Ва 3 гуруҳга ажратилди . 1 –гуруҳ: Соғлом ( $n=24$ ); 2-гуруҳ: юрак қон-томир касаллиги бор беморлар лекин аритмияси йўқ ( $n=24$ ), 3-гуруҳ ( $n=72$ ): пароксизмал бўлмачалар фибриляцияси бўлган, юрак ишемик касаллиги бор, антиаритмик дориларни қабул қиладиган (қунига 200 мг кордарон, аллапинин –қунига 75 мг физиотенз 4 мг, дилтиазем қунига 180 мг.) . барча беморлар кунлик ЭКГ мониторинги ўтказилди ва юқори аниқликда қайд этилди. Бир йил ўтгач пароксизмал бўлмачалар фибриляцияси борлиги ва уларнинг сони таҳлил қилинди. Ритм бузилишининг нисбий

хавфи аниқланди. Тадқиқотлар ихтиёрий розилик асосида амалга оширилди.

Натижалар: биринчи гуруҳнинг ёши  $55,5 \pm 1,3$  йил, иккинчиси  $58,9 \pm 2,0$  йил, учинчиси  $60,1 \pm 1,55$  ёш эди. Кордарон фонида юрак уриш тезлиги ўзгарувчанлигини (ЮУТЎ) соғлом одамларга нисбатан баҳолашда ЮУТЎ 19% га, аллапинин фонида – 36% га ва 42% га камайган ва фонга нисбатан сезиларли пасайиш қайд этилган . Аллапининнинг биспролол билан бирикмаси 58% га ошиши ва ЮУТЎ нинг 23% га пасайиши . Соғлом одамларда нисбатан юқори аниқликдаги ЭКГ кўрсаткичларини таҳлил қилсак, энг юқори бўлмачалар потенциали кордарон ( $16,0 \pm 3,9\%$ ) фонида, қоринчалар қўзғалувчанлигининг кеч потенциали – аллапинин ( $72,0 \pm 16,2\%$ ) фонида қайд этилади. ), аллапинин метапролол ( $29,8 \pm 15,2\%$ ) ва биспролол ( $50,3 \pm 9,5$ ) билан бирикмалари . Нисбий хавфни ҳисоблашда ЮУТЎ ва БҚКП нинг ритм бузилишига таъсирининг статистик аҳамияти қайд этилди.

Хулоса: Кенг қамровли баҳолашда миокард электр беқарорлиги кўрсаткичлари ( юрак уриш тезлиги ўзгарувчанлигининг пасайиши, кунлик ЭКГ текширувида булмачалар қўзғалувчанлигининг ва қоринча қўзғалувчанлиги потенциалларининг қайд этилиши.) кордарон, аллапининг ва аллапинининг физиотенз билан биргаликда профилактика қилиш фонида аниқланди. Умумий: юрак тезлиги ўзгарувчанлигининг (ЮУТЎ) пасайиши, бўлмачалар қўзғалувчанлиги потенциали ва пароксизмал бўлмачалар фибриляцияси мавжудлиги ўртасидаги боғлиқлик қайд этилди.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕПТАЛЬНОЙ И АПИКАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

ЗУФАРОВ М.М., БАБАДЖАНОВ С.А, ИМ В.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** В настоящее время, единственным методом лечения симптоматически значимой брадикардии является электрокардиостимуляция (ЭКС). Тем не менее, еще до конца не определена оптимальная область стимуляции. Верхушка правого желудочка (ВПЖ) является наиболее удобным местом позиционирования желудочкового электрода, однако на сегодняшний день накопились результаты исследований, в которых говорится, что ЭКС ВПЖ может приводить к ухудшению насосной функции сердца. В литературе имеется достаточное количество исследований, демонстрирующих преимущество стимуляции межжелудочковой перегородки (МЖП) перед апикальной стимуляцией.

**Цель:** Изучить результаты влияния стимуляции МЖП и ВПЖ у больных с полной АВ-блокадой на структурно-функциональное состояние сердца.

**Материалы и методы:** В данное сравнительное ретроспективное исследование было включено 85 пациентов с полной атриовентрикулярной блокадой и без выраженной патологии сердца, прооперированных в период с января 2017 по июнь 2020гг. в отделении РЭХ и НРС ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова». Все пациенты были разделены на 2 группы. 46 больным имплантация электрода производилась в апикальную позицию, а 39 – в область МЖП. В обеих группах не было статистической разницы по возрасту, полу, частоте встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД). До и после операции пациентам проводилось ЭКГ-исследование, ЭхоКГ, измерение параметров стимуляции. Между обоими группами не было отмечено серьезных различий в параметрах стимуляции. Средняя длительность исследования составила  $1.4 \pm 0.2$  лет.

**Результаты и обсуждение:** Длительность наблюдения за обеими группами статистически не различалась. Все пациенты с ХСН получали стандартную терапию. За время исследования связь с 15 пациентами была потеряна по различным причинам. У 25 (54.3%) пациентов со стимуляцией ВПЖ фибрилляция предсердий (ФП) возникла впервые, в то время как в группе МЖП стимуляции – 9 (23.0%) больных. До операции длительность QRS была схожа в обеих группах. По истечению срока исследования, в обеих группах произошло увеличение длительности комплекса QRS. В группе со стимуляцией МЖП увеличение составило с  $102.1 \pm 9.7$  до  $146.3 \pm 15.2$  мс, что составило меньшее значение по сравнению с группой ПЖ стимуляции – с  $102.3 \pm 10.1$  до  $165.1 \pm 17.7$  мс ( $p < 0.05$ ).

Для оценки структурно-функционального состояния сердца до и после вмешательства всем больным проводилась ЭхоКГ. У тех пациентов, кому электрод был имплантирован в ВПЖ, увеличился конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (со  $150.1 \pm 16.5$  до  $167.2 \pm 19.8$  мл,  $p < 0.05$ ), конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) (с  $61.1 \pm 20.6$  до  $67.3 \pm 27.9$  мл,  $p < 0.05$ ). Снизилась фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) с  $52.1 \pm 5.6$  до  $49.3 \pm 3.7\%$  ( $p < 0.05$ ). У пациентов, которым электрод был установлен в МЖП, данные показатели имели относительную тенденцию в сторону положительной динамики. Так, КДО ЛЖ со  $140.1 \pm 18.3$  снизился до  $135.6 \pm 15.4$  мл ( $p < 0.05$ ), КСО ЛЖ с  $53.2 \pm 32.5$  до  $50.3 \pm 25.7$  мл ( $p < 0.05$ ), увеличилась ФВ ЛЖ с  $51.2 \pm 4.7$  до  $53.1 \pm 5.4\%$  ( $p < 0.05$ ).

**Выводы:** Таким образом, результаты исследования демонстрируют, что стимуляция МЖП имеет преимущество перед стимуляцией ВПЖ, меньшую частоту развития/прогрессирования ХСН, ФП вследствие более физиологичного распространения возбуждения миокарда.

## ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

КЕВОРКОВ А. Г., ТУРСУНОВ Э. Я.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель:** изучить взаимосвязь между показателями спектрального анализа мощности ВСР и тяжестью атеросклеротического поражения коронарных артерий, оцениваемых по шкалам SYNTAX и

SYNTAX II, у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

**Материал и методы:** в исследование были включены 106 пациентов с ИМ в анамнезе в



среднем возрасте 63,6±8,3 года (средний возраст 64 [58; 69] лет). Тяжесть поражения коронарных артерий оценивали с помощью диагностической селективной коронарной ангиографии с подсчётом баллов по шкалам SYNTAX и SYNTAX II. Всем пациентам проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой показателей ВСП. Впоследствии спектр мощности ВСП оценивался количественно с помощью стандартных измерений в частотной области, включая HF (0,15–0,40 Гц), LF (0,04–0,15 Гц) и соотношение LF/HF. Значение LF нормировалось в виде процентного отношения к общей мощности спектра (TP) ( $LF\% = LF/(TP - VLF) * 100$ ). Аналогичная процедура была применена к показателю HF ( $HF\% = HF/(TP - VLF) * 100$ ).

Полученные результаты: после количественной оценки параметров ВСП нормализованные измерения в частотной области были следующими: LF% – 66,5±13,7 (70,2 [59,0; 76,0]); HF% – 33,4±13,6 (29,8 [24,0; 41,0]); Соотношение LF/HF – 3,4±2,0 (3,1 [2,0; 4,5]). Среднее значение по шкале SYNTAX Score составило 16,8±8,5 (16,0 [10,0; 21,5]); по шкале SYNTAX Score II PCI – 30,8±8,9 (30,2 [24,7; 37,0]); по шкале SYNTAX Score II CABG – 23,8±7,7 (23,6 [19,0; 29,1]). 4-летний риск леталь-

ности после ЧКВ составил 9,4±9,1% (6,9 [4,4; 11,9]), а летальности после АКШ – 5,0±3,7% (4,1 [2,8; 6,4]). Корреляционный анализ по Спирмену выявил наличие отрицательной корреляции между баллом по шкале SYNTAX Score II PCI и величиной показателя LF% ( $r = -0,253$ ;  $p = 0,023$ ), отношением LF/HF ( $r = -0,255$ ;  $p = 0,022$ ) и положительной корреляции с величиной HF% ( $r = 0,251$ ;  $p = 0,025$ ). Аналогичная корреляционная взаимосвязь отмечена при изучении риска 4-летней летальности после ЧКВ: отрицательная корреляция с LF% ( $r = -0,256$ ;  $p = 0,022$ ), соотношением LF/HF ( $r = -0,257$ ;  $p = 0,021$ ) и положительная с HF% ( $r = 0,254$ ;  $p = 0,023$ ). Между остальными проанализированными показателями достоверной корреляции не выявлено.

**Выводы:** Компоненты спектрального анализа ВСП связаны с тяжестью атеросклеротического поражения коронарных артерий, оцениваемой по шкалам SYNTAX и SYNTAX II. У пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе уменьшение значения нормализованного LF-компонента и соотношения LF/HF наряду с увеличением значения нормализованного HF-компонента может указывать на более выраженное поражение коронарных артерий.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА С ЭТАЦИЗИНОМ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

КУЧКАРОВ Х.Ш., ЗАКИРОВ Н.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучение клинической эффективности отечественного антиаритмического препарата I C класса Аксаритмина при длительном применении у больных с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) в сравнение с этацизином.

**Материал и методы** исследования: В исследование включены 80 больных в возрасте 20–78 лет (средний возраст 53,9±14,7 лет) с желудочковой экстрасистолией, не имеющие выраженные структурные изменения в миокарде и давшие письменное информированное согласие на включение в исследования. Критерии включения в исследование: симптомная ЖЭ II-IVb градаций по Lown-Wolf. Всем пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), в том числе с острой лекарственной пробой, эхокардиография (ЭхоКГ), Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), УЗИ печени и почек, биохимический анализ крови. Пациенты были разделены на две группы: 1-группа (n=50) принимающие аксаритмин и 2-группа (n=30) принимающие этацизин. Согласно протоколу исследования стартовая доза аксаритмина была 75 мг/с, с возможным увеличением дозы до 100 мг/с и более, стартовая доза этацизина была 150 мг/с, с возможным увеличением дозы до 200 мг/с и более. Антиаритмическая эффективность (ААЭ) препаратов

оценивалась на 4–5 день приёма, а также через 1, 6 и 12 месяцев от начала его приема на фоне базисной терапии основного заболевания с помощью ХМЭКГ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Biostat. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования:** Сравнительный анализ ААЭ препаратов проведенный на 4–5 день показал, что в дозе 75 мг/сут аксаритмин оказал ААЭ у 41 (82%) из 50 больных, из них у 18 (36%) больных подавление желудочковой эктопической активности аксаритмином было полным. Суммарный эффект аксаритмина при ЖЭ в дозе 75–112,5 мг/сут составлял 88%. Во 2-группе, из 30 пациентов, которые изначально были включены в исследование принимали этацизин в дозе 150 мг/сут, ААЭ препарата наблюдалась у 25 (83,3%) больных. При этом у 12 (40%) больных подавление желудочковой эктопической активности этацизином было полным. Суммарный эффект этацизина при ЖЭ в дозе 150–225 мг/сут на 4–5 сутки составлял 90%. В динамике 1 – месяц в группе аксаритмина (n=45) у 37 (82,2%) больных отмечалась положительная ААЭ, в т.ч. в 32 (71,1%) случаях выраженная ААЭ. В то же время в группе этацизина (n=30) у 25 (83,3%) больных препарат оказал положительную ААЭ, в т.ч.





в 22 (73,3%) случаях она оказалась выраженной. На следующем этапе (6 месяцев) в группе аксаритмина положительная ААЭ наблюдалось (сохранялась) у 35 (77,8%) больных, в т.ч. в 30 (66,7%) случаях выраженная ААЭ. В группе этацизина у 23 пациентов (76,7%) отмечалось положительная ААЭ, в т.ч. 21 (70%) выраженная. По истечению года также наблюдаются схожие данные по ААЭ в обеих группах. Положительная ААЭ отмечалась в 34 (75,6%) случаев(ях) (в т.ч. в 66,7% случаев выраженная) в 1-группе и в 23 (76,7%) случаев(ях) (в т.ч. в 66,7% случаев выраженная) в 2-группе.

**Выводы:** 1. При курсовом приёме аксаритмина в дозе 75–125 мг/сут оказывает сопоставимый положительный ААЭ (>50%) с этацизином в дозе 150–225 мг/сут при желудочковой экстрасистолии (88% против 90% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

2. При длительном применении ААЭ аксаритмина и этацизина уменьшалось, что связано с обострением основного заболевания, а также возможно с «эффектом ускользания», но всё ещё оставалась достаточно высокой (1-месяц: 82,2% и 83,3%, 6-месяц: 77,8% и 76,7%, 12-месяц: 75,6% и 76,7% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

## РОЛЬ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ОСЛОЖНЕННЫМИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ БЛОКАДАМИ

*МУМИНОВ С.Ж., ЖАЛИЛОВ А.О., АБДУЛЛАЕВ А.Х., ЮСУПОВ М.К.*

*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Наманган, Узбекистан*

**Цель:** Изучение эффективности имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) у больных с нарушениями проводимости ритма сердца с осложненными атриовентрикулярными блокадами.

**Материалы и методы:** При исследовании было выбрано 152 больных, которые пролечены в НФ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи и в Наманганском филиале Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, с нарушениями проводимости ритма сердца с осложненными атриовентрикулярными блокадами (АВ) II-III степени, изучалась динамика АВ-проведения, уточнялись сроки и показания для имплантации ЭКС. Из них 88 (57,6%) составили мужчины, 64 (42,4%) женщины. Средний возраст больных  $62,67 \pm 10,68$  лет (32–85 лет). Всем больным имплантированы электрокардиостимуляторы в «DDD» режиме.

**Результаты:** У 35 больного (23,1%) на электрокардиограмме (ЭКГ) был ишемия миокарда по

передней стенки и у 117 (76,9%) – по задней. У 93 больных (61,5%) диагностирован синдром Морганьи-Адамса-Стокса (МАС). 29 больным (19%) установлен временный трансвенозный ЭКС до решения имплантации постоянной ЭКС. Учитывая стойкость АВ-блокады, наличие синдрома МАС и состояние больного 25 больным (86,2%) в сроки от 3 до 7 суток от начала клиники болезни были имплантированы постоянные ЭКС. У 4 (13,8%) больных ритм восстановился.

У 3 (2%) больных после имплантации постоянного ЭКС в стационаре возникла острая нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Средний возраст которых составил  $82 \pm 6$  лет.

**Заключение:** Ранее имплантация ЭКС при полной АВ-блокаде имеет наибольшее эффективность при лечении таких больных. При переходящих АВ-блокадах II степени, осложнивший течение инфаркта миокарда, имплантация ЭКС является профилактической.

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

*РАСУЛОВ А.Ш., КЕВОРКОВ А.Г.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** изучить взаимосвязь вариабельности ритма сердца в зависимости от локализации острого инфаркта миокарда у больных с многососудистым поражением коронарного русла.

**Материалы и методы:** В исследование включено 103 больных перенесших ОИМ с зубцом Q (40-сутки и более) и имеющих многососудистое поражение коронарных артерий по результатам

селективной коронарографии (КАГ). Критериями исключения были больные с отсутствием устойчивого синусового ритма, нарушением синоаурикулярной или атриовентрикулярной проводимости, отсутствием в анамнезе перенесенного ИМ, гипертермией, наличием заболеваний, существенно изменяющих ВРС (сахарный диабет, гипо- или гипертиреоз, алкоголизм, тяжелая дыхательная, почечная или печеночная недостаточность, онкологические заболевания и другие). Всем пациентам до КАГ и последующей реваскуляризации проводились следующие лабораторные-инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, электролиты, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), УЗИ БЦА, R-графия или МСКТ органов грудной клетки, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и КАГ. По результатам ЭКГ и ЭхоКГ пациенты разделены на 2 группы: 1-группа: 56 больные (49 мужчин и 7 женщин, средний возраст – 60,17±7,73 лет) с ИМ передней стенки левого желудочка (ЛЖ) (передне-перегородочный, передне-боковой, передне-распространенный); 2-группа: 47 больные (37 мужчин и 10 женщин, средний возраст – 60,37±7,36 лет) с ИМ задней стенки ЛЖ. Все больные получали стандартную терапии, а также амиодарон (при необходимости у больных с желудочковыми аритмиями). Анализ ВРС проводился с использованием методов временной (Time Domain Methods) и частотной области (Frequency Domain Methods).

**Результаты:** При изучении данных выявлено что, в 1-группе у 48 (85,7%) больных в анамнезе имелся один ИМ, у 8 (14,3%) больных два ИМ, в то время как во 2-группе у 39 (82,9%) больных на-

блюдался один, у 6 (12,8%) пациентов два ИМ, у 2 (4,3%) пациента три ИМ. 9 (16,1%) больных из 1-группы и 4 (8,5%) больных имели осложнения ИМ в виде аневризмы ЛЖ. Анализ почечной функции показал, что в 1-группе средний уровень креатинина в крови был 115±22 мкмоль/л, во 2-группе 117±20 мкмоль/л. Размеры и толщина ЛЖ в обеих группах были примерно одинаковы и составили КДР 5,3±0,6 см и 5,1±0,6 см, тМЖП 1,1±0,2 см и 1,1±0,3 см, тЗСЛЖ 1,0±0,1 см и 1,0±0,2 см соответственно. При этом имелась некоторое различие в систолической функции ЛЖ: ФВ в 1 – и 2 – группах была 50,9±9,1% и 55,5±9,3% соответственно. Анализ основных показателей ВРС продемонстрировал следующее: SDNN 37,6±10,7 и 44,1±16,6 (p=0,05); rMSSD 22,1±15,3 и 23,5±8,8 (p<0,05); pNN50 5,2±8,6 и 5,1±4,9 (p<0,05); LF 354,9±260,9 ms<sup>2</sup> и 570,5±452,1 ms<sup>2</sup> (p>0,05); HF 203,1±194,4 ms<sup>2</sup> и 234,7±219,4 ms<sup>2</sup> (p<0,05); LF/HF 3,1±1,8 и 3,4±1,7 (p<0,05) в 1 – и 2 – группах соответственно.

**Выводы:** Предварительные результаты показали, что у больных с ИМ передней стенки (1-группа) ФВЛЖ была ниже чем у больных с ИМ задней стенки (2-группа) ЛЖ (50,9±9,1% и 55,5±9,3% соответственно), что в свою очередь выражалась и в более низких показателях SDNN у пациентов 1-группы по сравнению со 2-группы (37,6±10,7 и 44,1±16,6 соответственно).

Показатели состояния парасимпатической нервной системы были выше у больных 2-группы (ИМ задней стенки) чем 1-группы (rMSSD 22,1±15,3 и 44,1±16,6 и HF 203,1±194,4 ms<sup>2</sup> и 234,7±219,4 ms<sup>2</sup> соответственно). Стоит отметить, что и показатели симпатической нервной системы также были выше у пациентов 2-группы (LF 354,9±260,9 ms<sup>2</sup> и 570,5±452,1 ms<sup>2</sup> соответственно).

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ ПРИ ЭЛЕКТРОМОСТИМУЛЯЦИИ РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ (экспериментальное исследование)

САДЫКОВА Г.А., РАХИМОВА Д.А., ЗАЛЯЛОВА З.С.

*ГУ. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент. Узбекистан Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель** изучить морфологию ткани сердца при экспериментальном хроническом гнойном воспалении лёгких (э-ХВЛ) при электромоностимуляции респираторных мышц импульсными токами.

**Материал и методы:** Обследованы 28 беспородных белых крыс-самцов весом 180–200 г. Исследуемые разделены на 2 группы. В первой группе обследованы здоровые крысы (10). Во второй группе (18) крысы с моделью э-ХВЛ. Модель воспроизводилась по методике Батыровой З.Б., и Шамирзаева Н.Х., путём длительного механического внутри-трахео-бронхиального раздражения дыхательных путей. Кусочки

сердца и легочной ткани, взятые после забоя, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Парафиновые гистологические срезы толщиной 5–6 мк окрашивали гематоксилин эозином. Микроскопия препарата проводилась под светооптическим микроскопом XS-213 и микроскопом фирмы Leica.

На 45 сутки от начала опыта крысам с э-ХВЛ проведена электромоностимуляция респираторных мышц импульсными токами с помощью аппарата «Стимул-1» в постоянном и переменном режимах. На предварительно обработанную поверхность кожи у э-ХВЛ по средней подмышечной линии билате-



рально на уровне 7–8 ребер укреплялись с прокладками электроды размером 1,5x1,3 см. Сила тока 0,1 мА/см<sup>2</sup>, частота 2,5–5,0 мс. По 5 мин, е/д, № 9 процедур.

**Результаты исследования:** Морфологическая картина сердца у крыс в контрольной группе животных характеризовалась невыраженной гиперемией ткани. У крыс с э-ХВЛ в сердце по сравнению с контрольной группой животных наблюдалось дистрофическое набухание и очаговое разволокнение кардиомиоцитов, неравномерный межочечный отёк, гипертрофия стенок артериол, полнокровие, местами паретическое расширение капилляров со стазом эритроцитов в просветах с проявлениями нарушений кровообращения в виде очаговых кровоизлияний в миокард и эпикард.

В опытной группе после курса лечения аппаратом «Стимул-1», выявлены по сравнению с контрольной более выраженные дистрофические и некробиотические процессы в миокарде. Эти процессы были в виде неравномерности окраски миокарда, выраженном межочечном отёке на фоне

неравномерного полнокровия капилляров со стазом эритроцитов в просветах, очаговым паравазальным эритродиапедезом, гипертрофией стенок артериол. Сами кардиомиоциты были в состоянии белковой дистрофии, дистрофического набухания с очаговой вакуолизацией, очаговым глыбчатым распадом и разволокнением кардиомиоцитов. В строме определялась очаговая полиморфноклеточная инфильтрация и единичные очаговые некрозы кардиомиоцитов.

**Вывод:** Таким образом, длительное механическое раздражение бронхов вызывает наряду с хроническим гнойным воспалением лёгких морфологические изменения в ткани сердца свидетельствующие о включении в воспалительный процесс при э-ХВЛ наряду с лёгочной тканью и ткани сердца с клеточными сдвигами в них. Электроионостимуляция импульсными токами в указанной дозировке вызывают нарушение кровообращения в виде очаговых кровоизлияний в миокард и эпикард.

## АЛТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТРОРАГИЯХ

*САЛОХИДДИНОВ Ш.Н., ЖАЛИЛОВ А.О., АБДУЛЛАЕВ А.Х., ЮСУПОВ М.К., КАМОЛИДИНОВ Б.З.*

*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Наманган, Узбекистан*

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – высокотехнологичное, малоинвазивное, органосохраняющая операция, отвечает современным тенденциям в лечении миомы матки.

**Цель исследования:** оценить эффективность ЭМА в лечении больных с миомой матки, в том числе среди пациенток высокого хирургического риска.

**Материал и методы исследования:** Внутрисосудистая окклюзия маточных артерий выполнена 187 больным с фибромиомой матки осложненной метроррагией в возрасте от 28 до 56 лет. Перед операцией проводилось полное клиническое и гинекологическое обследование. Постгеморрагической железодефицитной анемией страдали 142 больных с миомой. Быстрый рост узлов – у 17 пациенток. Во всех случаях на выбор ЭМА в качестве основного метода лечения повлияло стойкое желание пациенток сохранить орган, а в 25 – возможность сохранения репродуктивной функции. Срок наблюдения больных в постэмболизационном периоде составил от 6 до 12 месяцев. Эмболизации были подвергнуты больные с различными формами расположения узлов. Диаметр миом по данным УЗИ составил от 2,5 до 12 см. Размеры матки соответствовали ее величине при 12 нед. Сопутствующая экстрагенитальная патология была у 79 женщин.

**Результаты исследования:** В послеоперационном периоде во всех случаях развивался постэмболизационный синдром у 43 больных легкой степени, у 107 средней степени, у 47 тяжелой. Срок пребывания пациенток в стационаре в 85% случаев составил 3–4 дня, в 15% – до 6–7 койко-дней. У одной пациентки наблюдалось повторное кровотечение после ЭМА в течение 1 месяца.

Билатеральная селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнена всем 187 больным. В качестве окклюдизирующих агентов использованы частицы поливинилового спирта (ПВС) диаметром 500–700 мк.

Клинический эффект был достигнут в 184 случаях в сроке 1 года (98,4%). В 17 случаях после операции ЭМА наступила беременность. Диаметр миом через 3–6 месяцев составил 0,5 до 6 см. У 172 женщин полностью исчезли или значительно уменьшились клинические симптомы миомы матки.

**Выводы:** Таким образом ЭМА зарекомендовала себя как безопасный и эффективный метод лечения миомы матки, являясь полноценной малоинвазивной и органосохраняющей альтернативой хирургическому лечению миомы матки.

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

КЕВОРКОВ А.Г., РАСУЛОВ А.Ш., КУЧКАРОВ Х.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

**Цель:** изучить взаимосвязь вариабельности ритма сердца в зависимости от локализации острого инфаркта миокарда у больных с многососудистым поражением коронарного русла.

**Материалы и методы:** В исследование включено 103 больных перенесших ОИМ с зубцом Q (40-сутки и более) и имеющих многососудистое поражение коронарных артерий по результатам селективной коронарографии (КАГ). Критериями исключения были больные с отсутствием устойчивого синусового ритма, нарушением синоаурикулярной или атриовентрикулярной проводимости, отсутствием в анамнезе перенесенного ИМ, гипертермией, наличием заболеваний, существенно изменяющих ВРС (сахарный диабет, гипо – или гипертиреоз, алкоголизм, тяжелая дыхательная, почечная или печеночная недостаточность, онкологические заболевания и другие). Всем пациентам до КАГ и последующей реваскуляризации проводились следующие лабораторные – инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, электролиты, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), УЗИ БЦА, R-графия или МСКТ органов грудной клетки, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и КАГ. По результатам ЭКГ и ЭхоКГ пациенты разделены на 2 группы: 1-группа: 56 больные (49 мужчин и 7 женщин, средний возраст –  $60,17 \pm 7,73$  лет) с ИМ передней стенки левого желудочка (ЛЖ) (передне-перегородочный, передне-боковой, передне-распространенный); 2-группа: 47 больные (37 мужчин и 10 женщин, средний возраст –  $60,37 \pm 7,36$  лет) с ИМ задней стенки ЛЖ. Все больные получали стандартную терапии, а также амиодарон (при необходимости у больных с желудочковыми аритмиями). Анализ ВРС проводился с использованием методов временной (Time Domain Methods) и частотной области (Frequency

Domain Methods). Результаты: При изучении данных выявлено что, в 1-группе у 48 (85,7%) больных в анамнезе имелся один ИМ, у 8 (14,3%) больных два ИМ, в то время как во 2-группе у 39 (82,9%) больных наблюдался один, у 6 (12,8%) пациентов два ИМ, у 2 (4,3%) пациента три ИМ. 9 (16,1%) больных из 1-группы и 4 (8,5%) больных имели осложнения ИМ в виде аневризмы ЛЖ. Анализ почечной функции показал, что в 1-группе средний уровень креатинина в крови был  $115 \pm 22$  мкмоль/л, во 2-группе  $117 \pm 20$  мкмоль/л. Размеры и толщина ЛЖ в обеих группах были примерно одинаковы и составили КДР  $5,3 \pm 0,6$  см и  $5,1 \pm 0,6$  см, тМЖП  $1,1 \pm 0,2$  см и  $1,1 \pm 0,3$  см, тЗСЛЖ  $1,0 \pm 0,1$  см и  $1,0 \pm 0,2$  см соответственно. При этом имелась некоторое различие в систолической функции ЛЖ: ФВ в 1 – и 2 – группах была  $50,9 \pm 9,1\%$  и  $55,5 \pm 9,3\%$  соответственно. Анализ основных показателей ВРС продемонстрировал следующее: SDNN  $37,6 \pm 10,7$  и  $44,1 \pm 16,6$  ( $p=0,05$ ); rMSSD  $22,1 \pm 15,3$  и  $23,5 \pm 8,8$  ( $p<0,05$ ); pNN50  $5,2 \pm 8,6$  и  $5,1 \pm 4,9$  ( $p<0,05$ ); LF  $354,9 \pm 260,9$  ms<sup>2</sup> и  $570,5 \pm 452,1$  ms<sup>2</sup> ( $P>0,05$ ); HF  $203,1 \pm 194,4$  ms<sup>2</sup> и  $234,7 \pm 219,4$  ms<sup>2</sup> ( $p<0,05$ ); LF/HF  $3,1 \pm 1,8$  и  $3,4 \pm 1,7$  ( $p<0,05$ ) в 1 – и 2 – группах соответственно.

**Выводы:** Предварительные результаты показали, что у больных с ИМ передней стенки (1 – группа) ФВЛЖ была ниже чем у больных с ИМ задней стенки (2-группа) ЛЖ ( $50,9 \pm 9,1\%$  и  $55,5 \pm 9,3\%$  соответственно), что в свою очередь выражалась и в более низких показателях SDNN у пациентов 1-группы по сравнению со 2-группы ( $37,6 \pm 10,7$  и  $44,1 \pm 16,6$  соответственно).

Показатели состояния парасимпатической нервной системы были выше у больных 2-группы (ИМ задней стенки) чем 1-группы (rMSSD  $22,1 \pm 15,3$  и  $44,1 \pm 16,6$  и HF





## КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН

МАЦКЕВИЧ С.А.<sup>1</sup>, БЕЛЬСКАЯ М.И.<sup>2</sup><sup>1</sup>ГУО Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск,<sup>2</sup>ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь

**Цель работы:** оценить влияние тревожно-депрессивных переживаний (ТДП) на качество жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы исследования:** Обследовано 132 пациента с ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза (давность перенесенного с зубцом Q инфаркта миокарда составила  $4,06 \pm 3,27$  года). Средний возраст  $60,75 \pm 7,31$  года. Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей патологией, чтобы не утяжелять психоэмоциональный фон. Признаки ХСН ФК II (фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ)  $52,1 \pm 5,11\%$ ) определялись у 56,8% пациентов, признаки ХСН ФК III (ФВЛЖ  $47,2 \pm 6,61\%$ ) – у 43,2% пациентов. Оценка наличия и выраженности ТДП проводилась с использованием шкалы тревоги и депрессии HADS. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D. Качество жизни (КЖ), определяемое в баллах определялось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFQ)».

**Результаты:** В результате психологического тестирования (опросник CES-D) установлено, что 25% пациентов имеют признаки депрессии: в 21,2% случаев выявлены признаки легкой депрессии, в 3,8% случаев – средней тяжести. Выраженность депрессивных переживаний оценили с помощью опросника HADS, в совокупности с тревожными переживаниями. **Результаты** тестирования (шкала HADS) показали, что ТДП выявлены у 45,5% пациентов. Признаки тревоги определялись в 24,3% случаев, признаки депрессии – в 21,2% случаев. Признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 4,3% и 5,7% пациентов соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 16,9% и 18,6% пациентов соответственно. КЖ у пациентов с ТДП в 1,5 раза

хуже, чем у пациентов без ТДП. Также получено, что 10,6% пациентов страдают как депрессией, так и тревогой, КЖ в этой группе в 1,6 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности. Выявлены взаимосвязи между КЖ и уровнями депрессии ( $r=0,45$ ,  $p<0,001$ ) и тревоги ( $r=0,59$ ,  $p<0,001$ ). Отмечалась достоверная разница уровня ТДП в зависимости от ФК ХСН ( $p<0,01$ ). Так, в группе пациентов с ХСН ФК II ТДП (шкала HADS) выявлены у 30,6% пациентов. КЖ у пациентов с ТДП в 1,3 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Признаки изолированной депрессии и тревоги определялись в 4% и 26,6% случаев соответственно. Выявлено также, что 9,3% пациентов страдают и тревогой и депрессией, КЖ в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ( $p<0,01$ ). При ХСН ФК III ТДП (шкала HADS) выявлены у 70,2% пациентов. Признаки депрессии и тревоги определялись в 47,4% и 22,8% случаев соответственно. КЖ у пациентов с ТДП в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХСН ФК III превышает нормальные значения по шкале HADS в 1,4 и 1,7 раза соответственно. В этой группе выявлена зависимость между КЖ и уровнями депрессии ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ) и тревоги ( $r=0,57$ ,  $p<0,001$ ). У 12,2% пациентов выявлены признаки и тревоги и депрессии, КЖ в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ( $p<0,01$ ).

**Заключение:** Согласно результатам исследования тревожно-депрессивные переживания у пациентов с ХСН выявляются в 45,5% случаев. Качество жизни пациентов с ХСН значительно ухудшается при наличии тревоги и/или депрессии, причем при сочетании тревоги и депрессии это ухудшение наиболее выражено. По мере прогрессирования сердечной недостаточности нарастает тревожно-депрессивная симптоматика.



## STUDY OF THE LEVEL OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION IN SHYMKENT USING THE HADS SCALE

OSPANBEK A. K., KAUIZBAY ZH.A, SEIDAKHMETOVA A. A.

*South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan*

**Objective:** Determination of the level of psychoemotional disorders in patients with myocardial infarction using the HADS scale.

**Materials and methods.** At the Shymkent heart center of JSC, 64 patients with a myocardial infarction (age  $54.6 \pm 10.5$  years) aged 46–65 years who were affected by a myocardial infarction for 3 weeks (age  $54.6 \pm 10.5$  years) were selected, methods of interview and general clinical research were conducted and patients were selected according to the specified criteria. Before the start of the study, the course of the study was explained in a language accessible to all patients, the nature of the procedures carried out, and after familiarizing the patients with the course of the study, they signed an informed agreement. Physical rehabilitation of patients was carried out according to the methodology of individual physical exercises, which form a complex of basic exercises with a mode of movement of the VII stage, special for the stages of each disease degree for patients who have experienced a myocardial infarction (Aronov D.M., Bubnova M.H., Pogosova G.V). Patients completed a questionnaire for depression and anxiety HADS to determine their mental status 2–4 days after hospitalization.

When interpreting the data of the HADS survey, taking into account the indicators of all scales, the results of the study are divided into 3 indicators: 0–7 points – the norm; 8–10 points – subclinically expressed anxiety/depression; 11 points or higher – clinically pronounced anxiety / depression. The hospital Anxiety and Depression scale HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A. S., Snaith R. P.) is designed for the primary detection of depression and anxiety in general medical practice. Four possible answers correspond to each statement of the HADS scale. The HADS scale for determining the level of anxiety and depression does not cause difficulties for the patient and does not require a long time to fill in and interpret the results. Also, patients with pronounced anxiety and depressive disorders that require the

supervision of a psychiatrist were not included in the study.

**Results.** Results of the HADS survey of depression and anxiety, which determines the mental status of patients ( $M \pm S$ ) «depression scale» (absolute number of patients by %): normal indicator (0–7 points) was found in 27 (42.18%) patients; clinically pronounced depression ( $HADS > 8$ ) was found in 26 (40.62%) patients, high degree depression ( $HADS > 11$ ) was found in 11 (17.18%) patients.

The «anxiety» scale was based (on the absolute number of patients by %), normal (0–7 points) was found in 26 (40.62%) patients, clinically pronounced anxiety ( $HADS > 8$ ) was found in 28 (43.75%) patients, and high degree anxiety ( $HADS > 11$ ) was found in 12 (18.75%) patients.

In the course of the interview, it was found that the most disturbing feelings of anxiety in patients with psychoemotional disorders are: angina attacks, decreased physical activity, the result of the disease, concern for the well-being of the family, work, self – Health, general weakness, a feeling of constant fatigue, irritability, sleep disorders, the development of repeated myocardial infarction and fear of sudden death.

**Conclusions.** As a result of psychological testing on the HADS scale, symptoms of clinically pronounced depression were detected in 40.62% of all patients due to the disease, and high – grade depression was detected in 17.18%. And on the anxiety scale, normal indicator symptoms were found in 26 (40.62%) patients. The level of stress and anxiety that determines the pathological response of patients to the disease can provide sufficient data on the state of health of patients during rehabilitation. In turn, it was found that the depressive state of the patient negatively affects the clinical course of the disease, the overall quality of life of patients, their predisposition to treatment and compliance with medical recommendations. All this creates the need for timely detection and timely treatment of psychoemotional disorders in patients.



## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ Б.А., ТИЛЛОЕВА Ш.Ш., САБИРЖАНОВА З.Т., БОКИЕВА Ч. Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Терапии и медицинской реабилитации». ТашПМИ. Узбекистан, Ташкент.  
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

**Цель:** Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной COVID-19.

**Материал и методы:** Клинико-психологическое обследование проведено у 26 больных с ХОБЛ III-IV степенями после перенесенной COVID-19. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили доплерэхокардиографическое исследование по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

**Результаты:** У 80% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности после перенесенной COVID-19. В корреляционном анализе психологических факторов с вариабельностью ритма сердца прослеживается ухудшение этих показателей с нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛГ сред-

няя частота сердечных сокращений увеличилась с  $85,1 \pm 0,9$  ударов в минуту до  $94,5 \pm 0,8$  удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных с после перенесенной COVID-19 наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатическое влияние на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ХОБЛ III-степенями после перенесенной COVID-19 с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7% ( $p < 0,01$ ), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:** У больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной COVID-19 по мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. У всех больных подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятным, это необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий после перенесенной covid-19.

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

УСМАНОВА Н.А АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., САЛИМОВА Н.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** Изучить тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во взаимосвязи с показателями фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и продолжительности заболевания.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 72 пациента ХСН с давностью от 2 до 15 лет с различной ФВЛЖ в возрасте от 34 до 86 лет (средний возраст  $66,7 \pm 7,07$  года), мужчин – 40 (55,6%), женщин – 32 (44,4%). По данным эхокардиографии признаки ХСН с сохранной ФВЛЖ – ФВ с среднем  $61,1 \pm 9,2\%$  определялись у 32 (44,4%) пациентов, признаки ХСН с промежуточной ФВЛЖ – ФВ

с среднем  $46,0 \pm 2,7\%$  – у 14 (19,4%), признаки ХСН с низкой ФВЛЖ – ФВ с среднем  $28,9 \pm 7,3\%$  – у 26 (36,2%). Психоземональные расстройства оценивались по результатам беседы-интервью с обсуждением заранее намеченных вопросов. Верификация и дополнение их осуществлялась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

**Результаты.** В процессе тестирования по шкале HADS, психопатологические расстройства в виде ТДР легкой и выраженной степени выявлены у большинства обследованных 69,5% ( $n=50$ ) больных ХСН. При этом в целом по группе: тревога превалировала у 12 (24%) больных, депрессия

– у 7(14%), равная представленность тревоги и депрессии имела место 31(62%) больного. Анализ результатов по подгруппам больных в зависимости от показателей ФВЛЖ и длительность заболевания показал, что среди пациентов ХСН с сохранной ФВЛЖ и относительно невысоким стажем ХСН (до 3 лет) преобладали ТДР (44%) или тревога (20%) легкой (субклинической) степени. У больных ХСН со сниженной ФВЛЖ и анамнезом ХСН более 3 лет чаще диагностировались преимущественно депрессивные расстройства (86%) выраженной степени.

В случае ХСН с промежуточной ФВ выявлены ТДР (14%) как легкой так и выраженной степени независимо от давности заболевания.

**Заключение:** Таким образом по мере снижения ФВЛЖ и роста стажа заболевания психоэмоциональные расстройства прогрессировали от преимущественно тревожных расстройств (при сохранной ФВЛЖ), через присоединения депрессии и формирования тревожно депрессивных расстройств до явного преобладания депрессивного компонента (при сниженной ФВЛЖ).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХСН

УСМАНОВА Н.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., САЛИМОВА Н.Р., ГУЛЯМОВ Х.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования:** Определить влияние психологических расстройств, морфофункциональных параметров сердца, качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во взаимосвязи со значениями фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ)

**Материал и методы:** Обследовано 120 пациентов (76 мужчин и 44 женщин средний возраст  $60,5 \pm 14,5$  лет, средняя давность ХСН  $6,0 \pm 3,2$  года). По данным эхокардиографии признаки ХСН с сохранной ФВЛЖ – ФВ с средним  $61,1 \pm 9,2\%$  определялись у 53 (44,2%) пациентов, признаки ХСН с промежуточной ФВЛЖ – ФВ с средним  $46,0 \pm 2,7\%$  – у 24 (20%), признаки ХСН с низкой ФВЛЖ – ФВ с средним  $28,9 \pm 7,3\%$  – у 43 (35,8%). Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

**Результаты:** Согласно результатам психологического тестирования по шкале HADS, признаки психоэмоциональных изменений выявлены у 92 па-

циентов (76,7%) с ХСН различной ФВЛЖ. Из них пациенты с сохранной ФВЛЖ составили 37 (35%) пациентов, с промежуточной ФВЛЖ – 18(20%) пациентов, с низкой ФВЛЖ 37(35,0%) пациентов. Признаки смешанных тревожных и депрессивных переживаний определялись у 64% случаев, изолированной депрессии – в 22,0% и изолированной тревоги – в 14%. Причем, признаки клинически выраженных смешанных тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) определялись у больных с сохранной и промежуточной ФВ, признаки изолированной депрессии – у пациентов с низкой ФВ. При корреляционном анализе ЭХОКГ в группе обследованных больных выявлена прямая связь между суммой баллов по шкале HADS и показателями ММЛЖ и ИММЛЖ, а также обратная связь с ФВЛЖ ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ). **Заключение:** Таким образом, у пациентов с ХСН прослеживается достоверная взаимосвязь между характером психологических расстройств и морфофункциональными параметрами сердца (значениями ФВЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ).





## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

УСМАНОВА Н.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., САЛИМОВА Н.Р., БЕКБУЛАТОВА Р.Ш.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.  
г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования:** Определить влияние психологических расстройств во взаимосвязи с показателями качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой ФВЛЖ.

**Материал и методы:** Обследовано 67 пациентов (средний возраст  $60,5 \pm 14,5$  лет, средняя давность ХСН  $6,0 \pm 3,2$  года). ХСН с промежуточной ФВЛЖ ( $46,0 \pm 2,7\%$ ) – у 24 (35,8%), с низкой ФВЛЖ ( $28,9 \pm 7,3\%$ ) – у 43 (64,2%). Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Качество жизни (КЖ), оценивалось с помощью «Миннесотского опросника КЖ пациентов с ХСН (MLHFQ)» в баллах.

**Результаты:** Признаки смешанных тревожных и депрессивных переживаний определялись в 64% случаев, изолированной депрессии – в 22,0% и изолированной тревоги – в 14%. У больных

с психологическими расстройствами тревожно-депрессивного круга показатели качества жизни оказались в среднем в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. По данным Миннесотского опросника самое плохое качество жизни выявлено у пациентов ХСН с низкой ФВ и изолированной депрессией (82 балл), относительно лучшее качество жизни у пациентов ХСН с сохранной ФВ+ изолированной тревогой (48 баллов). **Результаты** корреляционного анализа в этом направлении выявили достоверно значимые взаимосвязи между ФВЛЖ и уровнем выраженности депрессии, тревоги и уровнем смешанных ТДР ( $\rho = 1.000$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:** Таким образом, определена достоверная взаимосвязь между наличием, характером и степенью тяжести психологических расстройств тревожно-депрессивного круга и качеством жизни пациентов с ХСН и низкой ФВЛЖ.

## ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

### СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

А.Л. АЛЯВИ, Д.А.РАХИМОВА, КОРАКУЛОВА З.Т., ТИЛЛОЕВА Ш.Ш., САБИРЖАНОВА З.Т.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации. ТашПМИ. Узбекистан, Ташкент  
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, Бухара*

**Цель исследования.** Изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной COVID-19, осложненной легочной гипертензией (ЛГ), и оценка влияния на выше указанные показатели комплексной терапии.

**Материалы и методы.** Обследовано 18 больных с БА (1-я группа) и 14 больных с ХОБЛ (2-я группа), осложненной легочной гипертензией после перенесенной COVID-19. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. > 25 мм.рт.ст.). На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки небиволол в дозе 2,5–5 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD 2016, GINA 2011) и электрофорез с бишофитом (ЭБ). Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. (1985).

**Результаты и обсуждение.** До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СmNO. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой группой подобная гиперпродукция была меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшение отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных обеих групп было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

В результате исследования подтвержден вазодилатирующий эффект бишофита и небиволола, что проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца, в 1 и 2 группах соответственно на 1,5 и 1,05 раз ( $p < 0,05$ ).

При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 8,3%, так и во 2-й группе на 7,8% и увеличивается отношение раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,09 и 1,07 раз ( $p < 0,05$ ). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 5,1% в 1-й группе, на 9,3 и 4,3% во 2-й группе.

**Выводы.** Препараты группы высокоселективных  $\beta_1$ -адреноблокаторов – небиволол и природный препарат бишофит уменьшают эндотелиальную дисфункцию, ремоделирование легочных сосудов и улучшают функцию правого сердца, увеличивают степень эндотелийзависимой вазодилатации и достоверное снижение систолического артериального давления в легочной артерии, это обозначает, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий после перенесенной COVID-19.



## ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

*А.Л. АЛЯВИ, А.М.УБАЙДУЛЛАЕВ, Д.А.РАХИМОВА, Г.А.АТАХОДЖАЕВА, Ш.Ш.ТИЛЛОЕВА, Ч.Ш.БОКИЕВА*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Терапии и медицинской реабилитации», ТашиУВ, ТашПМИ Узбекистан, Ташкент. Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.*

**Цель исследования.** Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной COVID-19 осложненной легочной гипертензией в динамике комплексного лечения с аллтромбосепином.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 30 больных с ХОБЛ (возраст  $49,5 \pm 3,3$  лет, стаж заболевания  $14,3 \pm 2,9$  лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 – 12 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2011); 2 – 13 больных ХОБЛ на фоне СТ получали аллтромбосепин (А) в дозе 100 мг в сутки и резонансная терапия (РТ) 3 – 13 больных с ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с РТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

**Результаты исследования.** Результаты исследования установлено, что до лечения

снижения показателей наполнения в раннюю диастолу было связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедлялось снижение внутривентрикулярного наполнения и увеличивалась фракция предсердного наполнения.

При терапии с применением с аллтромбосепин и резонансная терапия у больных с ХОБЛ осложненной легочной гипертензией отмечено достоверное снижение показателей: ВИР на 9,8%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 8,1%, ФПН – на 14%, ЛАДср – на 16%. На фоне проводимой терапии возросло отношение Е/А на 13,2%, ( $p < 0,05$ ).

Аллтромбосепин и резонансная терапия на фоне БТ у больных приводил к снижению показателей: ВИР, соответственно на 6,1%, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 4,2%, ФПН – на 10,1%, ЛАДср – на 9,7% ( $p < 0,05$ ). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 9,1% ( $p < 0,05$ ).

Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

**Выводы.** Установлен вазодилатирующий эффект аллтромбосепин и резонансная терапия, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ (АТ) И СООТНОШЕНИЯ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ К ОБЩЕМУ ВРЕМЕНИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (АТ/ЕТ) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С NORMAL FLOW HIGH GRADIENT

*<sup>1</sup>В.В. БАЗЫЛЕВ, <sup>1</sup>Р.М. БАБУКОВ, <sup>1</sup>Ф.Л. БАРТОШ, <sup>1</sup>А.В. ЛЁВИНА*

*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия.*

**Цель исследования:** 1. Сравнить эхокардиографические показатели АТ, АТ/ЕТ и ЕТ с данными прямой катетеризации сердца и оценить прогностические способности в оценки тяжелого аортального стеноза у пациентов Normal flow High Gradient.

2. Определить пороговые значения для показателей АТ и АТ/ЕТ в прогнозировании тяжёлого аортального стеноза.

**Материалы и методы:** Проспективно собраны данные 75 пациентов, средний возраст  $72 \pm 6$  года, которым планировалась транскатетерная имплантация аортального клапана. Критерии включения: изолированный стеноз аортального клапана с эхокардиографическими характеристиками, соответствующими тяжелому стенозу.

Всем исследуемым перед транскатетерной имплантацией аортального клапана проводили



катетеризацию сердца с измерением показателей, необходимых для оценки тяжести аортального стеноза.

**Результаты:** Анализ линейной регрессии продемонстрировал статистически значимую корреляционную связь между показателями АТ и АТ/ЕТ,  $p < 0,05$ . Кривая RoC-анализа продемонстрировала наибольшую прогностическую способность в оценке тяжести аортального стеноза для показателя АТ/ЕТ, значение площади под кривой AUC 87 ( $P < 0,001$ ), несколько меньшую прогностическую способность для показателя АТ, значение под кривой AUC 0,8 ( $P < 0,001$ ). Чувствительность и специфичность показателя АТ/ЕТ в определении тяжёлого АС, составила

84% и 79% соответственно, для показателя АТ чувствительность 82% и специфичность 46%. Были выявлены пороговые значения для показателя АТ и АТ/ЕТ в определении тяжёлого стеноза АК, 105 мс и 0,35 мс соответственно.

**Заключение:** 1. Эхокардиографические показатели АТ и АТ/ЕТ обладают сильной корреляционной связью с данными катетеризации и высокой предсказательной способностью тяжёлого аортального стеноза у пациентов Normal Flow High Gradient.

2. Пороговые значения показателей АТ – 105 мс и АТ/ЕТ 0,35 мс могут с высокой долей вероятности прогнозировать тяжёлый аортальный стеноз.

## МРТ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИОКАРДИТОМ

ГАЛЬЦОВА О.А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь*

**Введение:** Диагностика миокардита часто затруднена при использовании традиционных методов: эхокардиографическое исследование, рентгенография органов грудной клетки и другие. Магниторезонансное исследование с использованием гадолиния позволяет четко дифференцировать очаги накопления фармпрепарата и поставить правильный диагноз.

**Цель исследования:** Изучить данные МРТ исследования у пациентов с острым миокардитом.

**Материалы и методы:** В исследование включено 35 пациентов с острым миокардитом, которые находились на госпитализации в кардиологических отделениях УЗ «МОКБ». Критерии включения пациентов: острый миокардит, информированное согласие пациента на участие в данном исследовании. Критерии исключения пациентов: выраженное ожирение (III степень), онкологические заболевания, острые и хронические воспалительные заболевания, гемодинамически значимые пороки сердца (врождённые или приобретенные пороки сердца), ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака

в течение года до включения в исследование, почечная, печеночная недостаточность, кардиомиопатия. Для оценки состояния миокарда пациентам проводились: исследование биохимического анализа крови (тропонин, миоглобин, КФК МВ (креатинфосфокиназа МВ фракция), КФК (креатинфосфокиназа); эхокардиография (ЭХОКГ), рентгенография органов грудной клетки (РГК), МРТ с гадолинием при первичном поступлении и через 12 месяцев.

**Результаты:** 1. У пациентов с острым миокардитом при поступлении в стационар статистически значимо чаще определялись: отек миокарда, отсроченное контрастирование миокарда в сравнении с тем же показателем через год после перенесенного заболевания на фоне терапии ( $p < 0,05$ ).

2. Уровни КФК МВ и тропонина статистически значимо не превышали референсные значения у пациентов с острым миокардитом ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:** МРТ сердца с гадолинием позволяет правильно оценить изменения структуры миокарда у пациентов с острым миокардитом.





## ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ

*М.М. ЗУФАРОВ, АБДУЛЛАЕВА М.А., С.А.БАБАДЖАНОВ, В.М. ИМ, Ф.А. ИСКАНДАРОВ*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** Оценка возможностей транссторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) на этапах баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике In-oue у больных со стенозом митрального отверстия (СМО).

**Материал и методы:** В исследование включено 296 больных в возрасте от 15 до 57 лет (32,3±3,7) со СМО II–III степени. У 221 (74,7%) больных был синусовый ритм, а у 75 (25,3%) – фибрилляция предсердий. Показанием к вмешательству служило наличие клинической картины, уменьшение площади митрального отверстия (Смо) до 1,5 см<sup>2</sup> и менее. Противопоказанием к вмешательству служило наличие митральной регургитации II и более степени, а также наличие тромбов в левом предсердии (ЛП).

При выполнении БМВ после проведения баллона в левый желудочек (ЛЖ) и фиксации на уровне МК проводилось последовательное расширение баллона от 24 до 28-30 мм с увеличением диаметра баллона на 1 мм. После каждого этапного баллонного расширения проводился ЭхоКГ контроль площади митрального отверстия, градиента и степени регургитации на МК. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении площади МО более 1,5 см<sup>2</sup> при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

По данным ЭхоКГ у 68 (22,9%) пациентов исходно имелась регургитация до I степени на митральном клапане (МК). В 22 (7,4%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 не-

дель. У 7 (2,4%) пациентов с отеком легких БМВ выполнена в экстренном порядке.

**Результаты:** У всех больных удалось произвести успешную баллонную митральную вальвулопластику. Интраоперационная ЭхоКГ позволила провести контроль результатов вмешательства. По данным интраоперационной ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с 1,1±0,2 см<sup>2</sup> до 2,1±0,9 см<sup>2</sup>. Градиент давления на МК снизился в среднем с 19±2,6 до 7±1,5 мм рт.ст. У 29 (17,1%) пациента появилась регургитация на МК до I степени. У 8 (11,8%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени, последняя увеличилась до II степени, у 1 (1,5%) – до III ст, данный пациент направлен на открытую хирургическую коррекцию порока.

Интраоперационная ЭхоКГ позволила выполнить объективную оценку адекватности вмешательства, включающую измерение площади митрального отверстия, трансмитрального градиента, определения степени регургитации, на основании которых решался вопрос об успешности и моменте завершения операции. Она также позволила нам полностью отказаться от контрастирования полостей сердца и применения рентгенконтрастных препаратов при выполнении БМВ у больных СМО.

**Вывод:** Интраоперационная ЭхоКГ позволяет проводить мониторинг этапов проведения БМВ СМО. Применение интраоперационной ЭхоКГ позволяет своевременно диагностировать возможные осложнения, избежать контрастное исследование полостей сердца на этапах выполнения БМВ.

## ОБЪЕМНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

*ИКРАМОВ А.И.<sup>1,2</sup>, ДЖУРАЕВА Н.М.<sup>2</sup>, МАКСУДОВ М.Ф.<sup>1,2</sup>, ТУРСУНОВА Л.Н.<sup>1</sup>, АБДУХАЛИМОВА Х.В.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,*

*<sup>2</sup>ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** Определить диагностическую значимость объемной динамической МСКТ-коронарографии в выявлении локализации поражения коронарных артерий (КА) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы:** В исследование включены 47 мужчин в возрасте от 56 до 70 лет (средний возраст пациентов составил 61±3,4 года) с ИБС (стабильная стенокардия напряжения

II-III ФК по NYHA). Всем пациентам выполнена МСКТ-коронарография на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquilion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония) с ретроспективной ЭКГ-синхронизацией и последующей мультипланарной реконструкцией полученных изображений. Все измерения и расчеты осуществлялись с помощью программного обеспечения рабочей станции Vitrea.



**Результаты:** При оценке результатов МСКТ-коронарографии в 187 сегментах (40,4%) из 463 были выявлены стенозы КА. При этом в 83 случаях (44,4%) стенозы определялись в правой коронарной артерии (ПКА) и ее ветвях, а в 104 случаях (55,6%) – в левой коронарной артерии (ЛКА) и ее ветвях. В ПКА 17 стенозов (20,5%) из 83 локализовались в проксимальном сегменте, 35 (42,1%) – в среднем сегменте, 22 (26,5%) – в дистальном сегменте и 9 стенозов (10,8%) в задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ) ПКА. В ЛКА 11 стенозов (10,6%) из 104 локализовались в стволе ЛКА, 48 (46,1%) – в

передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), 42 (40,4%) в огибающей ветви (ОВ) и 3 (2,9%) в промежуточной ветви (ПВ). Из 187 выявленных стенозов венечных артерий 102 (54,5%) имели гемодинамически незначимый (ГНС) характер, а 85 стенозов (45,5%) были гемодинамически значимыми (ГЗС).

**Заключение:** Проведение объемной динамической МСКТ-коронарографии помогает выявить локализацию и характер поражения венечных артерий, что является необходимым для определения дальнейшей тактики ведения пациентов с ИБС.

## ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

**МАХМУДОВА Х.Д., АМИРОВА Ш.А.**

*Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан*

**Цель работы:** Изучение электрокардиографических изменений при митральных пороках сердца.

**Методы исследования:** Одним из критериев диагностики пороков сердца является ЭКГ исследование. Нами было обследовано 30 больных в отделении кардиологии 1-ой клиники СамМИ. Из них у 60% (18 человек) наблюдаются недостаточность митрального клапана, а у 40% больных (12 человек) – сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза левого атриоventрикулярного отверстия, которые развились на фоне хронической ревматической болезни сердца.

**Результаты исследования и обсуждение:** Жалобы у больных: на сердцебиение, одышку, колющие боли в области сердца, общую слабость, кашель по ночам, рассеянность. На ЭКГ отмечались: у 17% – неправильный желудочковый ритм, у 14% – синусовая тахикардия, у 7% – полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, также у 7% – непол-

ная блокада левой ножки пучка Гиса, у 3,5% – блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса, у 7% – отклонение электрической оси сердца вправо, у 10% – частые желудочковые экстрасистолы, у 4% – гипертрофия миокарда обоих желудочков и предсердий, у 7% – недостаточность коронарного кровообращения в миокарде желудочков, у 13,5% – гипоксия миокарда, у 10% больных – ишемия миокарда желудочков, диффузные изменения в миокарде желудочков, мерцательные аритмии, тахиаритмии. На ЭКГ также можно найти отражение гипертрофии левого предсердия и левого желудочка: отклонение электрической оси сердца влево, зубцы Р увеличены (P-mitrale). При митральном стенозе также можно увидеть гипертрофию правого желудочка, удлинение интервала Q-T.

**Выводы:** Таким образом, у больных с пороками сердца на ЭКГ чаще всего наблюдались частые желудочковые экстрасистолы и недостаточность коронарного кровообращения в миокарде желудочков.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19

**МУМИНОВ Д.К.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** Оценить возможность определения выраженности фиброза легочной паренхимы с использованием ультразвукового исследования легких (УЗИЛ) у больных COVID-19.

**Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 281 больных, с наличием клинических проявлений постковидного синдрома. В качестве группы сравнения (СГ) было обследовано 20 больных, перенесших COVID-19, у которых инфекция закончилась полным выздоровлением

Ультразвуковое исследование легких (УЗИЛ) проводилось на ультразвуковом сканере, с конвексным датчиком с частотой 3,5МГц. Оценивалось наличие и выраженность инфилтративного поражения легочной паренхимы по 4-х бальной системе: нормальная УЗ картина (А-паттерн) – 0 баллов, единичные В-линии (В-паттерн) – 1 балл, множественные В-линии («белое легкое») – 2 балла, консолидация легочной паренхимы (гепатизация) и воздушные бронхограммы – 3 балла. Мультиплановая компьютерная томография органов



(МСКТ) грудной клетки проводилась на томографе, использующим 128 срезов, по стандартной методике.

**Результаты исследования:** По данным МСКТ у в обеих группах больных, перенесших COVID-19, отмечалось достоверное уменьшение среднего объема поражения легочной паренхимы. Однако в группе сравнения относительная динамика МСКТ была достоверно большей, чем у больных основной группы ( $-51,65 \pm 26,63\%$  против  $-6,51 \pm 16,16\%$ , соответственно,  $p < 0,001$ ). По данным УЗИЛ средний балл потери воздушности легочной паренхимы составил  $14,70 \pm 10,65$  баллов в основной группе и  $7,40 \pm 6,54$  балла в группе сравнения ( $p < 0,001$ ). Чувствительность УЗИЛ у больных с COVID-19 в выявлении изменений легких составила  $95,88\%$  ( $4,22\%$  ложно отрицательных результатов),

специфичность выявления интерстициального поражения легочной паренхимы –  $90,00\%$  ( $10\%$  ложноположительных результатов), диагностическая ценность –  $95,68\%$  (частота совпавшей интерпритации).

**Заключение:** Чувствительность УЗИЛ у больных с COVID-19 (по отношению к МСКТ) при выявлении интерстициальных изменений легочной паренхимы и снижения воздушности легочной ткани составила  $95,88\%$ , специфичность –  $90\%$ , диагностическая ценность –  $95,68\%$ . По выявлению легочного фиброза (относительно новому критерию МСКТ – отсутствию динамики) относительная чувствительность УЗИЛ составила  $87,88\%$ , специфичность –  $76,56\%$ , диагностическая точность –  $85,42\%$ .

## ЭХОКАРДИОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*МУМИНОВ С.Ж., МАЪМУРОВ Б.О., ДАВРАНОВ Э.А., ВАЛИЕВА У.А., МАЛИКОВ К.К.*

*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Наманган, Узбекистан*

**Цель:** выяснить в каких взаимоотношениях находится фракция выброса с другими показателями, характеризующими левый желудочек.

**Материалы и методы:** Под наблюдением было 60 пациентов с ОКС, которые были поделены на 2 группы. Первую группу сформировали 30 человек с фракцией выброса превышающей  $50\%$ . Вторая группа – 30 человек с фракцией выброса менее  $40\%$ . Группы не различались по полу, возрасту и уровню артериального давления. Исследование проведено на аппарате MYLAB X6.

**Результаты:** Ударный объем в группах был примерно одинаков и составлял, в среднем,  $55 (\pm 4,4)$  мл. Также не было достоверных отличий в таких показателях, как минутный объем крови, ударный и сердечный индексы. Однако у лиц со сниженной фракцией выброса оказался достоверно больше конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка. Увеличение КДО происходило,

в основном, за счет поперечных размеров (на базальном уровне  $51,520 (\pm 1,74)$  мм во второй группе и  $44,02 (\pm 1,98)$  мм в первой; на уровне папиллярных мышц  $48,89 (\pm 3,03)$  мм во второй группе и  $35,25 (\pm 1,66)$  мм в первой; на апикальном уровне  $36,07 (\pm 2,65)$  мм во второй группе и  $27,34 (\pm 1,58)$  мм в первой. В то же время продольный размер левого желудочка достоверно не отличался. Кроме того, во второй группе был достоверно больше индекс сферичности ( $0,51 (\pm 0,02)$  – в первой группе,  $0,57 (\pm 0,02)$  во второй) и достоверно меньше интегральный систолический индекс ремоделирования ( $112,60 (\pm 6,80)$  в первой группе,  $72,28 (\pm 4,84)$  во второй).

**Заключение:** Таким образом, снижение величины фракции выброса сочетается с изменением геометрии левого желудочка, и оценивать этот показатель следует только в комплексе с остальными, характеризующими структурные особенности левого желудочка.

## ПОТОК-ЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

ПОГОРЕЛОВА О.А., ТРИПОТЕНЬ М.И., КОКАЕВА И.О., ЖЕРНАКОВА Ю.В., БАЛАХОНОВА Т.В.

НМИЦ кардиологии Минздрава России, Москва, Россия

Дисфункция эндотелия играет ключевую роль в патогенезе новой коронавирусной инфекции COVID-19 и ее осложнений. Цель исследования – оценить вклад ожирения в патогенез эндотелиальной дисфункции после перенесенной инфекции как одного из факторов риска более тяжелого течения COVID-19.

**Материал и методы.** Обследовано 14 пациентов с мягкой и умеренной АГ, 10 м/4 ж в возрасте от 27 до 55 лет в среднем  $44,9 \pm 9,0$  лет, без сахарного диабета, не курящих, 8 из 14 больных имели нарушение липидного обмена. Из них 8 чел. имели ожирение ( $ИМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) и 6 человек – с нормальной массой тела ( $ИМТ \leq 25$  кг/м<sup>2</sup>). Изучение функции эндотелия по параметру поток-зависимой дилатации (ПЗВД) плечевой артерии (ПА) проводили через 1 мес. после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 среднетяжелого течения. Исследование выполняли на ультразвуковой системе PHILIPS IU 22 с линейным датчиком 3–9 МГц. Поток-зависимую дилатацию ПА измеряли как относительное изменение диаметра ПА в пробе с реактивной гиперемией (%) по методу Celermajer D.

**Результаты.** Уровень насыщения крови кислородом составил от 94,0 до 98,4 ( $95,6 \pm 1,3$ )%. Поток-зависимая дилатация в общей группе была снижена и составила от 0,9 до 10,8%, в среднем  $6,3 \pm 3,5\%$  (при норме более 8% по данным лаборатории). У пациентов с ожирением достоверно выше был ИМТ  $34,1 \pm 4,9$  кг/м<sup>2</sup> против  $23,7 \pm 3,0$  кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,003$ ), были выше уровни САД  $139,6 \pm 6,3$  мм рт. ст. против  $129 \pm 13,5$  мм рт. ст. ( $p=нд$ ) и ДАД  $94,1 \pm 10,1$  мм рт. ст. против  $84,7 \pm 10,4$  мм рт. ст. ( $p=нд$ ) по сравнению пациентами с нормальной массой тела. У пациентов с ожирением ПЗВД ПА была ниже с тенденцией к достоверности по сравнению с больными с нормальной массой тела и составила  $4,9 \pm 2,7\%$  и  $6,9 \pm 3,8\%$ , соответственно ( $p=0,07$ ).

**Заключение.** Перенесенная новая коронавирусная инфекция COVID-19 среднетяжелого течения приводит к нарушению функционального состояния эндотелия. Постковидный период характеризуется снижением сосудодвигательной функции эндотелия у больных с АГ, более выраженным у больных с ожирением.

## НАРУШЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С COVID-19: МИОКАРДИТ ИЛИ СИСТЕМНЫЙ ПРОЦЕСС?

ЦОКОЛОВ А.В., ЖДАНОВА Н.В., ШАЙМУХАМЕТОВА Р.Ю., ИЛЬИН И.Б., ЮМАЕВ Р.Х., РОМАНОВА Е.В., МЕЛЬНИКОВ Н.И., ПЕРЕПЕЧАЕВ М.А., ПОПЕЛЬ И.Р.

ФГБУ «1409 ВМКГ» МО РФ, г.Калининград, Россия  
ФГБУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ Калининградской области, г.Калининград, Россия

В настоящее время характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-CoV-2 по большей части остаются неясными. Это относится и к патологии сердечно-сосудистой системы. По данным литературы миокардит и связанная с ним недостаточность кровообращения как причина смерти, может выявляться при COVID-19 в 7–33% случаев.

**Цель исследования:** уточнить частоту и характер повреждения миокарда левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографического исследования с использованием методики спекл-трекинга (оценка продольной деформации миокарда ЛЖ), и ретроспективной оценкой соответствия полученных данных гистологической картине (на примере аутопсий лиц с тяжелым течением COVID-19).

**Материалы и методы исследования:** В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19 и находящихся в периоде реконвалесценции. В зависимости от выявленного объема поражения легких пациенты были разделены на группы КТ (компьютерная томография): КТ-1 (0–25%), КТ-2 (26–50%), КТ-3 (51–75%) и КТ-4 (76–100%). Исследования выполнялись на приборе GE Vivid S70 на 25–40й день с момента постановки диагноза. Анализ гистологической картины миокарда выполнялся по данным 30 протоколов аутопсии пациентов, погибших вследствие тяжелого течения заболевания (все из группы КТ-3 и КТ-4).

**Полученные результаты:** Средний возраст пациентов в группе КТ-3 и КТ-4 превышал таковые в группе КТ-1 и КТ-2 более чем на 10 лет ( $60+$ ) –





10,2 и 58,3±11,1 против 46,2±16,6 и 47,6±14,2 года, соответственно). Показатели фракции выброса ЛЖ, оцененные по методике Симпсона, составили 62,4±7,7%, 55,8±5,9%, 49,8±3,3% и 58±8,2% в группах КТ-1, 2, 3, 4, соответственно).

С учетом полученных данных следует сделать вывод о том, что поражение миокарда в виде нарушения показателя продольной деформации (как косвенного признака перенесенного миокардита у пациентов с COVID-19, но не являющегося таковым на самом деле) регистрируется в 83% случаев в группе КТ-3 (в 2,5 раза чаще, чем в группе КТ-4 и в 1,3 раза чаще, чем в группе КТ-2). Неспецифическая гистологическая картина, регистрируемая у погибших пациентов в виде отека миофибрилл, бледности ядер, отека саркоплазмы, дистрофических изменений и т.п., однозначно не может трактоваться как миокардит, тем более коронавирусный. Гипертрофия же кардиомиоцитов скорее свидетельствует в пользу наличия у

погибших пациентов хронической гипоксии, ишемии, метаболических изменений, в большей степени как фон от сопутствующей патологии (сахарный диабет, гипертония, ИБС). Подтверждение этому было получено при проведении исследования крови на наличие антител к миокарду: ни у одного из обследованных пациентов всех 4 групп, кому такое исследование было выполнено, антител обнаружено не было.

**Заключение:** Таким образом, с учетом полученных нами данных, можно говорить лишь о неспецифических изменениях в органах и тканях на фоне COVID-19, в том числе и в миокарде, в основном в форме отека клеточных структур и тканей, миокарда в том числе, что не является тождественным миокардиту. При этом показатель «продольного стрейна» (продольной деформации) свидетельствует лишь о тяжести общего состояния и тяжести функционального поражения миокарда, но никак ни о миокардите.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АГ ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

*С.Х.ЯРМУХАМЕДОВА, АМИРОВА Ш.А.*

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Данные тканевой доплерографии являются крайне важными для оценки прогноза при АГ, особенно при сопутствующей ХСН.

**Цель исследования:** оценка структурно-функциональных особенностей сердца у больных АГ на основании тканевой доплерографии.

**Материал и методы** исследования: Обследовано 53 пациента с АГ в возрасте от 45 до 72 лет. Наряду с общепринятыми традиционными методами исследования всем больным проводилась тканевая эхокардиография.

**Обсуждение результатов:** На фоне гипотензивной терапии снижение цифр систолического АД у больных АГ с величиной отношения  $E/E_m < 8$  составило 9,5% и 12,2%, при  $E/E_m > 8$ , снижение диастолического АД – 8,3% и 10,4% соответственно. При этом у больных с величиной отношения  $E/E_m > 8$  количество пациентов с повышенной утомляемостью сократилось с 42,4% до 24,2% ( $p > 0,05$ ), сердцебиением – с 18,2% до 3,0% ( $p > 0,05$ ) п одышкой – с 30,3% до 21,2%. Так, в обеих группах было отмечено снижение  $Te_i$ -индекса по всем стенкам ЛЖ, включая боковую стенку. При этом снижение величины  $Te_i$ -индекса было более значимо у больных с исходной

величиной комбинированного индекса  $E/E_m > 8$ , и данная динамика в основном происходила за счет уменьшения продолжительности IVRT. При более подробном анализе динамики  $E/E_m$  было отмечено, что из 53 пациентов с исходной величиной  $E/E_m < 8$  только у 42 больных (79,2%) данный показатель оставался меньше 8 и составил  $6,1 \pm 1,2$ , тогда как у остальных 11 (20,8%) пациентов отношение данного показателя претерпело отрицательную динамику, то есть, величина отношения  $E/E_m$  стала больше 8 и составила  $9,3 \pm 1,08$ .

Исходные показатели стандартной ЭхоКГ и ДЭхоКГ левого желудочка у больных АГ в зависимости от динамики комбинированного показателя  $E/E_m$  на фоне гипотензивной терапии.

**Вывод:** Таким образом, при наличии признаков регионарного нарушения систолической или диастолической функции ЛЖ для дальнейшего улучшения ее показателей необходима более выраженная динамика показателей САД и ДАД. Регулярная гипотензивная терапия особенно при достижении целевого уровня АД не только предупреждает развитие диастолической дисфункции ЛЖ, но и способствует ее нормализации в течение 6 месяцев наблюдения.



# ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСУДАХ И ПРИ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

## ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕПЕРFUЗИИ ДИНАМИКУ ЗОН МИОКАРДИАЛЬНОГО СТАННИНГ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ST ЭЛЕВАЦИЕЙ

АЛИМОВ Д.А., КЕНЖАЕВ С.Р., МУХАМЕДОВА Б.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучить влияние различных стратегий реперфузии на зоны миокардиального станнинга левого желудочка при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы:** Были обследованы 302 больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Для выявления зависимости между методом реперфузии и функциональным состоянием ЛЖ наблюдаемые нами больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 104 больных, подвергшихся ЧКВ; 2-я группа – 172 больных, у которых выполнялись ТЛТ+ЧКВ; 3-я группа – 26 больных, перенесших ТЛТ. Всем больным проводились стресс-ЭхоКГ с добутином, эхокардиография в динамике.

**Результаты:** При проведении стресс-эхокардиографии у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп зоны миокардиального станнинга выявлены соответственно в  $4,4 \pm 0,02$ ,  $4,5 \pm 0,02$  и  $4,35 \pm 0,02$  сегмента ( $p > 0,05$ ). Зона некроза миокарда обнаружена соответственно в  $1,6 \pm 0,01$ ,  $1,5 \pm 0,02$  и  $1,65 \pm 0,02$  сегмента ЛЖ.

Через 3 месяца у больных 1-й и 2-й групп отмечалось улучшение показателей регионарной

сократимости и глобальной систолической функции ЛЖ. У пациентов 3-й группы, получавших ТЛТ без проведения ЧКВ, также наблюдалась тенденция к улучшению ФВ ЛЖ и ИНРС, но достоверными эти изменения были в группе больных, получавших ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ. При сравнении показателей больных группы ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ статистически достоверных различий не выявлено, зоны миокардиального станнинга встречались с одинаковой частотой. Хотя через месяц у больных, подвергшихся ЧКВ и ТЛТ+ЧКВ, наблюдалось более достоверное уменьшение зон миокардиального станнинга по сравнению с больными, которым проводилась ТЛТ без ЧКВ. В группе ТЛТ динамика ИНРС по сравнению с группами ТЛТ+ЧКВ и ЧКВ была недостоверной.

**Заключение:** таким образом, первичная ЧКВ и ЧКВ на фоне проведения ТЛТ оказывают более положительное влияние на развитие и динамику зон миокардиального станнинга что привело к улучшению систолической функции ЛЖ при остром ИМ с элевацией сегмента ST.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ Q

С.А. БАБАДЖАНОВ, М.М. ЗУФАРОВ, Ф.А. ИСКАНДАРОВА, В.М. ИМ, М.М. УМАРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

**Цель:** анализ результатов коронарного стентирования у больных ИБС с ранней постинфарктной стенокардией (РПС), перенесших ОИМ без зубца Q.

**Материал и методы:** Стентирования коронарных артерий (КА) были выполнены у 138 пациентов РПС, перенесших инфаркта миокарда без зубца Q в возрасте от 39 до 69 лет, в среднем  $52,7 \pm 6,8$  лет. Мужчин было 97 (70,3%), женщин – 41 (29,7%).

Показанием к выполнению эндоваскулярного вмешательства (ЭВ) было наличие стенокардии после острого инфаркта миокарда (ОИМ) в сроки до 30

дней, а также ангиографическое наличие стеноза коронарных артерий более 70%.

У 82 (59,4%) пациентов ЭВ выполнены на одной КА, у 37 (26,8%) – двух, у 19 (13,8%) – на трех КА. Всего выявлено 213 сосудов, требующих эндоваскулярного вмешательства. Из них в 53 (24,9%) случаях выявлены окклюзии сосудов, в 160 (75,1%) – стенозы более 70%.

Реканализация окклюзий КА с последующей ангиопластикой и стентированием была предпринята на 53 (24,9%) сегментах, ангиопластика со стентиро-



ванием – на 116 (54,5%), прямое стентирование – на 44 (20,7%).

Хорошим ангиографическим результатом считалось восстановление просвета КА с TIMI III. Клинически хорошим результатом считалось отсутствие явлений стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке.

**Результаты:** ЭВ на передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выполнены у 97 (45,5%) больных, правой коронарной артерии (ПКА) – у 68 (31,9%) и огибающей ветви (ОВ) – у 48 (22,5%).

Из числа больных, которым была предпринята реканализация окклюзированного сегмента у 47 (88,7%) больных удалось выполнить успешную механическую реканализацию с дальнейшей ангиопластикой и стентированием. У 6 (4,4%) пациентов пройти окклюзированный участок не удалось.

У 132 (95,7%) пациентов, включая все случаи стентирования, получены хорошие ангиографические результаты. Непосредственных осложнений во время вмешательств не наблюдалось. У 3 (2,2%)

пациентов была отмечена окклюзия мелкой боковой ветви, которая не сопровождалась какой-либо отрицательной клинической симптоматикой или развитием инфаркта миокарда. Летальных случаев и серьезных осложнений во время вмешательства и после него не наблюдалось. Пациенты были выписаны на 2–3 сутки.

У всех больных, которым удалось выполнить АП и стентирование КА, отмечено улучшение клинического состояния, повышение толерантности к физической нагрузке. При выписке у 105 (76,1%) пациентов признаки ХСН отсутствовали, у 17 (12,3%) – I ФК по NYHA, II ФК – у 16 (11,6%).

**Выводы:** Эндovasкулярные вмешательства у больных с ранней постинфарктной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда без зубца Q, являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние пациентов и повысить их толерантность к физической нагрузке.

## ПРОБЛЕМА АНТИСТРЕССОВОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

С.Ш. ЖОНИЕВ<sup>1,2</sup>, Ж.Т. ЮСУПОВ<sup>1,2</sup>, Ф.А. БОБОЕВ<sup>2</sup>, Ф.Х. ИБРОХИМОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский институт, <sup>2</sup>Самаркандский областной региональный филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

**Актуальность.** Успехи хирургического вмешательства во многом определяются качеством анестезиологического обеспечения, важной частью которого является седативный компонент. Эмоциональное напряжение у больных с ишемической болезнью сердца в периоперационном периоде оказывает негативное воздействие на все органы и системы и осложняет работу анестезиологов и хирургов (Рексан М et al 2005). Если учесть во внимания что ишемическая болезнь сердца и сегодняшний день занимает первое место в структуре современной соматической патологии (Шевченко Ю.Л., 2012) и своевременное лечение ее является стентирование коронарных артерий (Бокерия .А. с соавт., 2003). В современной анестезиологии существует возможность максимально эффективного и безопасного применения фармакологических средств антистрессовой защиты организма, в виде концепций предупредительной и мультимодальной анальгезии (Овечкин А.М., 2006; Morgan G.E., 2005) которые основаны на рациональный подбор комбинаций анестезиологических препаратов с различным механизмом действия.

**Цель исследования:** Повышение эффективности комплексной антистрессовой защиты организма при стентировании коронарных артерий путем совершенствования седативного компонентов

интраоперационного анестезиологического обеспечения.

**Материалы и методы:** Исследовано 37 больных с диагнозом ИБС стабильной стенокардией ФК Ш-IV риском ССО IV ст. имеющие показания к плановому стентированию коронарных артерий. Всем пациентам до операции проводилась стандартная премедикация (анальгин 50% – 2 мл, димедрол 1% – 1 мл, сибазон 0.5% – 2 мл за 30 минут до вмешательства). Всем пациентам перед катетеризацией магистральной (бедренной) артерии проводилась местная инфильтрационная анестезия 0,5%-ным раствором новокаина в объеме 20–30 мл и после начала операции инфузия пропофола 0,375 мг / кг / ч. Оценивались сосотояние центральной и периферической гемодинамики: систолическое артериальное давление (АДс, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (АДд, мм.рт.ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) (определяли в динамике монитором «EDAN IM80», пульсовое артериальное давление (ПД мм.рт.ст.), среднее динамическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.) и уровень болевого синдрома по Визуально аналоговой шкале(ВАШ).

**Результаты** исследования: Критериями эффективности анестезиологического обеспечения у исследуемых больных определялся по уровню сознания: умеренное оглушение – сопор (13–10 баллов по шкале Глазго), отсутствием болевого синдрома (т.е. <3

баллов по ВАШ) и отсутствием тревожности. Введение пропофола 0,375 мг / кг / ч не вызывало клинически значимого угнетения самостоятельного дыхания, не требовало, соответственно, подключения вспомогательной оксигенации и искусственной вентиляции легких, не нарушало показателей артериального давления, частоты дыхательных движений, сердечных сокращений и сатурации артериальной крови.

**Выводы:** Применение субанестетических доз пропофола по 0,375 мг / кг / ч обеспечила в периоперационной периоде при стентировании коронарных артерий антистрессовой защиты организма в виде отсутствием тревожности, умеренном оглушении, уровню болевого синдрома при сохраненном сознании – не более 4 баллов по визуальной аналоговой шкале.

## АНАЛИЗ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*ЗУФАРОВ М. М., БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова*

**Цель:** оценка клинических, электрокардиографических и эхокардиографических изменений после коронарного стентирования (КС) на симптом зависимых коронарных артериях у больных острым коронарным синдромом.

**Материал и методы:** Проанализированы клиническая, электрокардиографическая и эхокардиографическая динамика изменений после КС симптом зависимых артерий у 48 больных с ОКС в возрасте от 32 до 79 лет (в среднем  $53 \pm 4,7$  лет). Пациенты имели в анамнезе ангинозные приступы с изменением ЭКГ сроком от 3 часов до 72 часа, средний срок составил  $18,3 \pm 4,5$  час. Из них с элевацией сегмента ST – 31 (64,6%), без элевации сегмента ST – 17 (35,4%) больных.

Всем 48 больным произведено стентирование симптом зависимых артерий. При этом прямое стентирование выполнено: у 26 (54,2%) пациентов – стентирование ПМЖВ, у 8 (16,7%) пациентов – ОВ, 14 (29,2%) пациентам – ПКА.

Ангиопластика и стентирование коронарных артерий 35 (72,9%) случаев. Реканализация, ангиопластика и стентирование коронарных артерий в 13 (27,1%) случаях.

**Результаты:** По данным ЭКГ 27 (56,3%) пациентов с элевацией сегмента ST снизилось до изолинии в течение первых 3 часов после стентирование. У больных без элевации сегмента ST в 13 случаях отмечалось возвращение сегмента ST к изолинии в первые 6 часов после стентирования.

ЭхоКГ после стентирования коронарных артерий: среднее число зон гипокинезии снизилось с  $2,1 \pm 0,2$

до  $0,6 \pm 0,1$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,4 \pm 0,5$  до  $0,9 \pm 0,2$  сегментов.

В первой группе с элевацией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с  $2,6 \pm 0,3$  до  $0,9 \pm 0,4$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,9 \pm 0,3$  до  $1,1 \pm 0,2$  сегментов.

Во второй группе с депрессией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с  $1,9 \pm 0,7$  до  $0,4 \pm 0,1$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,1 \pm 0,5$  до  $0,6 \pm 0,3$  сегментов.

ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $44,1 \pm 3,6\%$  до  $55,6 \pm 4,7\%$ .

У больных первой группы с элевацией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,7 \pm 5,7\%$  до  $49,3 \pm 4,4\%$ .

У больных второй группы с депрессией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $46,9 \pm 4,9\%$  до  $57,2 \pm 3,1\%$ .

Состояние всех 48 пациентов в динамике улучшилось, ангинозные приступы полностью прекратились, гемодинамика стабилизировалась, нарушение ритма по типу экстрасистолии и проводимости сердца купировались впервые 6 часов после стентирования симптом зависимых артерий.

**Выводы.** Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных с ОКС уже в ближайшие сроки после вмешательства приводит к статистически достоверному улучшению клинических, электрокардиографических и эхокардиографических показателей.





## АНАЛИЗ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*ЗУФАРОВ М. М., БАБАДЖАНОВ С. А., ИМ В. М., МАМИЕВ Н. П.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** оценка клинических, электрокардиографических и эхокардиографических изменений после коронарного стентирования (КС) на симптом зависимых коронарных артериях у больных острым коронарным синдромом.

**Материал и методы:** Проанализированы клиническая, электрокардиографическая и эхокардиографическая динамика изменений после КС симптом зависимых артерий у 48 больных с ОКС в возрасте от 32 до 79 лет (в среднем  $53 \pm 4,7$  лет). Пациенты имели в анамнезе ангинозные приступы с изменением ЭКГ сроком от 3 часов до 72 часа, средний срок составил  $18,3 \pm 4,5$  час. Из них с элевацией сегмента ST – 31 (64,6%), без элевации сегмента ST – 17 (35,4%) больных.

Всем 48 больным произведено стентирование симптом зависимых артерий. При этом прямое стентирование выполнено: у 26 (54,2%) пациентов – стентирование ПМЖВ, у 8 (16,7%) пациентов – ОВ, 14 (29,2%) пациентам – ПКА.

Ангиопластика и стентирование коронарных артерий 35 (72,9%) случаев. Реканализация, ангиопластика и стентирование коронарных артерий в 13 (27,1%) случаях.

**Результаты:** По данным ЭКГ 27 (56,3%) пациентов с элевацией сегмента ST снизилось до изолинии в течение первых 3 часов после стентирования. У больных без элевации сегмента ST в 13 случаях отмечалось возвращение сегмента ST к изолинии в первые 6 часов после стентирования.

ЭхоКГ после стентирования коронарных артерий: среднее число зон гипокинезии снизилось с  $2,1 \pm 0,2$  до  $0,6 \pm 0,1$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,4 \pm 0,5$  до  $0,9 \pm 0,2$  сегментов.

В первой группе с элевацией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с  $2,6 \pm 0,3$  до  $0,9 \pm 0,4$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,9 \pm 0,3$  до  $1,1 \pm 0,2$  сегментов.

Во второй группе с депрессией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с  $1,9 \pm 0,7$  до  $0,4 \pm 0,1$  сегмента, число зон акинезии – с  $1,1 \pm 0,5$  до  $0,6 \pm 0,3$  сегментов.

ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $44,1 \pm 3,6\%$  до  $55,6 \pm 4,7\%$ .

У больных первой группы с элевацией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,7 \pm 5,7\%$  до  $49,3 \pm 4,4\%$ .

У больных второй группы с депрессией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $46,9 \pm 4,9\%$  до  $57,2 \pm 3,1\%$ .

Состояние всех 48 пациентов в динамике улучшилось, ангинозные приступы полностью прекратились, гемодинамика стабилизировалась, нарушение ритма по типу экстрасистолии и проводимости сердца купировались впервые 6 часов после стентирования симптом зависимых артерий.

**Выводы.** Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных с ОКС уже в ближайшие сроки после вмешательства приводит к статистически достоверному улучшению клинических, электрокардиографических и эхокардиографических показателей.

## ВОЗМОЖНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*ЗУФАРОВ М. М., ИСКАНДАРОВ Ф. А., БАБАДЖАНОВ С. А., МАХКАМОВ Н. К.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** оценка результатов ангиопластики и стентирования коронарных артерий при бифуркационных поражениях.

**Материал и методы:** Анализу были подвергнуты результаты ангиопластики и стентирования бифуркационных стенозов у 138 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (средний возраст  $54,3 \pm 3,4$  года). Мужчин было 107 (77,5%), женщин – 31 (22,5%). При распределении типов бифуркационных стенозов нами использована классификация «Medina»: тип 1.0.0. был отмечен у 16 (11,6%) больных, тип 1.1.0. – у

31 (22,5%), тип 1.1.1. – у 41 (29,7%), тип 0.1.1. – у 28 (20,3%), тип 1.0.1. у 22 (15,9%).

Применены следующие методики стентирования бифуркационных поражений: при бифуркационном стенозе типа 1.0.0. и 1.1.0. произведено стентирование основного сосуда без вмешательств на боковых ветвях; при типе 1.1.1. – «Т-стентирование», модифицированное «Т-стентирование», «Crush», «Kissing»; при типе 0.1.1. – V-стентирование.

**Результаты:** У всех больных с бифуркационным стенозами произведено успешное стентирование



коронарных артерий. Стентирование основного сосуда без вмешательств в боковых ветвях произведено у 47 (34,1%) больных, Т-стентирование – у 13 (9,4%), модифицированное Т-стентирование – 12(8,7%), «Crush» – у 9 (6,5%), «Kissing» – у 7 (5,1%), V-стентирование – у 28(20,3%), «Culotte» – у 14 (10,2%), стентирование ПМЖВ+ДВ с расширением ячейки стента – у 7(5,1%).

После операции у всех больных отмечено улучшение клинического состояния больных, толерантность к физической нагрузке повысилась, жалобы исчезли. У 2 (3,5%) больных со стентированием основного сосуда без вмешательств на боковых вет-

вях отмечен отрицательный Т зубец в соответствующей области стенок ЛЖ.

По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $46,3\pm 4,8\%$  до  $50,1\pm 6,1\%$ , КДО ЛЖ снизилась в среднем со  $196,6\pm 11,6$  до  $180,2\pm 14,7$  мл. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2–3 сутки после вмешательства.

**Вывод:** Ангиопластика и стентирование бифуркационных поражений коронарных артерий, несмотря на относительно высокую техническую сложность выполнения, является эффективным вмешательством.

## ВОЗМОЖНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**ЗУФАРОВ М. М., ИСКАНДАРОВ Ф. А., БАБАДЖАНОВ С.А., МАХКАМОВ Н.К.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** оценка результатов ангиопластики и стентирования коронарных артерий при бифуркационных поражениях.

**Материал и методы:** Анализ были подвергнуты результаты ангиопластика и стентирование бифуркационных стенозов у 138 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (средний возраст  $54,3\pm 3,4$  года). Мужчин было 107 (77,5%), женщин – 31 (22,5%). При распределении типов бифуркационных стенозов нами использована классификация «Medina»: тип 1.0.0. был отмечен у 16 (11,6%) больных, тип 1.1.0. – у 31 (22,5%), тип 1.1.1. – у 41 (29,7%), тип 0.1.1. – у 28 (20,3%), тип 1.0.1. у 22 (15,9%).

Применены следующие методики стентирование бифуркационных поражений: при бифуркационном стенозе типа 1.0.0. и 1.1.0. произведено стентирование основного сосуда без вмешательств на боковых ветвях; при типе 1.1.1. – «Т-стентирование», модифицированное «Т-стентирование», «Crush», «Kissing»; при типе 0.1.1. – V-стентирование.

**Результаты:** У всех больных с бифуркационным стенозом произведено успешное стентирование коронарных артерий. Стентирование основного сосуда без вмешательств в боковых ветвях произведено у 47 (34,1%) больных, Т-стентирование – у

13 (9,4%), модифицированное Т-стентирование – 12(8,7%), «Crush» – у 9 (6,5%), «Kissing» – у 7 (5,1%), V-стентирование – у 28(20,3%), «Culotte» – у 14 (10,2%), стентирование ПМЖВ+ДВ с расширением ячейки стента – у 7(5,1%).

После операции у всех больных отмечено улучшение клинического состояния больных, толерантность к физической нагрузке повысилась, жалобы исчезли. У 2 (3,5%) больных со стентированием основного сосуда без вмешательств на боковых ветвях отмечен отрицательный Т зубец в соответствующей области стенок ЛЖ.

По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $46,3\pm 4,8\%$  до  $50,1\pm 6,1\%$ , КДО ЛЖ снизилась в среднем со  $196,6\pm 11,6$  до  $180,2\pm 14,7$  мл. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2–3 сутки после вмешательства.

**Вывод:** Ангиопластика и стентирование бифуркационных поражений коронарных артерий, несмотря на относительно высокую техническую сложность выполнения, является эффективным вмешательством.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ

**ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., УМАРОВ М.М., БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова»*

**Цель исследования:** сравнительная оценка эффективности поэтапного стентирования и медикаментозной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения и многососудистым поражением коронарных артерий.

**Материал и методы:** проведена диагностическая коронарография 370 больным стабильной стенокардией напряжения. Из них у 126 больных выявлено многососудистое поражение коронарных артерий (МПКА), которое идентифицировалось как визуально выраженное (более 70%) стенозирование 2-х и более коронарных артерий. Данное исследование было ограничено наблюдением в течение первых 24 месяцев после проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) или диагностической коронарографии и инициации стандартизированной медикаментозной терапии.

Первую группу составили 78 больных (средний возраст  $64,8 \pm 7,6$ ) которым было выполнено поэтапное стентирование коронарных артерий, а 2 группу – 48 больных (средний возраст  $67,8 \pm 8,3$ ), которые отказались от проведения рентгенэндоваскулярного вмешательства и продолжали принимать стандартную медикаментозную терапию, включающую препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) или клопидогрель, бета-блокаторы, статины, по показаниям

ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты, диуретики. Конечными точками исследования являлись большие кардиальные события (MACE-Major Adverse Cardiac Events): смерть, тромбоз стента, повторная реваскуляризация (РЭВ или операция коронарного шунтирования), госпитализация по поводу острого коронарного синдрома.

**Результаты:** частота комбинированного показателя MACE (смерть, тромбоз стента, повторная реваскуляризация, госпитализация по поводу ОКС) была несколько меньше в группе стентирования и составляла 15,4% ( $n=12$ ) против 18,8% ( $n=9$ ), однако различие не достигало достоверности ( $p \geq 0,05$ ). Достоверное различие ( $p \leq 0,05$ ) выявлено при сравнении частоты комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда, который оказался достоверно больше в группе медикаментозной терапии и составил 10,4% ( $n=5$ ) против 3,8% ( $n=3$ ) во 2-й и 1-й группах соответственно.

**ВЫВОДЫ:** поэтапное выполнение РЭВ при многососудистом поражении коронарных артерий у больных стабильной стенокардией в сравнении с медикаментозной терапией способствует уменьшению частоты больших кардиальных событий. При этом различие по частоте комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда оказалось достоверным.

## БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КРИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

**ЗУФАРОВ М. М., ИСКАНДАРОВ Ф. А.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова»*

**Цель:** анализ результатов и оценка эффективности транслюминальной баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у беременных.

**Материал и методы:** БМВ по методике K.Inoue выполнена у 32 пациенток с митральным стенозом в состоянии беременности сроком от 24 до 28. Больные находились в возрасте от 21 до 39 лет (в сред.  $29,8 \pm 5,2$ ). У 4 (12,5%) пациенток был рестеноз митрального отверстия после закрытой митральной комиссуротомии. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия (МО) составляла от 0,7 до  $1,34 \text{ см}^2$ , в среднем  $1,0 \pm 0,2 \text{ см}^2$ . Градиент давления на митральном клапане (МК) варьировал в пределах от 15 до 31 мм рт.ст., в сред.  $22,9 \pm 4,6$  мм рт.ст. Размер ЛП состав-

лял от 4 до 6,1 см, в сред.  $5,2 \pm 0,6$  см. Регургитация на митральном клапане до 1 степени имела место у 9 (28,1%), кальциноз МК I степени – у 3 (9,4%) больных. Недостаточность трикуспидального клапана I степени отмечена у 14 (43,7%), II ст – у 4 (12,5%), III ст – у 2 (6,3%) больных.

До БМВ на УЗИ у 3 (9,4%) пациенток выявлена гипоксия плода, у 1 (3,1) многоводие и у 2 (6,3) – угрожающий выкидыш. Этим пациенткам в отделении проведена превентивная терапия под наблюдением гинеколога. У остальных состояние плода было в норме. Вмешательство проводилось в режиме максимальной защиты от ионизирующего излучения. Кроме стандартной защиты, в обязательном порядке закрывали область живота со всех сторон защитным фартуком. Также во время работы минимизировали



время флюороскопии и использовали её для контроля только самых важных этапов работы (пункция МПП, проведение и расширение баллона). Саму флюороскопию осуществляли на низком (LOW) уровне и пульсовом режиме. Всё это позволяло существенно снизить уровень облучения матери и плода.

**Результаты:** У всех пациенток удалось выполнить БМВ. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия непосредственно после БМВ составила от 1,8 до 2,4 см<sup>2</sup>. В среднем площадь МО после БМВ увеличилась с 1,0±0,2 см<sup>2</sup> до 2,1±0,2 см<sup>2</sup> (p±0,001). Трансмитральный градиент снизился в среднем с 22,9±4,6 мм рт.ст. до 9,9±5,0 мм рт.ст. (p±0,001), среднее давление в ЛП уменьшилось с 30,4±9,5 до 15,4±4,5 мм рт.ст. (p±0,001).

Из 18 пациенток с «чистым» (отсутствие регургитации) митральным стенозом после БМВ регургита-

ция до I степени появилась у 5 (15,6%), до II степени – у 2 (6,3%). Из 8 больных с исходной регургитацией до 1 степени у 7 (87,5%) – она осталась на прежнем уровне, а у 1 (12,5%) увеличилась до 1,5 степени. У больных с кальцинозом МК (n=2) БМВ была выполнена без технических трудностей с хорошими результатами и отсутствием каких-либо осложнений. У этих больных площадь МО расширилась в среднем с 1,2±0,2 до 1,9±0,3 см<sup>2</sup>, трансмитральный градиент снизился с 19±0,3 до 9,1±0,2 мм рт.ст.

В дальнейшем все пациентки самостоятельно родоразрешились здоровыми детьми без каких-либо осложнений.

**Вывод:** БМВ по техники INOUE является методом выбора лечения беременных пациенток с критическим стенозом митрального клапана.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ Q

*М.М. ЗУФАРОВ, С.А.БАБАДЖАНОВ, Ф.А. ИСКАНДАРОВ, М.М. УМАРОВ, В.М. ИМ*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова»*

**Цель:** анализ результатов коронарного стентирования у больных ИБС с ранней постинфарктной стенокардией (РПС), перенесших ОИМ без зубца Q.

**Материал и методы:** Стентирования коронарных артерий (КА) были выполнены у 138 пациентов РПС, перенесших инфаркта миокарда без зубца Q в возрасте от 39 до 69 лет, в среднем 52,7±6,8 лет. Мужчин было 97 (70,3%), женщин – 41 (29,7%).

Показанием к выполнению эндоваскулярного вмешательства (ЭВ) было наличие стенокардии после острого инфаркта миокарда (ОИМ) в сроки до 30 дней, а также ангиографическое наличие стеноза коронарных артерий более 70%.

У 82 (59,4%) пациентов ЭВ выполнены на одной КА, у 37 (26,8%) – двух, у 19 (13,8%) – на трех КА. Всего выявлено 213 сосудов, требующих эндоваскулярного вмешательства. Из них в 53(24,9%) случаях выявлены окклюзии сосудов, в 160 (75,1%) – стенозы более 70%.

Реканализация окклюзий КА с последующей ангиопластикой и стентированием была предпринята на 53 (24,9%) сегментах, ангиопластика со стентированием – на 116 (54,5%), прямое стентирование – на 44 (20,7%).

Хорошим ангиографическим результатом считалось восстановление просвета КА с TIMI III. Клинически хорошим результатом считалось отсутствие явлений стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке.

**Результаты:** ЭВ на передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выполнены у 97 (45,5%) больных, пра-

вой коронарной артерии (ПКА) – у 68 (31,9%) и огибающей ветви (ОВ) – у 48(22,5%).

Из числа больных, которым была предпринята реканализация окклюзированного сегмента у 47 (88,7%) больных удалось выполнить успешную механическую реканализацию с дальнейшей ангиопластикой и стентированием. У 6 (4,4%) пациентов пройти окклюзированный участок не удалось.

У 132 (95,7%) пациентов, включая все случаи стентирования, получены хорошие ангиографические результаты. Непосредственных осложнений во время вмешательств не наблюдалось. У 3 (2,2%) пациентов была отмечена окклюзия мелкой боковой ветви, которая не сопровождалась какой-либо отрицательной клинической симптоматикой или развитием инфаркта миокарда. Летальных случаев и серьезных осложнений во время вмешательства и после него не наблюдалось. Пациенты были выписаны на 2–3 сутки.

У всех больных, которым удалось выполнить АП и стентирование КА, отмечено улучшение клинического состояния, повышение толерантности к физической нагрузке. При выписке у 105 (76,1%) пациентов признаки ХСН отсутствовали, у 17 (12,3%) – I ФК по NYHA, II ФК – у 16 (11,6%).

**Выводы:** Эндоваскулярные вмешательства у больных с ранней постинфарктной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда без зубца Q, являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние пациентов и повысить их толерантность к физической нагрузке.





## БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*МАРУКЯН Н.В., СИМАКОВА М.А., МОИСЕЕВА О.М.*

*НМИЦ им ВА Алмазова г. Санкт-Петербург*

**Актуальность:** Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) – один из вариантов легочной артериальной гипертензии (ЛАГ), развивающейся вследствие неполного разрешения эпизода тромбоэмболии легочной артерии. Золотым стандартом в лечении таких пациентов является тромбэндартерэктомия из легочной артерии, при этом, по данным международных регистров, до 36% больных, с так называемым «дистальным» типом поражения легочной артерии, признаются неоперабельными и пятилетняя выживаемость в этой группе крайне низкая и составляет 30–40%. Альтернативой медикаментозной терапии в случае неоперабельных пациентов с ХТЭЛГ является транскатетерная баллонная ангиопластика легочной артерии (БАП ЛА) с уровнем рекомендаций на сегодняшний момент II (класс рекомендаций В). Согласно японским данным, выполнение этой процедуры в нескольких последовательных сессиях позволяет достигнуть значительного снижения среднего давления в легочной артерии вплоть до его нормализации с уменьшением функционального класса легочной гипертензии при летальности всего 1.5%. Таким образом, транскатетерная баллонная ангиопластика является современным, перспективным интервенционным методом лечения ХТЭЛГ, являющимся альтернативой дорогостоящей медикаментозной ЛАГ-специфической терапии.

**Материалы и методы исследования:** В исследование включены 65 пациентов с ХТЭЛГ (39 мужчин, средний возраст  $56 \pm 10$  лет), с дистальным типом поражения, которым было отказано в выполнении тромбэндартерэктомии из легочной артерии и, выполнена этапная БАП ЛА. Все пациенты исходно получают специфическую терапию силденафилом и риоцигуатом. Оперативное вмешательство на окклюзированных сегментарных артериях выполнено по запатентованной нами методике, с помощью ретроградной ангиографии постокклюзионного русла из бассейнов бронхиальных артерий.

**Результаты:** По данным манометрии правых камер сердца у пациентов выраженная прекапиллярная легочная гипертензия с ДЛА сист  $92 \pm 9.7$  мм.рт.ст. Всем пациентам выполнено 4–6 этапов баллонной ангиопластики ветвей легочной артерии со снижением функционального класса легочной гипертензии с  $3.4 \pm 0.5$  до  $1.8 \pm 0.2$  ( $p < 0.001$ ). В послеоперационном течении отмечено снижение среднего давления в ЛА с  $54 \pm 12.8$  мм.рт.ст до  $30 \pm 8.7$  мм.рт.ст. ( $P=0.002$ ) и снижение ЛСС с  $13 \pm 3.1$  ед. Вуда до  $2.4 \pm 0.8$  ед. Вуда. ( $P=0.002$ ) Частота возникших осложнений (реперфузионный отек легкого) не превысил 25%.

**Выводы:** БАП ЛА – эффективная и безопасная процедура при соблюдении алгоритма отбора пациента и методологии выполнения процедуры.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТЭЛА

*МАРУКЯН Н.В., СИМАКОВА М.А., МОИСЕЕВА О.М.*

*НМИЦ им ВА Алмазова г. Санкт-Петербург*

**Актуальность:** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. Диагноз ТЭЛА выставлялся около 40–53 на 100.000 человек в год. В США ежегодно прижизненно выявляется около 650000 случаев острой ТЭЛА.

**Материалы и методы исследования:** В обзорный материал включены все известные на сегодняшний день эндоваскулярные технологии лечения острой ТЭЛА а также принципы и особенности диагностики и медикаментозной терапии. В качестве демонстрации пациент 48 лет

после перенесенной массивной ТЭЛА, которому выполнялся селективный тромболитизис.

**Результаты:** Результаты тромболитической терапии будут наглядно продемонстрированы на снимках МСКТ и ангиопульмонографии. По данным манометрии правых камер также достигнута положительная динамика в виде снижения среднего давления в ЛА с 55 до 30 мм рт.ст.

**Выводы:** Высокая частота распространения заболевания и высокий процент летальности требуют особого подхода и внедрению современных методик эндоваскулярной терапии.

## ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА

МУМИНОВ С.Ж., ЖАЛИЛОВ А.О., АБДУЛЛАЕВ А.Х., ЮЛДАШОВ Б.А., ЮСУПОВ М.К.

*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Наманган, Узбекистан*

**Цель.** Оценить профилактику тромбоэмболических осложнений у больных с имплантацией кава-фильтров.

**Материал и методы.** За период 2019–2020 гг в отделении РЭХ у 26 больных с флотирующими тромбами вен нижних конечностей 18 больным имплантированы кава-фильтры. Все больные обратились с 7 до 20 суток от начала болезни. Из 8 не оперированных пациентов, у 4-х пациентов эхокардиоскопия обнаружил тромб правом предсердии, у одного при доплероскопии обнаружился тромб нижней полой вены выше почечной вены, 3 пациента отказались от операции из-за финансовых проблем. Выполнена 18 операции по имплантации кава-фильтра больным в возрасте от 35 до 57 лет, средний возраст составило 43 лет. У 13 больных имело место наличие одного или нескольких сопутствующих заболеваний. У трех больных была варикозное расширение вен нижних конечностей. Во время операции во всех случаях проводилось ангиографическое исследование нижней полой вены и ее притоков с целью опре-

деления локализации эмбологенного тромбоза, в 2 – дополнительно произведена ангиопульмонография для уточнения объема поражения сосудистого русла легких. Показанием к имплантации устройства в 18 случаях – флотирующий тромб илиокавального сегмента. Из них у одного больного была осложнение: сегментарная ТЭЛА. Для имплантации использовался доступ через подключичную вену. Всем пациентам имплантирована постоянная форма кава-фильтра «OPTASE».

**Результаты.** Во всех наблюдениях отмечена успешная имплантация КАВА-фильтра. После операции все пациенты были пролечены консервативно. Рецидивов ТЭЛА в послеоперационном периоде и госпитальной латентности не было.

**Заключения:** Современные КАВА-фильтры в полной мере отвечают предъявляемым к подобным устройствам требованиям и обеспечивают эффективную профилактику тромбоэмболии легочной артерии и ее рецидивов.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ

Х.Г. ФОЗИЛОВ, Б.А. ЮЛДАШОВ, Б.Р. АТАМУРАТОВ, У.У. АТАЖАНОВ, Х.С. КАЛАНДАРОВ, ЭРМЕТОВА А.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии ИЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Оценить отдаленные клинико-ангиографические результаты стентирования ствола левой коронарной артерии.

**Материал и методы.** С 2010 по 2020 гг. нами выполнено 318 стентирований ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных ИБС. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 75,2% (239), средний возраст составил  $62,5 \pm 8,28$  лет. У 81,8% отмечалась дислипидемия, в 84,1% – артериальная гипертензия, в 31% сахарный диабет, 67% пациентов были курильщиками. У 3-х больных в анамнезе было выполнено АКШ.

**Результаты** исследования. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентировании ствола ЛКА в 100% случаев использовали стенты с лекарственным покрытием. Среднее давление имплантации стента составило  $13,9 \pm 1,6$  атм., время имплантации –  $17,5 \pm 0,6$  с. Средней диаметр имплантированного стента составил  $3,7 \pm 0,34$  мм при средней его длине

$24,3 \pm 9,1$  мм. Отдаленные результаты чрескожных вмешательств у больных с поражением ствола ЛКА прослежены в сроки от 3 месяцев до 4,8 лет. После стентирования ствола ЛКА повторная коронарография проводилась у 25% (81). При контрольной коронарографии частота рестеноза составила 15,2% (48). В 2,5% (8) случаев выполнялось повторное вмешательство по поводу рестеноза ствола ЛКА, 16% (51) пациентам рекомендовано АКШ. Летальность в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 14% (46).

**Выводы.** Стентирование является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения больных с поражением ствола ЛКА. Для улучшения отдаленных результатов стентирования ствола ЛКА необходимо применение внутрисосудистых методов визуализации.



## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИБС

*Х.Г. ФОЗИЛОВ, Б.А. ЮЛДАШОВ, Б.Р. АТАМУРАТОВ, У.У. АТАЖАНОВ, ЭРМЕТОВА А.М.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** Оценка непосредственных клиничко-ангиографических результатов стентирования ствола левой коронарной артерии при различных клинических формах ИБС.

**Материал и методы.** С 2010 по 2020 гг. нами выполнено 318 стентирований ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных различными формами ИБС. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 75,2% (239), средний возраст составил  $62,5 \pm 8,28$  лет. У 81,8% отмечалась дислипидемия, в 84,1% – артериальная гипертония, 67% пациентов были курильщиками. Пациенты были разделены на 3 группы: 1) стабильная стенокардия (ССт) 36,2% (115) больных; 2) нестабильная стенокардия (НС) 36,4% (116) больных; 3) острый инфаркт миокарда (ОИМ) 27,4% (87) больных. В 1-й группе у трех больных в анамнезе было выполнено АКШ.

**Результаты** исследования. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентировании ствола ЛКА в 100% случаев

использовали стенты с лекарственным покрытием. Средней диаметр имплантированного стента составил  $3,7 \pm 0,34$  мм при средней его длине  $24,3 \pm 9,1$  мм. Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 98,4% в 1 группе, 95,5% во 2-й группе и 95,1% в 3-й группе. У одного больного (0,3%) 1-ой группы развился ИМбпСТ на фоне окклюзии боковой ветки. В группе больных нестабильной стенокардией ОИМ развился в 3-х случаях (0,94%) и в одном случае (0,3%) острый тромбоз стента с последующей летальностью (0,3%). В 3-й группе повторный ОИМ отмечался в 2-х случаях (0,62%), летальность в 7 случаях (2,2%) на фоне кардиогенного шока.

**Выводы.** Стентирование является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения больных с поражением ствола ЛКА. Проведение ЧКВ ствола ЛКА следует проводить согласно принятым рекомендациям, при этом в каждом случае следует рассмотреть возможности альтернативных методов лечения.

## ПЕРВИЧНОЕ ЧКВ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST. ИСПОЛНЕНИЕ ПРИКАЗА №341 МИНЗДРАВА РУЗ. В РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ

*ФОЗИЛОВ Х.Г., ЮЛДАШОВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р., ЭРМЕТОВА А.М.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Оценка непосредственных результатов стентирования коронарных артерий у больных ОКС с подъемом сегмента ST проведенных в нашем центре согласно приказу №341 Минздрава РУз.

**Материал и методы.** С января 2021 по сентября 2021 гг. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии в соответствии с приказом №341 Минздрава РУз экстренно поступили 61 больных с ОКС ST элевацией, из них в 49 больным проведено диагностическая ангиография с последующим проведением ЧКВ, у 12 больных проведена прямая системная тромболитическая терапия. Проанализированы непосредственные ангиографические и клинические результаты первичного ЧКВ 49 больных. Пациенты были в основном мужского пола 86% (42), в возрасте от 28 до 81 лет (в среднем  $59,5 \pm 11,06$  лет). У 79,2% больных (38) – была выявлено артериальная гипертония, сахарный диабет у 29,2% (14) пациентов. У 7 больных в анамнезе было выполнено ЧКВ со стентированием

КА. Пациенты имели в анамнезе ангинозные приступы со сроком от 20 минут до 24 часа. Все больные имели изменения на ЭКГ в виде элевацией сегмента ST – 49 (100%). Всем 49 (100%) больным проведено диагностическая коронарография с последующим стентированием КА. При КАГ у 17 (34,7%) больных выявлено 1 сосудистое, у 18 (36,1%) 2 сосудистые и у 14 (27,8%) больных многососудистые поражения КА. Характеристика больных по шкале SYNTAX Score имели следующие: низкий балл (<22) имели 81,9% (40) больных, средний балл (23–32) 6 (11,1%) и 3 (6,9%) респондентов высокий риск (>32баллов). В 90,8% случаев выполнялось прямое стентирование КА. В 100% случаев использовали стенты с лекарственным покрытием. Средний диаметр стента составил  $3,38 \pm 0,49$  мм при его средней длине  $25 \pm 8,5$  мм.

**Результаты.** Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 97,8% (48). Основная часть больных – 96,5% (47) отмечали значи-

тельное клиническое улучшение после активизации еще на госпитальном этапе. По данным ЭКГ в 94,1% (46) больных отмечалась положительная динамика в виде снижения сегмента ST. Осложнения в виде no-reflow развились в 6 случаях (во всех случаях кровоток восстановлен медикаментозно до уровня TIMI III). Летальный исход наступил у 2 (4,1%) больных ввиду исходно крайне тяжелого состояния больных и первичное ЧКВ было выполнено на фоне

кардиогенного шока. В группе больных, у которых проводилась тромболитическая терапия летальность составила 16,7% (2).

**Выводы.** Первичное ЧКВ у больных ОКС с elevацией сегмента ST характеризуется хорошей ангиографической – 97,8% и клинической эффективностью – 96,5% со снижением частоты осложнений и летального исхода 2 (4,1%) на госпитальном этапе.

## ИМПЛАНТАЦИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: 30-ДНЕВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*ЮЛДОШЕВ Н.П., САНАКУЛОВ Ж.М., ХОЛИКУЛОВ С.Ш. КУЗИЕВ Ф.А*

*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии МЗ РУз, г. Карши, Узбекистан*

**Цель:** Изучить результаты одномесячного периода наблюдения имплантации серолимуспокрываемого биоабсорбируемого сосудистого каркаса Magmaris у пациентов с изолированным поражением передней нисходящей артерии при стабильной ишемической болезни сердца.

**Материалы и методы:** в исследование включены 10 пациентов с хронической формой ишемической болезни сердца и значимым (стеноз  $\geq 70\%$ ) поражением передней нисходящей артерии. Частота тромбоза каркаса и серьезных неблагоприятных кардиоваскулярных событий (смерти от любых причин, инфаркта миокарда, инсульта, повторной реваскуляризации миокарда) была оценена в течение 1 месяца после операции. Также учитывали показатель успешного чрескожного коронарного вмешательства (остаточный стеноз  $\leq 20\%$  при антеградном кровотоке, соответствующем 3-й градации по шкале TIMI, в отсутствии значимых госпитальных клинических осложнений) и успех вмешательства по клиническим критериям (успешное чрескожное коронарное вмешательство в сочетании с уменьшением или исчезновением объективных и субъективных симптомов миокардиальной ишемии).

**Результаты:** средний возраст пациентов составил  $62,4 \pm 5,3$  года, преобладали пациенты

мужского пола – 70% ( $n=7$ ). Среднее значение фракции выброса левого желудочка составило  $60,5 \pm 5,4\%$ . Сахарный диабет диагностировали у 6% ( $n=6$ ) пациентов и мультифокальный атеросклероз – у 3% ( $n=3$ ). Основная часть пациентов ( $n=9$ , 90%) имели изолированное поражение передней нисходящей артерии со значением SYNTAX Score  $< 22$  балла. Среднее количество имплантированных каркасов  $1,2 \pm 0,4$  при средней длине стентированного сегмента  $18,7 \pm 1,8$  мм и диаметре  $3,2 \pm 0,3$  мм. Через 30 дней наблюдения успех вмешательства по клиническим критериям составил 100% и данный послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений.

**Заключение:** тридцатидневное наблюдение в группе пациентов с изолированным поражением передней нисходящей артерии и стабильной ишемической болезнью сердца после имплантации серолимуспокрываемого биоабсорбируемого сосудистого каркаса Magmaris демонстрирует удовлетворительные результаты. Однако с целью подтверждения данного суждения и рутинного или исключения использования данного каркаса требуется набор большого когорты пациентов с изучением отдаленных результатов применения.



**ТРАНСКАТАТЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА****Юлдашев Н.П., Юлдашов Б.А., Жалилов А.О., Журалиев М.Ж., Абдуллаев А.Х., Юсупов М.К.****Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Наманган, Узбекистан**

**Введение:** Транскатетерные методы коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) позволяют значительно уменьшить травматичность вмешательства, сокращают время пребывания больного в стационаре, полностью исключают косметические дефекты, неизбежные после традиционных операций на сердце.

**Целью** данной работы являлась оценка эффективности эндоваскулярных методов лечения наиболее распространенных ВПС: вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) и изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА).

**Материал и методы:** В отделении РЭХ Наманганского филиала Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии у 17 больных выполнена транскатетерная коррекция ВПС. Баллонная вальвулопластика выполнена 13 пациентам с ИСЛА в возрасте от 4 до 21 лет. Средний градиент ЛА/ПЖ =  $76,5 \pm 24,5$  мм.рт.ст. У 4 пациентов в возрасте от 14 до 30 лет с вторичным ДМПП (диаметр потока: 12 – 24 мм) выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта.

У четверых пациентов с ИСЛА для дилатации использовался один баллон катетер с диаметром, превышающим размеры клапанного кольца легочной

артерии (ЛА)  $\approx$  в 1,2 раза. У девяти больных применялась методика одновременного раздувания двух баллонов с суммарным диаметром  $\approx$  в 1,4 раза превышавшим размеры клапанного кольца ЛА. Имплантация окклюдеров осуществлялись чрезбедренным доступом под контролем эхокардиографии и флюороскопией.

**Результаты:** У всех больных с ИСЛА вальвулопластика была эффективной: по данным интраоперационной манометрии эндоваскулярная дилатация в зоне клапанного стеноза привела к значительному снижению градиента давления (с  $76,5 \pm 24,5$  мм.рт.ст. до  $25,5 \pm 8,5$  мм.рт.ст.). У всех пациентов после транскатетерного закрытия ДМПП по данным интраоперационной эхокардиографии зафиксировано прекращение сброса крови на уровне МПП. Эхо-КГ контроль осуществлен у всех больных на вторые сутки после вмешательства.

**Заключение.** Транскатетерные методы лечения наиболее распространенных ВПС обладая рядом преимуществ по сравнению с традиционными операциями, являются высокоэффективными и при соблюдении показаний могут быть рекомендованы в качестве метода выбора в комплексном лечении этой категории больных.

**ОДНО- И МНОГОСОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСЕННЫЙ COVID-19****Юлдошев Н.П.<sup>1</sup>, Журалиев М.Ж.<sup>2</sup>, Нагаева Г.А.<sup>2</sup>, Ли В.Н.<sup>2</sup>****<sup>1</sup>Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г.Карши, Узбекистан;****<sup>2</sup>-СП ООО многопрофильный медицинский центр «Ezgi Niyat», г.Ташкент, Узбекистан**

**Цель:** Сравнительный анализ данных коронароангиографии (КАГ) у больных коронарной болезнью сердца в зависимости от количества пораженных сосудистых бассейнов во взаимосвязи с перенесенным в анамнезе Covid-19.

**Материал и методы:** Было обследовано 75 больных ИБС, всем была проведена КАГ, при необходимости – чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием или аорто-коронарное шунтирование (АКШ). Средний возраст больных был  $61,1 \pm 8,9$  лет. Соотношение мужчин и женщин – 46/29. По данным КАГ оценивали – среднее количество пораженных коронарных артерий ( $\sum_{КА}$ ); среднее количество пораженных сосудистых сегментов ( $\sum_{СС}$ ) на 1 больного; среднюю длину атеросклеротического поражения (L, мм); средний диаметр пораженной артерии (d, мм); средний про-

цент стеноза (%) на 1 больного и среднее количество установленных стентов (n) на 1 больного. В ходе исследования было установлено, что у 25 (33,3%) больных по данным КАГ никаких сосудистых поражений не отмечалось (т.е. у них венечные артерии были чистые). Эти пациенты были исключены из анализа. У 14 (18,7%) больных на КАГ фиксировались 1-сосудистые поражения – эти больные вошли в 1 группу исследования. У оставшихся 36 (48,0%) пациентов имелись многососудистые поражения – эти больные вошли во 2 группу.

**Результаты:** Анализ результатов КАГ показал, что в 1 группе  $\sum_{СС} = 2,1 \pm 1,0$  на 1 больного;  $L = 25,2 \pm 15,0$  мм;  $d = 3,0 \pm 0,5$  мм; средний процент стеноза =  $81,8 \pm 12,1\%$  и  $n = 1,1 \pm 0,2$  на 1 больного. Во 2 группе аналогичные показатели составили –



$\Sigma_{CC} = 4,8 \pm 2,0$  на 1 больного ( $p=0.000$ );  $L = 31,7 \pm 10,9$  mm ( $h=0.096$ );  $d = 3,0 \pm 0,4$  mm ( $p=1.000$ ); средний процент стеноза =  $87,6 \pm 13,0\%$  ( $p=0.156$ ) и  $n = 2,0 \pm 0,8$  на 1 больного ( $p=0.000$ ).

Поражения ствола левой коронарной артерии имело место только у больных 2 группы, составив 13,9% случаев ( $p=0,345$  и  $\chi^2=0,893$ ). Поражения передней нисходящей артерии фиксировались в 1 группе – в 57,1% случаев и во 2 группе – в 83,3% случаев ( $p=0,115$  и  $\chi^2=2,491$ ). Поражения правой коронарной артерии в 1 группе отмечалось у 21,4% больных и во 2 группе – у 63,9% респондентов ( $p=0,017$  и  $\chi^2=5,679$ ). Во 2 группе 11,1% пациентам было рекомендовано проведение АКШ ( $p=0,472$  и  $\chi^2=0,518$ ).

Перенесенный в анамнезе Covid-19 у больных 1 группы имел место в 28,6% случаев и у больных 2 группы – в 36,1% случаев ( $p=0,863$  и  $\chi^2=0,030$ ).

**Заключение:** Таким образом, при ИБС, многосудистые поражения характеризуются более сложными нарушениями в коронарном русле, стволыми поражениями (13.9% случаев) и необходимостью проведения АКШ (11,1% случаев), а также более частыми указаниями в анамнезе (36,1% vs 28.6%) на перенесенный Covid-19. Последний можно рассматривать либо как фактор, ухудшающий показатели КАГ, либо наоборот – многосудистые поражения были фактором риска заражения Covid-19, что требует дальнейшего более глубокого изучения в этом направлении.



## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СТОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА АУТОПЕРИКАДОМ ПО МЕТОДИКЕ OZAKI

БАЗЫЛЕВ В.В., ТУНГУСОВ Д.С., БАБУКОВ Р.М., БАРТОШ Ф.Л., МИКУЛЯК А.И.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия

**Цель исследования:** анализ отдаленных результатов после протезирования створок аортального клапана аутоперикадом по методике OZAKI.

**Материал и методы.** В проспективном одноцентровом исследовании проведен анализ отдаленных результатов 528 пациентов, которым выполнено протезирование створок по методике Ozaki в период с 2015 по 2019 год. Возраст пациентов от 14 до 74 лет (средний возраст  $59 \pm 11$  лет). Максимальный период наблюдения составил 68 месяцев, средний период наблюдения  $40 \pm 12$  месяцев.

**Результаты.** Госпитальная летальность зарегистрирована в 12 (2,2%) случаях. В раннем послеоперационном периоде отмечено значимое улучшение гемодинамических показателей аортального клапана. В отдаленном периоде наблюдения зарегистрировано 39 (7,4%) летальных событий. У 27 (5,1%) пациентов зарегистрированы рецидивы выраженной аортальной недостаточности в основном в период наблюдения до 12 месяцев за счет пролапса правой и некоронарной створки. Из них у 25 пациентов размеры имплантированных створок были более 29 размера (от 31–37) согласно шаблону Ozaki. У 4 (0,7%) пациентов зарегистрированы случаи тромбоэмболических событий. Зарегистрированы случаи инфекционного эндокардита у 5 (0,9%) пациентов. В максимальный

период не наблюдалось статистически значимого увеличения трансортальных градиентов и уменьшения площади эффективного отверстия аортального клапана. Отмечался значительный регресс гипертрофии ЛЖ и увеличение контрактильной функции ЛЖ. В отдаленном периоде наблюдения не было выявлено ни одного случая структурной-дегенерации створок, свобода от структурно-дегенеративных изменений створок составила 100%. По результатам анализа Каплана-Майера свобода от летального исхода и реоперации в максимальный период наблюдения составляла 92,2% и 94% соответственно. По результатам регрессии Кокса независимыми предикторами летальности в отдаленном периоде наблюдения показатель индекс УО [ОШ 1,5 (95% ДИ 0,9–1,9);  $p=0,008$ ], независимым предиктором рецидива аортальной регургитации являлся большой размер имплантированной створки размер более 29 [ОШ 20 (95% ДИ 3,9–101);  $p<0,001$ ].

**Выводы:** 1. Процедура Ozaki демонстрирует хорошие результаты и гемодинамические характеристики нео-аортального клапана в отдаленном периоде наблюдения.

2. Пациенты с имплантированными большими размерами створки более 29 размера по шаблону Ozaki имеют высокий риск рецидива аортальной а регургитации.

## СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ С СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЖ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ И АУТОПЕРИКАРДОМ ПО МЕТОДИКЕ OZAKI

*БАЗЫЛЕВ В.В., ТУНГУСОВ Д.С., БАБУКОВ Р.М., БАРТОШ Ф.Л., ЛЕВИНА А.В. МИКУЛЯК А.И.*

*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия.*

**Цель исследования:** Сравнить непосредственные и отдаленные результаты у пациентов с выраженным стенозом аортального клапана с сниженной фракцией выброса ЛЖ (LFLG) после протезирования аортального клапана биологическим протезом и аутоперикардом по методике Ozaki

**Материал и методы.** Из проспективно собранной базы данных, мы определили всех пациентов подходящих под критерии тяжелого симптоматического аортального стеноза LFLG со сниженной фракцией выброса ЛЖ, которым было выполнено либо протезирование АК аутоперикардом, либо изолированное протезирование АК биопротезом. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа, 67 пациентов протезированные биологическим протезом средний возраст  $65 \pm 5$  лет. – 2 группа, 62 пациента после реконструкции клапана аутоперикардом по методике Ozaki средний возраст  $64 \pm 7$  лет.

**Результаты;** Анализируемые группы пациентов были сопоставимы по клинико-морфологическим характеристикам. Госпитальная летальность была выше в группе протезирования створок аутоперикардом  $p=0,03$ . Имплантации ЭКС требовалось больше в группе протезирования биологическим протезом  $p=0,04$ . В отдаленном периоде наблюдения трансортальные характеристики и толерантность к физической нагрузке была лучше в группе после реконструкции створок аутоперикардом. В отдаленном группах протезирования биологическим клапаном и протезирования

аутоперикардом периоде не наблюдалось достоверной разницы в количестве летальных событий, (37% против 27%  $P=0,3$ ), (HR 92 ДИ 0,7–1,3). Пациенты группы с биологическим клапаном чаще имели рецидивирующую сердечную недостаточность, (40% против 17%  $P=0,01$ ), (HR 65 ДИ 0,54–0,9). Неврологических осложнений было значительно больше в группе после протезирования биопротезом, в сравнении с группой протезирования аутоперикардом (15,6% против 3,2  $P=0,04$ ), (HR 0,7 ДИ 0,54–0,9). По результатам мультивариантной логистической регрессии значимыми независимыми предикторами госпитальной летальности у пациентов с LFLG являются и время ишемии HR 1,6 (95% CI 0,93 ; 2,2 )  $p=0,02$ . По результатам регрессии Кокса независимыми предикторами летальности в отдаленном периоде наблюдения у пациентов с LFLG являются GLS HR 1,5 (95% CI 0,98; 2, 5)  $p=0,01$ .

**Выводы.** 1. У пациентов с выраженным аортальным стенозом со сниженной фракцией выброса (LFLG) выживаемость через 5 лет аналогична как после протезирования створок аутоперикардом так и после протезирования биологическим протезом.

2. Пациенты с выраженным аортальным стенозом со сниженной фракцией выброса (LFLG) после протезирования биологическим протезом в отдаленном периоде могут иметь более высокий риск тромбоэмболических событий и более частую госпитализацию по поводу обострения ХСН.

## РЕГИОНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ МАЛОГА ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

*ГОЙИБОВ С.С., ШАРИПОВ И.Л., ХОЛБЕКОВ Б.К.*

*Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан*

В последнее годы для анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств на нижних конечностях и органах малого таза вновь стали применять спинно-мозговую анестезию (СА). Метод позволяет обеспечить высокоэффективную сегментарную сенсорно моторную блокаду, предотвращает развитие многих нейровегетативных реакций во время операции, практически безопасен.

**Цель работы.** Изучить гемодинамические реакции у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска во время анестезии и в ближайшем послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 44 пациента с высоким сердечно-сосудистым риском при производстве практологических операций. Из них 34 мужчины, 10 женщин (с 55 до 72 лет). Анестезию выполняли при плановых операциях по поводу пластики промежности, геморройэктомия. Больные были разделены на 3 группы: 1 группа артериальная гипертензия (АГ) (от 1–5 лет); 2 группа АГ (от 5–10 лет); 3 группа АГ (более 10 лет). После премедикации: димедрол (0,2 мг/кг), атропин (0,01 мг/кг) и дроперидол (0,15 мг/кг) под местной инфильтрационной анестезией на уровне  $L_2 - L_4$  (не выше) производили





спинно-мозговую пункцию с последующим введением обезболивающего раствора бупивакаина (10–15 мг). После введения обезболивающих растворов больных поворачивали на спину и создавали положение Фовлера, поворотом стола на 15–20°. СА сопровождалась внутривенной инфузией, глюкозо-солевых растворов объеме 6–8 мл/кг. В ситуациях, когда оперативные вмешательства затягивались, а хирургическая стадия СА подходила к концу, анальгезию поддерживали внутривенным введением небольших доз диазепама или дроперидола. Эффективность СА оценивали по общепринятым клиническим признакам; частота дыхания (ЧД), частота сердечных сокращений (ЧСС), дыхательный объем (ДО), минутный объем дыхания (МОД), сатурацию кислорода (SaO<sub>2</sub>) контролировали по монитору BPM–300.

**Результаты.** При оценке исходного состояния гемодинамики у обследованных пациентов выявлен гиподинамический тип кровообращения с недостаточной компенсаций сниженных производительных параметров сердца за счет увеличения частоты сердечных сокращений. В 1 группе интраоперационном и послеоперационном

периоде отмечалось повышение на 20–25% от исходного. Во 2–3-группах АД понижались на 10–12% в интраоперационном периоде, а в послеоперационном периоде понижалось на 5–7%. По окончании операции у ряда больных контролируемых групп появились чувство дискомфорта и умеренные болевые ощущения, а пациенты основной группы жалоб на боли и неприятные ощущения не предъявляли. Согласно клиническим показателям обследования продолжительность хирургической стадии СА с использованием гипербарического раствора бупивакаина составила 50–60 минут, а послеоперационная более 120 минут.

**Выводы.** Таким образом, СА анестезия гипербарическим раствором бупивакаина – высокоэффективна и является достаточно безопасным способом регионарного обезболивания, который может быть рекомендован при длительных операциях на промежности и нижних конечностях у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском во время анестезии и в ближайшем послеоперационном периоде.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА У ВЗРОСЛЫХ

**ШАРИПОВ И.М., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ЖАББАРОВ О.О., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ФОЗИЛОВ Х.Г.**

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** анализ госпитальных результатов после пластики дефекта межпредсердной перегородки (дмпп) заплатой из аутоперикарда.

**Материал и методы:** В перспективном одноцентровом исследовании проведен анализ отдаленных результатов 14 пациентов. Среди оперированных: 3 мужчин и 11 женщин, у которых выполнено пластика дмпп через боковой торакотомный доступ с периферической канюляцией в период с 01.01.2021 по 01.08.2021гг. Возраст пациентов от 20 до 37 лет (сред. возраст 20±7). Средний госпитальный период наблюдения 8±3 дней.

**Результаты:** В раннем послеоперационном периоде улучшился гемодинамический показатели по ЭХОКГ у всех пациентов. Госпитальная летальность не зарегистрирована. Средняя продолжительность операции 140±21 мин. Время искусственного кровообращения составило 36±6 мин, время пережатия аорты составило 12±4 мин. Явления сердечной недостаточности и почечной

недостаточности не отмечались. Предсердные нарушения ритма регистрировались в 14%(n=2) случаев, рестернотомия по поводу повышенного отделяемого по дренажам и поверхностные раневые осложнения со стороны боковой торакотомной раны не были выявлены.

**Выводы:** При контрольной ЭхоКГ не выявлены гемодинамические дефекты. Пациенты оперированные по поводу пластики дефекта межпредсердной перегородки через мини-торакотомию (правая вертикальная инфра-аксиллярная торакотомия, правая переднебоковая торакотомия) в отдаленном периоде предсердные нарушения ритма и фатальные осложнения не наблюдались. Операции на сердце из мини-торакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на сердце с хорошими непосредственными результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА

ШАРИПОВ И.М., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ФОЗИЛОВ Х.Г.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г.Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** Оценить госпитальные результаты мини-инвазивных вмешательств на митральном клапане.

**Материалы и методы:** С января 2021 года по августа 2021 года в Республиканском специализированном научно-практическом центре кардиологии проведено 30 операций на митральном клапане из мини-доступов. Доступы осуществлены через правую передне-боковую торакотомию (14) и правую вертикальную инфра аксиллярную торакотомию (14), правую передне боковую торакотомию с видеоторакоскопической поддержкой (2). Среди оперированных 8 мужчин и 22 женщин. Средний возраст пациентов составил  $52,6 \pm 12,1$  лет, средний вес  $64,6 \pm 19$  кг. Средняя ФВ ЛЖ –  $48,6 \pm 8,5\%$ . Большинство больных исходно страдали ХСН II-A стадии 20 (68%) и ХСН II-B стадии 10 (32%), по NYHA II (32%) и III (68%) функциональные классы. По причине этиологии порока 70% больных имели ревматический генез порока сердца и более 30% пациентов – синдром соединительнотканной дисплазии. По характеру поражения МК преобладала недостаточность у 11 больных (36,8%), стеноз МК выявлен у больных 5 (15,7%), сочетанный порок МК – в 14 (47,3%) случаев. Во всех случаях интраоперационно выполнялась ЧПЭхоКГ. Доступ к сердцу осуществлялся из правосторонней передне-боковой миниторакотомии у 16 больных и правой вертикальной инфра аксиллярной торакотомии в IV межреберье у 14 больных. Средняя длина кожного разреза составила  $7,3 \pm 2,7$  см. Через отдельные проколы вводилась видеокамера (в 2 случаях проводилось

протезирование с видеоторакоскопической поддержкой) и зажим Chitwood для пережатия аорты. Использовался специальный набор для миниинвазивной хирургии «Valve XS» фирмы «Aescular». Операции выполнялись в условиях ИК с нормотермической перфузией и холодовой кардиopleгией. Подключение АИК выполнялось через бедренные сосуды. Виды оперативного вмешательства: протезирование митрального клапана–20, протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана–6, протезирование митрального клапана и пластика левого предсердия по «Kawazoe»–3, протезирование митрального клапана, пластика трикуспидального клапана, тромбэктомия из левого предсердия и пластика левого предсердия «Kawazoe»–1. Среднее время операции составило  $239 \pm 45$  мин. Среднее время ИК составило 103, среднее время пережатия аорты –  $64 \pm 28,7$  минут.

**Результаты:** В целом неосложненный послеоперационный период наблюдался у 27 (90%) больных. В одном случае наблюдалось постоперационное кровотечение, что потребовало повторную торакотомию с определением и ликвидацией источника кровотечения.

**Заключение:** Операции на митральном клапане из миниторакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на митральном и трикуспидальном клапанах с хорошими результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОРНЯ И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ

НАЗАРОВ Х.Б., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Д.М., КУРЯЗОВ Ш.Р., ДАВЛЕТОВ М.Д.

*Ургенчский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ургенч, Узбекистан*

**Цель исследования:** оценить первые результаты хирургического лечения больных с патологией корня и восходящего отдела грудной аорты.

**Материал исследования:** В Ургенчском филиале Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии с 2018 по 2021 г., выполнено 9 операций на корне и восходящем отделе грудной аорты. Мужчин было –6, женщин – 3. Возраст

больных колебался с 28 по 64 лет ( $47,1 \pm 9,1$ ). Осложненное течение – стеноз сонных артерий – в 2 случаях, ИБС – 2, ГБ и АГ – 5, СД II типа – 1, гастрит (хронический, катаральный, эрозивный) – 4, хронический холецистит –3, хроническая анемия – 6. Все больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. ФВ ЛЖ  $60,6 \pm 3,7\%$ . Истинные аневризмы восходящей аорты обнаружены у 7 больных, хроническое



расслоение у 2. У 6 пациентов аневризмы были средних размеров (5–7см), у 3 – малого размера (3–5см). Причина заболевания ВПС, двухстворчатый аортальный клапан в 3 случаях, болезнь Марфана –1, дегенеративный аортальный порок – 5.

**Результаты:** Все операции выполнены из полной стернотомии, в условиях ИК-КП. Среднее время ИК составило  $247,4 \pm 16,4$  мин., пережатие аорты –  $144 \pm 9,3$  мин., операции –  $518 \pm 16,4$  мин.. У 2 больных во время операции применена ретроградная церебральная перфузия, которая в среднем составила  $53 \pm 2$  мин., а также гипотермия до  $21 \pm 1$  Цельсия, у 1го из них с циркуляторным арестом в течении 10 мин.. Больным были выполнены следующие операции: операция Wheat – 4, операция Bentall-DeBono – 3, операция F.Robicsek с АКШ – 1, супракоронарное протезирование восходящей аорты – 1. Все больные нуждались в

кардиотонической поддержке двух кардиотоников (адреналин, допамин) в средних дозах. Время п/о ИВЛ  $10,1 \pm 3,0$  ч. Длительность пребывания в ОРИТ – 2–3 суток. Осложнение ближайшего п/о периода возникло у 1 больного после операции Wheat на 2е сутки – транзиторное ОНМК. Госпитальной летальности нет. Все больные выписаны  $15 \pm 2,0$  на сутки под наблюдения кардиолога. В одном случае больной переведён для лечения и реабилитации в неврологическое отделение.

**Выводы:** Больные с патологией корня и восходящего отдела грудной аорты относятся к тяжелой категории, что требует более тщательного подхода в предоперационной подготовке и выборе тактики хирургического лечения. Хирургическая коррекция занимает большего времени окклюзии аорты и ИК, а иногда требует использования ретроградной церебральной перфузии, низкой гипотермии и циркуляторного ареста.

## НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ FLORIDA SLEEVE – КЛАПАНСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРНЕ АОРТЫ

**ЖАЛИЛОВ А.К., ЭФЕНДИЕВ В.У., ЮЛДОШЕВ Н.П.**

*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан*

Основными клапаносохраняющими операциями в арсенале современной хирургии аневризм корня аорты с сопутствующей аортальной недостаточностью являются реимплантация и ремоделирование корня аорты. Проблемы для широкого распространения клапаносохраняющих операций является их сложность и длительность, определенная непредсказуемость, а выбор протеза и визуальная оценка качества коррекции основаны в большей степени на опыте оперирующего хирурга. В 2005 году P. Hess предложил методику Florida Sleeve, которая позволила по-новому взглянуть на сохранение аортального клапана [6]. Технология подразумевает реимплантацию всего корня аорты в дакроновый протез соответствующего размера, необходимого для достижения адекватной компетентности клапана аорты, без необходимости реимплантации устьев коронарных артерий.

**Материал и методы.** 5 пациентам была выполнена клапаносохраняющая операция по методике Florida Sleeve у пациентов с аневризмой восходящего отдела аорты и аортальной недос-

таточностью. Средний возраст больных –  $56 \pm 13$  лет.

**Результаты.** Среднее время пережатия аорты составило  $84,3 \pm 13,2$  минут, среднее время ИК –  $114 \pm 14,5$  минут. В одном случае в связи с фиброзом створки АК удалось адекватно выполнить данную технику, пациенту выполнили операций Бенталл де боно. Случаев осложнений и летальности не было. В ОРИТ пациенты находились в среднем  $13,4 \pm 4,4$  часов. Длительность госпитализации после операции составила  $6,4 \pm 1,2$  дня. У всех пациентов на контрольной ЭхоКГ – скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6–8 мм рт.ст., регургитации не было.

**Выводы.** Методика реимплантации корня аорты в протез позволяет оптимально скорректировать патологические изменения корня аорты без протезирования аортального клапана. Методика клапаносохраняющего экзопротезирования КА, снижает сложности реконструкции КА с восстановлением функции АК.



## НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ OZAKI (пластическая реконструкция аортального клапана из аутоперикарда) В КАРШИ

**ЖАЛИЛОВ А.К., ЭФЕНДИЕВ В.У., ЮЛДОШЕВ Н.П., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., АБДУРАХМОНОВ С., ЯРБЕКОВ Р.Р., МУРАДОВ М.М.**

**Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан**

Введение. Пороки аортального клапана (АК) все чаще встречаются среди индивидуумов молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время при стенотическом поражении АК чаще применяют протезирование искусственными механическими и биологическими клапанами сердца. Механический протез требует постоянного контроля реологии крови, приема антикоагулянтов, что в свою очередь снижает качество жизни пациента и сопряжено осложнениями антикоагулянтной терапии. При использовании биологических протезов имеется большая вероятность повторной операции в будущем, которая сопряжена с повышенным риском осложнений и летальности. Альтернативной тактикой является пластическая реконструкция аортального клапана путем неоккупитизации из аутоперикарда по методике Ozaki.

**Материал и методы.** С 2019 г по 2021 г в отделении кардиохирургии каршинского филиала Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии выполнены 20 пластических реконструктивных операций на аортальном клапане с использованием аутоперикарда пациента по методике Ozaki. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. Все пациенты имели различную патологию аортального клапана (у 1 пациентов – юникуспидальный клапан, у 6 – бикуспидальный, и у 13 – трикуспидальный дегенеративный). Аутоперикард выделяли размером 12×12 см, далее его обрабатывали глутаровым альдегидом, после иссечения створок

АК выкраивали новые створки на основе шаблонов Ozaki. Новые створки АК пришивались к фиброзному кольцу, формировались новые комиссуры. Контроль проводился интраоперационной чреспищеводной эхокардиографией.

**Результаты.** Среднее время пережатия аорты составило 84,3±13,2 минут, среднее время ИК – 114±14,5 минут. В 10 случаях нам удалось выполнить пластическую реконструкцию АК (в 4 – бикуспидальный, в 6 случаях – трикуспидальный). В одном случае в связи с узким фиброзным кольцом АК (14 мм) не удалось адекватно выполнить неоккупитизацию, пациенту выполнили протезирование механическим протезом. Случаев осложнений и летальности не было. В ОРИТ пациенты находились в среднем 13,4±4,4 часов. Длительность госпитализации после операции составила 6,4±1,2 дня. У всех пациентов на контрольной ЭхоКГ – скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6–8 мм рт.ст., регургитации не было.

**Заключение.** Современная реконструктивная методика Ozaki с использованием аутоперикарда пациента для неоккупитизации АК позволяет эффективно и безопасно восстановить гемодинамические характеристики АК, дает возможность пациенту не принимать антикоагулянты, увеличивает качество жизни пациента. Учитывая высокую заболеваемость населения стенотическим поражением АК, высокую эффективность и безопасность операции Ozaki, следует ее активно внедрять в кардиохирургическую

## КАТТА ЁШДАГИ БЕМОЛРАДА БУЛМАЧАЛАРАРО ТУСИК ДЕФЕКТИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ ВА ТАБИЙ КЕЧИШИ АСОРАТЛАРИ

**НУРУЛЛАЕВ Р.Р., ХАЖИЕВ Б.С., СОБУРОВ С.М., СОБИРОВ Б.М.**

**Республика Ихтисослашган Кардиология Илмий-амалий Тиббиёт Маркази Урганч филиали.**

**Кириш.** Тугма юрак нуксонларини хирургик даволаш одатда эрта ёшда амалга оширилади. Шу билан бирга, айрим беморлар эрта ёшда турли сабаблар билан операция қилинмасдан қолади ва ката ёшда кардиохирургик ёрдамга мухтож булади.

Катталарда булмачалараро тусик дефекти, барча булмачалараро тусик дефектини 22–30% ни ташкил қилади. Бу нуксон катта клиник ахамиятга эга, чунки бу нуксон билан беморлар ката ёшларгача, баъзида қари-

ялик давригача етиб бориши мумкин. Булмачаларарор тусик дефектида асосий патогентик механизмлардан бири – конни чап булмачадан унг булмачага хайдалиши ва бу уз навбатида юрак унг қисмларини хажмий зуриқишига, қичик кон айланиш доирасида гипертонемия кузатилишига сабаб булади. Бу нуксон узок вақтгача клиник белгиларсиз кечиши мумкин, чунки булмачалардаги систолик босим фарқи ката эмас. Шунинг учун аускультацияда факат юмшок систолик шовкин эшитилади. Булмачалараро тусик дефекти 30–40 ёш-



дан кейин турли хил аритмиялар, зуриқишга чидам-лилик пасайиши билан, упка артерияси гипертензияси ва юрак етишмовчилиги белгилари билан намоеън булади. Нуксонни хирургик даволаш ёшидан катъий назар, упка артериясида кайтмас юкори гипертензия аникланмаса барча беморларга утказилиши керак.

Булмачалараро тусик дефекти асосан доплер эхокардиография текшириш усули оркали аникланади. Бу усулда дефект жойлашуви, улчамлари, упка артерияси гипертензияси даражасини аниклаш мумкин булади.

**Мақсад:** булмачалараро тусик дефекти билан катта ёшдаги беморларда хирургик даволашнинг бевосита натижаларини ва табиий кечиш асоратларини урганиш.

**Материал ва усуллар.** Республика Ихтисослашган Кардиология Илмий-амалий Тиббиёт Маркази Урганч филиалида 2010–2020 йиллар оралигида «Булмачалараро тусик дефекти» ташхиси билан жами 206 бемор операция килинган. Шулардан 79 (38,3%) нафарини 18 ёшдан ошган беморлар ташкил қилади, аёллар 58 (73,4%), эркеклар 21 (26,6%).

Натижалар. Булмачалараро тусик дефекти 4 (5,1%) нафар беморда упка артерияси стенози,

2 (2,5%) нафар беморда коринчалараро тусик дефекти, бир (1,3%) нафар беморда Даун синдроми билан бирга учраган. Упка артерияси гипертензияси III<sup>а</sup> даражали 5 (6,3%) нафар беморда, II-даражали 18 (22,8%) нафар беморда аникланган. Турли хилдаги юрак ритми бузилишлари 9 (11,4%) нафар беморда кайд қилинган. Операция 78 (98,7%) нафар беморда муваффақиятли утказилган, бир (1,3%) нафар бемор операциядан кейинги даврнинг 3-хафтасида улган. Улим сабаби йирингли медиасиенит, септик холат.

**Хулоса.** Текшириш натижалари шуни курсатадики, катта ёшдаги беморларда инфекцион эндокардит, уч табакали клапан нисбий етишмовчилиги, упка артерияси гипертензияси, юрак етишмовчилиги ва турли хил аритмиялар ривожланиш хавфи юкори булади. Инфекцион эндокардит камдан-кам учрашига қарамасдан ута хавфли асорат ҳисобланади. Келтирилган маълумотлардан шуни хулоса қилиш мумкинки, булмачалараро тусик дефекти билан беморлар эрта ёшда операция қилиниши зарур ва шундагина яхши натижаларга эришиш мумкин.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ОБРАТНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКА

НУРУЛЛАЕВ Р.Р., СОБУРОВ С.М., ХАЖИЕВ Б.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ургенчский филиал*

У 90–98% больных с правосформированным и праворасположенным сердцем встречаются врожденные пороки сердца (ВПС), которые у 96,7% из них носят множественный характер. Чаще всего сочетается транспозиция магистральных сосудов (ТМС) с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), клапанным или подклапанным стенозом легочной артерии, дефектом межпредсердной перегородки, аномальным дренажем легочных вен, гипоплазией легочной артерии, открытым артериальным протоком. КТМС – это ВПС «бледного» типа, при котором аорта аномально исходит из морфологически правого желудочка, но физиологически артериального, а легочная артерия исходит из морфологически левого желудочка, но физиологически венозного, при этом сохраняется нормальное кровообращение. Возможны несколько вариантов КТМС: КТМС без сопутствующих ВПС и нормальным расположением сердца; КТМС с сопутствующими ВПС и нормальным расположением сердца; КТМС с сопутствующими ВПС и аномальным расположением сердца.

Приводим собственное клиническое наблюдение подростка С., 14 лет. Мальчик находился в отделении детской кардиохирургии Ургенчского Филиала Республиканского Специализированного Научно – практического Медицинского Центра

Кардиологии с 24.05.2021 г. по 10.06.2021 г. Поступил с жалобами на умеренную одышку при ходьбе, легкий акроцианоз, общую слабость. Из анамнеза: сразу после рождения в первые часы жизни был обнаружен шум в области сердца, заподозрен ВПС. Была проведена ЭхоКГ. Консультирован кардиохирургом, диагностированы декстракардия и ВПС (транспозиция магистральных сосудов и общий желудочек, общее предсердие, стеноз легочной артерии. Гетеротаксия внутренних органов). В мае 2019г больному была выполнена операция наложения межартериального анастомоза (1-этап, между восходящей аорты и левой ветвью легочной артерии). Выписан в удовлетворительном состоянии. Регулярно принимал варфарин, под контролем ПТИ, МНО.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Физическое развитие по массе ниже среднего. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от правой среднеключичной линии. Границы сердца смещены вправо. Тоны ритмичные, приглушены, систолический шум средней интенсивности над предсердной областью с максимумом во 2-м межреберье справа от грудины, выслушивается шум ранее наложенного анастомоза во 2-м межреберье слева от грудины. Печень





пальпируется по левой среднеключичной линии на 1 см ниже реберной дуги, по срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка. В результате углубленного обследования (ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ЭхоКГ, зондирования полостей сердца) ребенку установлен диагноз: правосформированное праворасположенное сердце. ВПС – ТМС, общий желудочек сердца, общая предсердия, клапанный стеноз легочной артерии, Н1. Situs viscerum inversus. СПО наложения межартериального анастомоза (май, 2019г). Рекомендовано оперативное лечение. 31.05.2021г больному выполнена операция наложения двунаправленного кавапульмонального

анастомоза (операция Гленна). Послеоперационный период протекал без осложнений, на 10-е сутки после операции выписан в удовлетворительном состоянии.

**Вывод:** Таким образом, при таких сложных пороках в сочетании аномального расположения сердца и внутренних органов, гемодинамическая коррекция порока дает хорошие результаты. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует сочетание ТМС с общим желудочком сердца и общим предсердием, клапанным стенозом легочной артерии, аномальным положением сердца, обратным расположением внутренних органов у подростка представляет интерес для педиатров, детских кардиологов и кардиохирургов.

## ОРОЛБУЙИ МИНТАКАСИДА БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ТУГМА ЮРАК НУКСОНЛАРИ СТРУКТУРАСИ (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

**НУРУЛЛАЕВ Р.Р., ХАЖИЕВ Б.С., СОБУРОВ С.М., СОБИРОВ Б.М.**

*Республика ихтисослашган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Урганч филиали*

Муаммонинг долзарблиги: ТЮН – болаларда учрайдиган тугма нуксонларнинг 30% ни ташкил килади. ТЮН учраш даражаси буйича, таянч-харакат ва марказий нерв системаси нуксонларидан кейин 3-уринни эгаллайди. Хар бир тирик тугилган 100 та боладан биттасида тугма юрак нуксони учрайди. ТЮН билан беморга вақтида малакали тиббий ёрдам курсатилмас, чакалоқлик даврида 30–50% бола улади, бу курсаткич бир ёшгача – 87% га етади. Замонавий кардиохирургиянинг хозирги даражаси 97% ТЮН билан беморларни хаётга кайтариши имконини беради.

Вилоят перинатал маркази маълумотларига кура (2019 йил), тирик тугилган чакалоқлар сони – 39 782; тугма нукон аникланган беморлар сони – 137 (0,3%); тугма юрак нуксони – 54 (0,14%); тугма нуксонларни 39,4% ни ташкил килади; тугилгандан кейин 7 кун ичида улган чакалоқлар сони – 15 (27,8%);

Кейинги беш йилликда тугма юрак нуксонлари билан беморлар сони кўпайиб бормокда, бу тугма юрак нуксонларини диагностикаси яхшиланганлиги билан боғлиқ. Шунингдек пренатал диагностика йилдан йилга ривожланиб бормокда (Шарыкин А.С., 2011).

Изланиш максоди: Оролбуий минтакасида жойлашган Хоразм вилоятида 2018–2020 йилларда болаларда аникланган тугма юрак нуксони структурасини урганиш.

Текшириш усуллари: 2018–2020 йиллар мобайнида РИКИАТМ Урганч филиали базасида тугма юрак нуксони билан динамик кузатувда булган ва шу йилларда туманларда ташкил килинган тиббий курик натижалари, касаллик структураси ва учраш даражаси тахлил килинган.

Текшириш натижалари: 2018–2020 йиллар оралигида Хоразм вилоятида болаларда тугма юрак

нуксони структураси ва учраш даражаси тахлил килинганда, касалликнинг умумий сони кўпайиб борганлиги аникланди (2018 йил – 582 бемор, 2019 йил–614 бемор, 2020 йил–632 бемор). Тугма юрак нуксонлари структурасида энг кўп учрайдиган нуксонларни септал дефектлар ташкил килди. Септал дефектлар кичик кон айланиш доирасига кўп хажмдаги кон хайдалиши билан характерланади. 2018 йилда коринчалараро тусик дефекти 52,9%, 2019 йилда 51,4%, 2020 йилда 57,7% ни ташкил килган булса, булмачалараро тусик дефекти мос равишда 12,5%, 14,8%, 13,3% ни ташкил килган. Фалло тетрадаси 8,1%, 7,7%, 9,4% ни ташкил килган булса, очик артериал протоки, магистрал кон томирлар транспозицияси, атриовентрикуляр коммуникация билан беморлар улиши 2–4% ни ташкил килган. 2018–2020 йилларда «Болалар кардиохирургияси» булимида стационар шароитда даволанган 508 бемор анамнези тахлил килинганда тугма юрак нуксони ташхиси тугрикхонада 15,6% беморда, 6 ойгача булган даврда 34,1% беморда, 10 ёшгача булган даврда 39,7% беморда аникланган. Колган 10,6% беморда касаллик бехосдан ёки бошка бир касаллик буйича куриқдан утиш пайти аникланган.

Хулоса: Кейинги 3 йил (2018–2020 йиллар) оралигида тугма юрак нуксони билан касалланган беморларни аниклаш сони ошиб бормокда. Тугма юрак нуксонлари ичида коринчалараро, булмачалараро тусик дефектлари, Фалло тетрадаси билан касалланган беморлар кўпчиликини ташкил килади. Тугма юрак нуксони билан беморларни эрта даврда аниклаш ва уларни диагностикасини яхшилаш, даво тактикасини тугри танлашда, турли хил асоратларни олдини олишда катта ахамиятга эга.



## КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ

ПАРДАЕВ Ш. К., ШАРИПОВ И. Л.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования:** Изучить эффективность комбинированной анестезии при симультанных операциях на органах брюшной полости у больных с гипертонией.

**Материал и методы:** В исследование включены результаты хирургического лечения 106 пациентов в возрасте от 35 до 72 лет (сред. 54,6±6,6); мужчин 45–42,5%, женщин 61–57,5% с гипертонией разной степени. Пациенты со симультанной операции распределены следующим образом: резекция желудка и холецистэктомия–24; эхинококкэктомия печени и холецистэктомия – 26; герниолапаротомия и холецистэктомия –28; герниолапаротомия и гистерэктомия–28.

В основной группе (76 больных) выполнена многокомпонентная общая анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией (ЭА). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства производили после стандартной премедикации через 30–40 минут. Выбор уровня пункции, зависел от области оперативных вмешательств. Использовали местный анестетик лонгокаин – изобарический (Украина) в дозе 0,5%–1,5 мг/кг. Контрольную группу составили 30 больных с аналогичными оперативными вмешательствами, которые выполнены с использованием сбалансированной тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. В качестве общего анестетика использовались кетамин в дозах 5 – 6 мг/кг/ч, тиопентал натрия 3–5 мг/кг/ч, препараты НЛА и миорелаксант ардуан 0,04–0,06 мг/кг/ч. Наряду обще клиническими и биохимическими исследованиями во время и ближайшем послеоперационном периоде исследовали ЭКГ (Геолик ЭКЗТ–12–01, Япония), ЭХО-КГ (ACCUVIX QX, Medison, Япония), АД (систолическое, диастолическое, среднее), ЧСС, спирометрию (SpiroCom Standard, ХАИ-МЕДИКА, Харьков, Украина) пульсоксиметрию (SpO<sub>2</sub>) (МПР6–03–«Тритон»Россия). Эффективность анестезии оценили по гемодинамическим данным, уровнем гликемии, а в послеоперационном периоде с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

**Результаты:** Все больные подверженные оперативным вмешательствам отнесены в группу риска II-III ст. по ASA. После выполнения ЭА в исследуемой группе больных отмечено снижение АД на 15–20% от исходного с увеличением ЧСС на 5%. SpO<sub>2</sub> колебалась 96–98%. Исследовании ЭА как компонента анестезиологического пособия позволил уменьшить расход фентанила в основной группе больных в 8–10 раз. Уровни АД (среднее) в исследуемой группе больных отличался стабильностью на всех этапах оперативного вмешательства. В дальнейшем при стабильных показателях гемодинамики, восстановлении адекватного самостоятельного дыхания появилась возможность более ранней экстубации больных основной группы по сравнению с контрольной.

Послеоперационное обезболивание в исследуемой группе больных осуществляли путем введения лонгокаина в эпидуральный катетер в дозе 5 мл (25 мг) 0,5% раствора каждые 6–8 часов. Среди больных контрольной группы в 8 случаях отметили существенный дискомфорт в послеоперационном периоде, связанные с выраженным болевым синдромом, вздутием живота, тошнотой, что требовало дополнительных препаратов для обезболивания. Уровень анальгезии по ВАШ в основной группе оценили 0–1 балл, а в контрольной группе 3–4 балла.

**Выводы:** Комбинированная анестезия при выполнении травматичных симультанных вмешательствах на органах брюшной полости обеспечивает стабильное течение интраоперационного периода, существенное уменьшение дозы наркотического анальгетика и общего анестетика и более раннее пробуждение больного. Послеоперационное обезболивание с помощью эпидуральной анальгезии способствует ранней активации и уменьшению сроков пребывания больных в ОРИТ.



## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИЗ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МИНИ-ТОРАКАТОМИИ

**ШАРИПОВ И.М., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ФОЗИЛОВ Х.Г.**

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** оценить первые результаты операции аорто-коронарного шунтирования из мини-доступа через левостороннюю торакаотомию.

**Материал исследования:** В Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии с 01.01.2021 по 01.08.2021 г. выполнено 11 операций аорто-коронарного шунтирования из левосторонней торакаотомии. Большинство пациентов – мужчины (n=10, 90,9%). Мужчин было 10, женщин – 1. Возраст пациентов колебался от 45 до 73 лет, в среднем 63 лет. Средняя ФВ ЛЖ –  $51,6 \pm 6,5\%$ , средние значения КДО 140 мл. В анамнезе ПИКС был у 8 больных, 4 (36,6%) пациента имели стенокардию ФК II-IV, нестабильная стенокардия диагностирована у 7 (63,6%) пациентов. У всех пациентов наблюдались явления ХСН II А стадии II (42%) и III (53%) ФК по NYHA. Ожирение I-II степени наблюдалось у 3 больных. СД 2-ого типа у регистрировался 4 больных.

**Результаты:** Доступ к сердцу осуществлялся из левосторонней переднебоковой мини-торакаотомии в IV межреберье. Длина кожного разреза колебалась от 6 до 12 см. Средняя длина кожного разреза составила  $7 \pm 2,7$  см. Операции выполнялись в условиях работающего сердца. Конверсия на ИК и стернотомию нет. Время операции от 295 до 415

мин, в среднем 322 мин. Количество шунтов от 2 до 4, в среднем 2,8. В 9 случаях выполнена ЛВГА-ПМЖВ, в 2 случаях аутовена-ПМЖВ. Композитный графт у 4 случаях (2 аутовена-аутовена, 2 ЛВГА-аутовена). Секвенциальные венозные шунты у 2 случаях. Количество венозных шунтов колебалось от 1 до 3, среднее 2,0. Техника «no-touch aorta» использована в 1 случае. Кровопотеря во время операции в среднем 300 мл. Всем пациентам выполнена интраоперационная флоуметрия. Длительность ИВЛ послеоперационном периоде в среднем 5 часов. Время нахождения в ОРИТ в среднем 22 часа. Интраоперационные и послеоперационные осложнения не наблюдались. Госпитальная летальность составила 0%. Койко-день в среднем составил 9 дней.

**Выводы:** При выполнении коронарного шунтирования методом левосторонней переднебоковой мини-торакаотомии отмечается уменьшение кровопотери во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде, уменьшение длительности нахождения пациента в реанимации и в отделении интенсивной терапии. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

## ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗОНЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

**ТЕРЕНТЬЕВА Н.А., БАЗДЫРЕВ Е.Д., КРИВОШАПОВА К.Е., МАСЕНКО В.Л.,  
ВЕГНЕР Е.А., КОКОВ А.Н., БАРБАРАШ О.Л.**

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем  
сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить влияние нарушения костно-мышечного статуса (КМС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на риск развития осложнений зоны вмешательства после проведения коронарного шунтирования (КШ).

**Материал и методы.** В исследование включено 387 пациентов в возрасте 65 (59;69) лет со стабильной ИБС, поступивших для проведения планового КШ. Оценка костно-мышечной функции включала верификацию саркопении (WGSOP, 2019г.), остеопенического

синдрома (ВОЗ, 2008г.) и при наличии сочетания саркопении с остеопенией/остеопорозом диагностировалась остеосаркопении. Таким образом, были сформированы 2-е группы, в 1-ю группу вошли 105 (27,1%) пациентов с наличием нарушения КМС (52 (49,5%) с саркопенией, 28 (26,7%) с остеопеническим синдромом и 25 (23,8%) с остеосаркопенией). Во 2-ю – 282 (72,9%) пациента с ИБС без признаков нарушения костно-мышечной функции. Анализируемые группы были сопоставимы по возрасту, полу и основной



сопутствующей патологии. Пациентам было выполнено классическое КШ с использованием срединной торакотомии в условиях искусственного кровообращения. В послеоперационном периоде было оценено развитие осложнений со стороны зоны вмешательства (кровотечение, рестернотомия, остеомиелит и диастаз грудины, поверхностная и глубокая инфекция области хирургического вмешательства, кожно-подкожный диастаз, пневмония, гидроторакс потребовавший пункции). При оценке влияния КМС на риск развития анализируемых осложнений рассчитывалось отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ). С целью оценки ранговой значимости, влияния различных факторов риска на вероятность развития осложнений, выполнен анализ с помощью деревьев классификации. Значимость факторов риска оценивалась по условной 100-балльной шкале, за 100 условных единиц (у.е.) принималась значимость предиктора, максимально влияющего на классифицируемый объект.

**Результаты.** В группе пациентов с нарушением КМС осложнения со стороны зоны вмешательства регистрировались статистически больше, по сравнению с пациентами без нарушения костно-мышечной функции. Так, в группе пациентов с нарушением КМС данный вид осложнений

регистрировался у 72 (68,6%) пациентов, тогда как во 2-ой у 158 (56%),  $p=0,025$ . При этом, наличие нарушения КМС ассоциировалось с увеличением риска развития данного вида осложнений в 1,7 раза (ОШ 1,71 95% ДИ 1,06–2,76,  $p=0,026$ ). При оценке ранговой значимости влияния различных факторов, было выявлено, что не только наличие нарушения КМС, но и его варианты имеют достаточно высокий ранг неблагоприятного прогноза. Так, наличие любого нарушения КМС составило 89 у.е., наличие остеопенического синдрома (остеопения/остеопороз) – 69 у.е., изолированная саркопения – 52 у.е., а сочетание снижения мышечной функции (саркопения) и нарушения костной архитектоники (остеопенический синдром), то есть наличие остеосаркопении составило 77 у.е.

**Заключение.** Таким образом, данное исследование показало более высокую частоту развития осложнения зоны вмешательства после выполнения КШ у пациентов с ИБС, имевших исходно различные варианты нарушения КМС. Наличие нарушения костно-мышечной функции ассоциировалось с риском развития анализируемых осложнений более чем в полтора раза, а наличие различных вариантов нарушения КМС продемонстрировали высокий балл ранговой значимости влияния в развитии осложнений.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*ТУРАЕВ Ф.Ф.\*, ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., НАЗАРОВ Х.Б., КУРЯЗОВ Ш.Р., АБДУЛЛАЕВ Д.М., ДАВЛЕТОВ М.Д.*

*Ургенчский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, \*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии им.акад.В.Вахидова»*

**Цель исследования:** оценить первые результаты хирургического лечения больных с клапанными пороками сердца в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал исследования:** В Ургенчском филиале Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии с 2017 по 2021 гг., выполнено 18 сочетанных операций на сердце по поводу клапанных пороков и ИБС. Мужчин было –12, женщин – 6. Возраст больных колебался с 48 по 87 лет ( $61,3 \pm 8,8$ ). НК 2А, ФК по NYHA IV. Осложненное течение – фибрилляция предсердий – в 10 случаях, лёгочная гипертензия – 8, СД II типа – 5, инфекционный эндокардит – 2, ХОБЛ –1, перенесенные ОНМК – 2. Все больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. ФВ ЛЖ  $45,3 \pm 4,4\%$ . Причина порока ревматизм в 10 случаях, ИЭ –1, миксоматоз МК – 4, дегенеративный аортальный порок – 3.

**Результаты:** Все операции выполнены из полной стернотомии, в условиях ИК-КП. Среднее время ИК составило  $169,3 \pm 18,7$  мин., пережатие аорты –  $121,2 \pm 12,1$  мин. Больным были выполнены следующие сочетанные операции: протезирование митрального клапана (ПМК) с коронарным шунтированием (КШ) – 8, протезирование аортального клапана (ПАК) с КШ – 6, пластика митрального клапана с КШ – 2, пластика митрального и трикуспидального клапанов с КШ – 2. Пластика МК выполнена на опорном кольце Карпантье в 4 случаях, а в 14 – имплантировались механические 2х створчатые протезы. В 3 случаях в аортальной позиции – механический протез, в 3 – био.протез Карпантье-Эдвардс. 12 больным было выполнено одно-сосудистое КШ, 4 больным выполнено 2 шунта, в 1 случае – 3 и в одном – 4 шунта. Левая внутренняя грудная артерия была использована как шунт к ПМЖВ ЛКА в 6 случаях. Все больные нуждались в кардиотонической поддержке двух кардиотоников (адреналин, допамин) в средних дозах. Время по





ИВЛ  $12,2 \pm 2,0$  ч. Длительность пребывания в ОРИТ – 2–3 суток. Осложнение ближайшего п/о периода возникло у 2 больных. В 1 случае – больной 75 л., кальцинозом АК IV ст. (операция – ПАК (био. протез) + АКШ – ПМЖВ) на 1е сутки – ОНМК по ишемическому типу. У 2 го – на 5е сутки (операция – ПМК (мех. протез) + МКШ – ПМЖВ, АКШ – ВТК – ОВ (секвенциальный шунт), АКШ-ПКА) возникло кровотечение из острых эрозий желудка (по Форесту Iб), консервативное лечение с положительным эффектом. Госпитальной летальности нет. Все больные выписаны  $14 \pm 2,0$  на сутки под наблюдения

кардиолога. В одном случае больной переведён для лечения и реабилитации в неврологическое отделение.

**Выводы:** Больные с клапанной патологией в сочетании с ИБС относятся к тяжелой категории, что требует более тщательного подхода в предоперационной подготовке и выборе тактики хирургического лечения. Хирургическая коррекция занимает большего времени окклюзии аорты и ИК, а также требует длительного послеоперационного лечения и реабилитации.

## МЕЖАРТЕРИАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ АТРЕЗИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА

**А.А.ХИКМАТОВ, Н.Э. ХУДАЙБЕРДИЕВ, Г.М.ЭГАМОВ**

*Наманганский филиал РСНМПЦК, г. Наманган, Узбекистан*

Межартериальные анастомозы (МАО) до сих пор остаются в числе показаний для хирургической помощи больным с атрезией трикуспидального клапана (АТК).

Нами проанализированы результаты МАО у 32-х больных в возрасте от шести до 16 лет, оперированных с 2006-го по август 2021 год с трикуспидальной атрезией. В их числе было 14 мужчин (64,2%), женщин – 18 (35,8%). У всех больных отмечался цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Насыщение капиллярной крови кислородом колебалось от 34 до 71%, В 24-х (67,9%) случаях операции выполнены по Вишневному-Донецкому слева; в 6-ти (32,1%) случаях – по Вишневному-Донецкому справа.

Все больные хорошо перенесли операцию, причем у пациентов, которым операция выполнена по Вишневному-Донецкому справа, ближайший послеоперационный период протекал легче. Во всех случаях отмечено улучшение общего состояния больных, исчезновение гипоксемии и одышно-цианотических приступов с хорошей толерантностью к нагрузке (II ФК по NYHA). Госпитальная летальность составила 0,47% (один больной с ОНМК, мозговая кома). В отдаленные сроки после МАО артериальная гипоксемия в связи с дополнительной объемной нагрузкой на ЛЖ становится причиной ухудшения его функционального состояния, т.е. положительный эффект этих анастомозов не носит постоянный характер. Следовательно, со временем этим больным придется перенести повторное хирургическое вмешательство.

Как мы можем увидеть из сущности форм оперированных больных, радикальное лечение практически невозможно из-за тяжести патологии. Так, в специализированных кардиологических центрах мира значительно реже выполняются межартериальные анастомозы и предпочтение чаще отдается гемодинамическим операциям.

Не очень большой опыт выполнения МАО больным с АТК не позволяет делать окончательных выводов, однако клинические наблюдения показывают, что в отличие от больных, перенесших гемодинамическую коррекцию порока, у данных пациентов не наблюдаются транссудация в плевральные полости как в раннем, так в отдаленном послеоперационном периоде, менее заметны признаки недостаточности кровообращения.

Операция по гемодинамической коррекции порока у больных с АТК показана больным в возрасте от 4-х до 15 лет и массой тела более 13 кг. Отбор больных для операции по гемодинамической коррекции должен производиться со всей осторожностью лишь после тщательного и всестороннего анализа клинического течения порока; точного определения анатомо-гемодинамических нарушений и оценки функционального состояния сердца и малого круга кровообращения.

Оценивая эффективность операции по сравнению с результатами применения МАО и операции гемодинамической коррекции, отметим, что преимущество последней заключается в полном разделении потоков венозной и артериальной крови. Это создает условия для полного исчезновения артериальной гипоксемии, цианоза и наступления длительного положительного эффекта. Значительно меньше показатели летальности после операции наложения МАО, но они увеличиваются в отдаленные сроки за счет ухудшающегося состояния больных, что требует дополнительных вмешательств. В отдаленные сроки выравниваются показатели выживаемости больных после гемодинамической коррекции порока и у оперированных больных с применением МАО.

МАО является адекватной процедурой при лечении АТК. Операция адекватно увеличивает легочный кровоток и сохраняет возможность дальнейшей гемодинамической коррекции порока.





## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА

*А.А.ХИКМАТОВ, А.У. ХУЖАМБЕРДИЕВ, Н.Э.ХУДАЙБЕРДИЕВ, ЭГАМОВ Ғ.*

*Наманганский филиал РСНМЦК, г. Наманган, Узбекистан*

Инфекционный бактериальный эндокардит трикуспидального клапана (БЭТК) – тяжелое, прогрессирующее заболевание, и в большинстве случаев без своевременной операции дело может закончиться летальным исходом.

**Цель исследования** состоит в обобщении и систематизации нашего небольшого опыта диагностики и хирургического лечения БЭТК. Тем более, что многие тактические вопросы в лечении этого заболевания до сих пор не решены.

Итак, с 2015-го года по август 2021-го года нами оперированы три пациента в возрасте 29, 34 и 46 лет с БЭТК в условиях нормотермического искусственного кровообращения и кардиopleгии. Диагноз был поставлен на основании клинических и эхокардиографических исследований. В нашем случае заболевание развилось на фоне воспалительного процесса, ибо у больных не было выявлено ревматических пороков. При многократных посевах крови высеивались стафилококки. У всех пациентов был диагностирован активный инфекционный эндокардит передней створки трикуспидального клапана с регургитацией третьей степени.

В качестве показаний к операции у всех больных были отмечены неконтролируемый сепсис, разрушение трикуспидального клапана и прогрессирующая сердечная недостаточность. Двоих пришлось оперировать уже в критической ситуации – септическая лихорадка достигла наивысшей точки.

Все больные в ходе предоперационной медикаментозной подготовки получали антибиотики третьего поколения (Цефтраксон) в комбинации с дигоксином, верошпероном и панангином в соответствующей дозе. Этиологией БЭТК в нашем случае явилась стафилококковая инфекция, которая отличалась нетипичным клиническим течением, нестабильностью гемодинамики, тяжестью течения и прогноза.

Доступ к трикуспидальному клапану осуществляли через правое предсердие. Удаление пораженной створки трикуспидального клапана сочетали с обработкой ложа спиртом и/или бетадином. Протезирование трикуспидального клапана произведено биологическим протезом (Metronic). Биологический клапан на удаленной створке фиброзного кольца фиксировали «п»-образными швами на прокладках (этибонд 2/0), а непораженную створку – непрерывным швом (пролен 3/0).

**Результаты** вполне отрядные, смертельных осложнений не было, ближайший и отдаленный послеоперационный период протекал без эксцессов. Так, у пациентки в возрасте 34 лет после операции наблюдалась полная форма АВ-блокады, потребовавшей на 5-е сутки постоянной электрокардиостимуляции, а через две недели после операции у этой женщины восстановился синусовый ритм. Каких-либо рецидивов в срок от 1,5 года до 6 лет после операции не было. Состояние больных вполне удовлетворительное.

Тут можно сделать вывод, что оперативное лечение порока показано всем больным БЭТК с разрушением клапанного аппарата сердца и в высшей точке септической лихорадки. Характерно и то, что операция словно прервала инфекционный процесс даже при его очень остром течении. После хирургической коррекции БЭТК исчезли озноб, лихорадка, улучшились анализы крови, посевы крови становились все более стерильными, очень быстро улучшилось общее состояние.

**Вывод:** Таким образом, при БЭТК протезирование трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения вполне оправданно, так как предотвращает прогрессирующую острую сердечную недостаточность с летальным исходом. То есть, эта операция открывает реальные возможности распрощаться со статусом инвалида-сердечника и вернуться к активной жизни.



## «ОЧИҚ» ЮРАКДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ ДОНОР ҚОНИСИЗ ЎТКАЗИШ

Н.Э.ХУДАЙБЕРДИЕВ, А.А.ХИКМАТОВ, Ғ.М.ЭГАМОВ

РИКИМТМ Наманган филиали, г. Наманган, Ўзбекистан

Сунъий қон айлантириш (СҚА) ва кардиоплегия (КП) шароитида ўтказиладиган юрак операцияларда кўпинча операциядан кейин беморга қон қуйишга тўғри келади. Бироқ донор қони операциядан сўнг беморга қуйилганда у реакция бериб, асорат қолдиради. Баъзи ҳолларда кўнгилсиз ҳодисаларга ҳам олиб келиши мумкин. Бегона қон туфайли бир дарддан қутилган бемор ундан ҳавфлироқ юқумли касалликка чалиниши мумкин. Операциядан толиқиб чиққан бемор янги дард хуружига ҳамиша ҳам бардош бера олмайди. Беморга операция вақтида қон қуймасдан, операция вақтида йўқотган қонини унинг ўзига қайта қуйиш орқали уни турли кўнгилсиз ҳолатлардан сақлаб қолиш мумкин.

**Мақсад:** юракнинг кўп учрайдиган туғма ва орттирилган нуқсонларида ўтказиладиган «очиқ» операцияларда донор қонисиз ўтказиш самарадорлигини кўрсатиш.

**Материал ва методикаси:** РИКИМТМ Наманган филиалида изланишлари натижасида, 2017 йилдан 2021 йилнинг август ойигача юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонларида СҚА ва КП шароитида ўтказилган 624 беморда «очиқ» юракдаги операциялар донор қонисиз ўтказиш техникаси клиникада қўлланилди. Беморларнинг катта қисмида (68,6%) орттирилган юрак нуқсонлари бўлса, қолган 31,4% да юракнинг туғма нуқсонлари СҚА ва КП операция қилинди. Беморларнинг энг кичиги 6 ёшда, энг каттаси 64 ёшда, ўрта ёш – 32±0,86 ёшни ташкил қилди. Уларнинг 371 (59,5%) таси аёллар, қолган қисми (40,5%) эркеклар.

Бу усулнинг моҳияти шундаки, беморнинг ўз қони операциядан сўнг (оксигенатордаги қоннинг ҳаммаси) унинг ўзига қайта қуйилади, шифокорлар ўринсиз ташвиш ва таҳликадан ҳоли бўлади. Оксигенаторга қон ва плазма ўрнини босувчи суяқ доривоситалари ва бошқа дори-дармонлар билан бирга

умумий ҳажми 1–1,5 литр атрофида куйилади. Беморнинг ўз қони унинг дардига донор қонидан бир неча маротаба яхшироқ малҳам бўлиши ҳам амалда исботланди. Беморларда операциядан кейинги даслабки вақтларда (соатларда) олинган умумий қон таҳлилида Гемоглобин ва Эритроцит кўрсаткичлари худди шу беморнинг операциягача бўлган қон таҳлилидаги кўрсаткичлари билан айнан бир хил ёки 4–6%га камайганлиги аниқланди. Бундан ташқари беморларни операциядан кейинги уйғониш даври, экстубация вақти 2 соатдан 8 соатгача бўлган вақтни ташкил этди. Гемодинамик кўрсаткичлари турғун ва нормага яқинлиги сабабли беморларнинг катта қисмида (88,4%) кардиотониклар ишлатилмади. Беморлар операциядан кейин аксарият ҳолларда 5–6 кунлари уйига жавоб берилди.

Донор қонисиз «очиқ» юракда ўтказиладиган операцияларда шифокорларни қувонтирадиган томони шундаки, бирорта беморда реакция кузатилмади ва бемор қон қуйиш оқибатида оғирлашмади, балки тезроқ тузалишга эришди. Бу усулни афзалликлари кўп. Энг аввало, бу усул донор қони тайёрлашга нисбатан жуда арзонга тушади, яъни унинг ютуғи иқтисодий афзаллигидадир. Бундан ташқари у бемор учун ҳам, жарроҳ учун ҳам ниҳоятда хавфсиз, ташвишсиз, таҳликасиз.

**Хулоса:** Бу хайрли иши охириги 3–4 йилда клиникамизда муваффақиятли қўлланилмоқда. Ўтган йиллар мобайнида олтти юздан кўпроқ беморга операциядан сўнг унинг ўз қони қуйилди. Энг муҳими, клиникамиз шифокорлари СҚА ва КП операцияларни ўтказиш учун операциягача бўлган вақтда донор қонини тайёрлаш, операциядан кейин уни қуйиш, донор қони қуйилган беморларни 1–2 кун давомида кузатиш, қайта қон таҳлилларини ўтказиш каби ортикча елиб югуришларда озод бўлди.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БЕЗ МАНИПУЛЯЦИЙ НА ВОСХОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В СРЕДНЕСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ

ЧЕРНЯК А.Л., ПОДПАЛОВ В.В., РУБАХОВ К.О., КОЗАК О.Н., ТРОШИН Е.Д., ШКРЕБНЕВА Э.И., АДАШКЕВИЧ И.М., ЛАБУНЕЦ З.В., ОСТРОВСКИЙ А.Ю.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель работы:** Оценка эффективности традиционного коронарного шунтирования в условиях «работающего сердца» (КШРС) и коронарного шунтирования без манипуляций на восходящем отделе аорты (КШБМА) у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных на основании годичного наблюдения.

**Материал и методы:** Данное исследование является проспективным, одноцентровым, рандомизированным. Объектом исследования явились 80 пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла, которым была выполнена операция коронарного шунтирования в период с 2018 по 2021 гг. 1-ю группу составили пациенты (38 человек), которым было выполнено КШБМА с использованием композитного графта левой внутренней грудной артерии (ЛВГА) и большой подкожной вены (БПВ), выделенной с окружающими тканями. Во 2-ю группу (42 человек) вошли пациенты, которым выполнялось КШРС.

**Результаты:** Пациенты обеих групп были сопоставимы по основным параметрам. Риск кардиохирургического вмешательства по шкале EuroSCORE II составил  $1,43 \pm 0,78\%$  в группе КШБМА и  $1,23 \pm 0,59\%$  в группе КШРС ( $p > 0,05$ ). Тяжесть поражения коронарного русла и количеству баллов по шкале «SYNTAX Score» составило  $25,1 \pm 6,15$  в группе КШБМА и  $24,3 \pm 7,47$  в группе КШРС,  $p > 0,05$ . Летальных исходов на госпитальном этапе в обеих группах не было. Периоперационный инфаркт миокарда (ИМ) возник у 2-х пациентов (4,8%) в группе КШРС. В группе КШБМА ИМ был диагностирован у одного пациента (2,6%). У одного пациента (2,4%) в группе КШРС произошел атеротромботический инсульт в первые сутки после операции. Еще у одного пациента (2,4%) из этой группы развилась транзиторная ишемическая атака на 3-и сутки после операции. В группе КШБМА не было

диагностировано неврологических осложнений. Дозировки периоперационной вазопрессорной поддержки в группе КШБМА ( $0,11 \pm 0,4$  мкг/кг/мин) были ниже ( $p > 0,05$ ), чем в группе КШРС ( $0,13 \pm 0,3$  мкг/кг/мин). Время операции ( $269,4 \pm 61,5$  мин и  $274 \pm 61,7$  мин) и объем интраоперационной кровопотери ( $456,5 \pm 243,5$  мл и  $465,2 \pm 245,4$  мл) достоверно не отличалось в группах. Время нахождения в отделении интенсивной терапии (ОИТ) после операции ( $1,23 \pm 0,49$  и  $1,45 \pm 0,61$  дней) и в кардиохирургическом стационаре ( $11 \pm 3,6$  дней и  $12,7 \pm 5,2$  дней) были достоверно ниже в группе КШБМА ( $p < 0,05$ ).

Через 12 месяцев после операции выполнялся клинический контроль результатов реваскуляризации с проведением коронарошунтографии. У 1 (5,2%) пациента в группе КШРС наступила смерть в результате повторного ИМ через 3 месяца после оперативного вмешательства. В группе КШБМА в одногодичный период отсутствовали случаи смертей, возврата стенокардии напряжения, инфарктов миокарда и повторной реваскуляризации миокарда. В группе КШБМА анастомоз ЛВГА-ПМЖВ был состоятелен у всех пациентов; в группе КШРС у одного пациента (5,2%) наблюдался стеноз ЛВГА в области анастомоза с ПМЖВ. Анастомоз с использованием БПВ в качестве шунта не функционировал в двух случаях (10,5%) в группе КШБМА. В группе КШРС было выявлено пять случаев (у четырех пациентов (21%)) несостоятельности анастомозов с использованием БПВ.

**Заключение:** Метод КШБМА показал преимущество в сравнении с классическим КШ в условиях работающего сердца на раннем послеоперационном госпитальном и среднесрочном этапах у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий.

## АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТРОРАГИЯХ

*САЛОХИДДИНОВ Ш.Н., ЖАЛИЛОВ А.О., АБДУЛЛАЕВ А.Х., ЮСУПОВ М.К., КАМОЛИДИНОВ Б.З.*

*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Наманган, Узбекистан*

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – высоко-технологичное, малоинвазивное, органосохраняющая операция, отвечает современным тенденциям в лечении миомы матки.

**Цель исследования:** оценить эффективность ЭМА в лечении больных с миомой матки, в том числе среди пациенток высокого хирургического риска.

**Материал исследования:** Внутрисосудистая окклюзия маточных артерий выполнена 187 больным с фибромиомой матки осложненной метроррагией в возрасте от 28 до 56 лет. Перед операцией проводилось полное клиническое и гинекологическое обследование. Постгеморрагической железодефицитной анемией страдали 142 больных с миомой. Быстрый рост узлов – у 17 пациенток. Во всех случаях на выбор ЭМА в качестве основного метода лечения повлияло стойкое желание пациенток сохранить орган, а в 25 – возможность сохранения репродуктивной функции. Срок наблюдения больных в постэмболизационном периоде составил от 6 до 12 месяцев. Эмболизации были подвергнуты больные с различными формами расположения узлов. Диаметр миом по данным УЗИ составил от 2,5 до 12 см. Размеры матки соответствовали ее величине при 12 нед. Сопутствующая экстрагенитальная патология была у

79 женщин. В послеоперационном периоде во всех случаях развивался постэмболизационный синдром у 43 больных легкой степени, у 107 средней степени, у 47 тяжелой. Срок пребывания пациенток в стационаре в 85% случаев составил 3–4 дня, в 15% – до 6–7 койко-дней. У одной пациентки наблюдалось повторное кровотечение после ЭМА в течение 1 месяца.

**Методы исследования:** Билатеральная селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнена всем 187 больным. В качестве окклюзирующих агентов использованы частицы поливинилового спирта (ПВС) диаметром 500–700 мк.

**Результаты исследования:** клинический эффект был достигнут в 184 случаях в сроке 1 года (98,4%). В 17 случаях после операции ЭМА наступила беременность. Диаметр миом через 3–6 месяцев составил 0,5 до 6 см. У 172 женщин полностью исчезли или значительно уменьшились клинические симптомы миомы матки.

**Выводы:** Таким образом ЭМА зарекомендовала себя как безопасный и эффективный метод лечения миомы матки, являясь полноценной малоинвазивной и органосохраняющей альтернативой хирургическому лечению миомы матки.

## ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ОЖГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ

*МАХМУДОВА Х.Д.*

*Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель:** Изучение функции печени у ожоговых реконвалесцентов.

**Материал и методы.** Нами изучено нарушение функционального состояния печени у 62 ожоговых реконвалесцентов в сроки от 3 до 18 месяцев. Исследовали: общий белок и его фракции в сыворотке крови, билирубин крови, осадочные пробы, пробу Квика-Пытеля, активность аминотрансфераз (АСТ и АЛТ), сорбитдегидрогеназы (СДГ), сахар крови, общие липиды, холестерин и бетталипопротеиды.

В зависимости от тяжести травмы больные были разделены на две группы: в первой (32 больных) – глубокие ожоги составляли до 20% поверхности тела, во второй (30 больных) – ожоговая поверхность превышала 20% поверхности тела.

**Результаты** и краткое обсуждение. Выявлены гипопропротеинемия /соответственно группам больных 63 и 61 г/л при норме 81,2 г/л, гипоальбуминемия –47,5% и 43,4% при норме 62,7% и гиперглобулинемия – 52,5 и 65,6% при норме 37,3%./ Возникшие в результате ожоговой травмы гипопропротеинемия и диспротеинемия



нормализовались лишь спустя 9–11 месяцев, а в некоторых случаях и позже, после заживления ожоговых ран. Отклонения от нормы тимоловой пробы, обнаружены у больных первой группы в 16 случаях, а у больных второй – в 21.

Проба Квика–Пытеля показала, что ожоговая травма на продолжительное время снижает антиоксическую функцию печени: у больных первой группы она составила 66,2%, а второй 60,3% при норме 75,1%. Отмечено уменьшение на 20 – 22% содержания общих липидов, холестерина и бетталипопротеидов. Следует отметить, что пока-

затели функциональных проб печени в отдалённые сроки после ожоговой травмы оказались лучше у больных, которым проводилась ранняя некрэктомия и аутодермопластика.

**Выводы:** Полученные нами выводы свидетельствуют о том, что функция печени у лиц, перенесших тяжёлую ожоговую травму, остается нарушенной даже спустя несколько месяцев после заживления ожоговых ран. Этот факт необходимо учитывать в плане проведения медицинской реабилитации и при необходимости проведения таким больным операций по поводу контрактур.



# СОДЕРЖАНИЕ

## ТЕЗИСЫ

### Международной научно-практической конференции кардиологов «ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» (12–13 ноября 2021 года, г. Ташкент)

#### КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

- D.M. Abdullaev., Kh.B. Nazarov., A.A. Djumaniyazov., Sh.R. Kuryazov., M.D. Davletov*  
THE FIRST EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE ROOT  
AND ASCENDING THORACIC AORTA  
*Urganch branch of the Republican specialized scientific and practical medical  
center for cardiology, Urganch, Uzbekistan* ..... 3
- Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,  
Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода, Ш.А. Акилова*  
РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТАКОРОНАРНОГОШУНТИРОВАНИЯ  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи г.Ташкент Узбекистан* ..... 4
- Гиёсзода Л.Б.*  
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ  
АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан* ..... 6
- Бахритдинов Ф.Ш., Бахритдинова К.Ф., Бекметова Ф.М., Дониёров Ш.Н.*  
ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЖ У БОЛЬНОГО  
ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ  
*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии  
им. акад. В.Вахидова», ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии РУз* ..... 7
- С.Р. Кенжаев*  
ST СЕГМЕНТ ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ПРЕГОСПИТАЛ ТРОМБОЛИЗИСНИ  
ЧАП ҚОРИНЧА СИСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ  
*Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро, Узбекистан* ..... 8
- Илёсова С.И., Тригулова Р.Х., Исмаилов С.И.*  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ  
COVID-19  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, МЗ РУз Ташкент, Узбекистан* ..... 9
- Марукян Н.В.*  
СТЕНОЗ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ  
ЛЕГОЧНЫХ ВЕН, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
*НМИЦ им ВА Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия* ..... 9
- Ospanbek A. K., Kauizbay Zh.A, Seidakhmetova A. A.*  
STUDY OF THE LEVEL OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH  
MYOCARDIAL INFARCTION IN SHYMKENT USING THE HADS SCALE  
*South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan* ..... 10
- Панасюк О.В.*  
КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ СЕРОСОДЕРЖАЩЕЙ АМИНОКИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ  
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь* ..... 11



Юлдошев Н.П., Холикулов С.Ш., Санакулов Ж.М., Норкулов М.С. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОЛИМУС-ПОКРЫТОГО БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИБС В УЗБЕКИСТАНЕ Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии МЗ РУз, Карши, Узбекистан.....	12
Тригулова Р.Х., Мухтарова Ш.Ш., Умурзакова М.М., Шек А.Б., Ташкенбаева Н.Ф., Алимова Д.А. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИБС С СД 2 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз Ташкент, Узбекистан. Ташкентский медицинский педиатрический институт.....	13
Tursunov E.Ya., Zakirov N.U., Kevorkov A.G. ASSESSMENT OF A HIGH RISK OF ADVERSE EVENTS AFTER PERCUTANEUS INTERVENTION IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND POTENTIAL LIFE THREATENING ARRHYTHMIAS Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent Uzbekistan.....	13
Черняк А.Л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В СРЕДНЕСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь.....	14
Шарапов О.Н., Даминов Б.Т. СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХБП 5Д СТАДИИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан.....	15
Юлдошев Н.П., Холикулов С.Ш., Санакулов Ж.М., Кузиев Ф.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS У ПАЦИЕНТОВ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии МЗ РУз, Карши, Узбекистан.....	16
Юлдошев Н.А., Бекметова Ф.М., Дониёров Ш.Н. ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ ST ЭЛЕВАЦИЯСИЗ БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ШИКАСТЛАНИШИНИ ЭРТА АНИКЛАШДА ТЎКИМА ДОПЛЕРОГРАФИЯСИНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ Республика ихтисослаштирилган Кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази. Қарши филиали.....	17
Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ 12 МЕСЯЧНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ГУ «Республиканский специализированной научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент, Узбекистан.....	17

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТРЫ ССЗ

Абдухамидова Д. Х., Сулайманова Н.Э., Курбанов Б.В. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.....	19
Бадалбаева Н.М., Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Веприцкая Е.В., Рахимова С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ФОКУС НА СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ Андижанский государственный медицинский институт г. Андижан, Узбекистан.....	20
Ермекбаева А.У., Камилова У.К. ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19 Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан.....	20



<i>Кимсанбаев Ж., Мухтаров С.А., Шокирова Д.Б., Усманова Д.Н.</i> РАННИЕ МАРКЕРЫ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра факультетской терапии, г. Андижан, Узбекистан.....</i>	21
<i>Муминов С.Ж., Маъмуров Б.О., Валиева У.А., Инамов А.П., Зайниддинов У.Г., Зиёвиддинов Ш.З.</i> АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии г. Наманган, Узбекистан .....</i>	21
<i>Жураева Х.И., Нуруллоева Ш.Н.</i> РОЛЬ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА О НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан .....</i>	22
<i>Рустамова Х.Е., Ахмедов М.Э., Нуралиева Н.Б.</i> СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ ПОҒОНАСИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ <i>Тошкент давлат стоматологик институти ТТА Урганч филиали, Урганч ш., Ўзбекистон.....</i>	22
<i>Сулайманова Н. Э., Юлдашова Н.Э.</i> ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан.....</i>	23
<i>Ташмухамедова М.К., Абдиева Ю.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ <i>Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан.....</i>	24
<i>Темиркулова Ш.А., Салхожаева К.К., Ешимбетова Д.Д.</i> СОВРЕМЕННЫЕ РИСКИ В ВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID–19 НА УРОВНЕ ПМСП <i>ЮКМА, Шымкент, Республика Казахстан .....</i>	25
<i>Темиркулова Ш.А., Салхожаева К.К., Ешимбетова Д.Д.</i> СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID–19 НА УРОВНЕ ПМСП <i>ЮКМА, Шымкент, Республика Казахстан .....</i>	26
<i>Хашимов А.А., Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М.</i> СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID–19 <i>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии .....</i>	27
<i>Юлдашова Н. Э., Сулайманова Н.Э., Абдухамидова Д.Х.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА <i>Самаркандский государственный медицинский институт, г.Самарканд, Узбекистан.....</i>	28

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

<i>Абдуллаева Г.Ж., Машкурова З.Т., Сафаров Ж.Б.</i> ВЛИЯНИЕ АЗИЛСАРТАНА В КОМБИНАЦИИ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан .....</i>	29
---	----



- Абиева Е.М., Бехбудова В.А., Ахмедова Т.А.  
ПИТАНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
НИИ кардиологии Минздрава Азербайджанской Республики, Баку..... 30
- Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Джумаева А.Ч., Каракулова З.Т., Садикова Г.А.,  
Сабиржанова З.Т., Зуфаров М.А.  
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ КОМОРБИД ХОЛАТИДА КОВИД–19 ЎТКАЗГАН  
БЕМОРЛАРДА БИОКИМЁВИЙ МАРКЕРЛАРИ ВА КАРДИОРЕСПИРАТОР ХОЛАТИГА  
ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ  
ЎзР ССВ Республика Ихтисослаштирилган Терапия ва Тиббий Реабилитация  
илмий-амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент. Ташкентский педиатрический медицинский институт. ....31
- Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А.  
ОРОЛБЎЙИ МИНТАҚАСИДА АСОРАТЛАНМАГАН ГИПЕРТОНИК КРИЗНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ  
ЎЗИГА ХОСЛИГИ  
Қорақалпоғистон республикаси Эллиққалъа ТТБ, Республика ихтисослаштирилган  
кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази.....31
- Бабаджанов А.С., Кадомцева П.В., Пулатова С.Ш., Поликарпова Н.В.  
ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
НА РАННИХ СТАДИЯХ  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан ..... 32
- Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М.  
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАНЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ  
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджанская Республика ..... 33
- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА  
И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПОПУЛЯЦИИ С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан ..... 33
- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА  
Андижанский Государственный медицинский институт г. Андижан, Узбекистан ..... 34
- Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В., Максудова М.Г., Курбанова Ф.Р., Муминова С.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ЛЕРКАНИДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Городская клиническая больница №1, г. Ташкент, Узбекистан ..... 35
- Каримова Ф.А., Эмомзода И.Х., Одинаев Ш.Ф., Джалилзода С.С.  
ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ  
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе..... 36
- Коваль С.Н., Юшко К.А., Снегурская И.А.  
ВЛИЯНИЕ 12-ТИ МЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОКАТОРОВ  
РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА УРОВНИ АНГИОТЕНЗИНА-(1-7) И ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО  
ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА  
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой Национальной академии медицинских наук  
Украины», г. Харьков, Украина..... 36
- Коваль С.Н., Снегурская И.А., Юшко К.А.  
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ  
КИШЕЧНИКА НА УРОВНЕ ОСНОВНЫХ ФИЛОТИПОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ  
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина ..... 37



- Машкурова З.Т., Абдуллаева Г.Ж., Сафаров Ж.Б.*  
 РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА  
 С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ В ОРГАНОПРОТЕКЦИИ  
 У ПАЦИЕНТОВ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
 г. Ташкент, Узбекистан*..... 38
- Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Камалов Б.Б.*  
 ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ  
 БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА  
*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*..... 39
- Ш.Ф. Одинаев, Р.О. Назирова, Ф.С. Ахмедов, Муминджонов С.А.*  
 ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ  
 У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе*..... 39
- Рахимова Д.А., Жумаева А.Ч., Каракулова З.Т., Садикова Г.А.,  
 Сабиржанова З.Т., Зуфаров М.А.*  
 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ  
 У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19 ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КОМОРБИДНҚИ  
 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ  
*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской  
 реабилитации. г. Ташкент. Ташкентский педиатрический медицинский институт*..... 40
- Рахимова Д.А., Джумаева А.Ч., Каракулова З.Т., Садикова Г.А., Сабиржанова З.Т., Зуфаров М.А.*  
 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ  
 ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
 ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОВИД-19  
*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской  
 реабилитации. Ташкент. Ташкентский педиатрический медицинский институт*.....41
- Rakhmatova D. B.*  
 STUDYING RISK FACTORS IN WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASES  
*Assistant of the Department of Internal Medicine and endocrinology Bukhara State Medical Institute*.....41
- Салихов Б. Р.*  
 ЎРТА ЁШДАГИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ  
 СУТКАЛИК ПРОФИЛИНИНГ ҚОНДАГИ ЛИПИД ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ АНИҚЛАШ  
*Марказий Ҳарбий Госпитал, Тошкент, Ўзбекистон*..... 42
- Салихов Б. Р.*  
 АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРНИНГ БИОЛОГИК ЁШИНИ АРТЕРИАЛ ҚОН  
 БОСИМИ СУТКАЛИК ПРОФИЛИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ АНИҚЛАШ  
*Марказий Ҳарбий Госпитал, Тошкент ш., Ўзбекистон*..... 43
- Скорятин И.А., Медведев И.Н.*  
 ОПТИМИЗАЦИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭРИТРОЦИТОВ НА ФОНЕ  
 КОМПЛЕКСНОГО ГИПОЛИПЕДИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
 ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ  
*Российский государственный социальный университет, Москва, Россия*..... 43
- Xusinova Sh.A., Hakimova L.R.*  
 ARTERIAL GIPERTENZIYA BO'LGAN BEMORLARNI DAVOLASH SIFAT KO'RSATKICHINI  
 BAHOLASH JARAYONINING NATIJALARI  
*Samarqand Davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston*..... 44
- Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Машкурова З.Т., Шукурова Д.Ю.*  
 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ  
 ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
 ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ  
 АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
 г. Ташкент, Узбекистан*..... 45





Yarmatov S.T., Ergasheva M.T.

О'РКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ВА АЛКОГОЛСИЗ YOG'LI GEPATOZ  
КАСАЛЛИКЛАРИ БО'ЛГАН BEMORLARDA ARTERIAL GIPERTENZIYANI DAVOLASHDA  
JIGAR HOLATINI BAHOLAB BORISH

*Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida*..... 46

Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш.А.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АГ

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан* ..... 46

### ХИБС И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Абдуллаева С.Я., Пулатова М., Никишин А.Г., Муллабаева Г.У., Абдуразаков Ж.О.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НА ФОНЕ COVID-19

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии МЗ РУз*..... 48

Абдуллаева С.Я., Пулатова М. Никишин А.Г., Муллабаева Г.У., Абдуразаков Ж.О.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
С И БЕЗ ВЫЯВЛЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии МЗ РУз*..... 49

М.Х.Акмурадова, Г.Г.Деряева, З.Р.Мухамедова, Ореев Б., Тораева С., Атаев С.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

*Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабат, Туркменистан*..... 49

Алиева Р.Б., Шек А.Б., Абдуллаев А.А., Хошимов Ш.У., Низамов У.И., Умурзакова М.М.,

Зияева А.В., Ходиметова Ш.А.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ SYS681X ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ  
ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз  
(Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии)<sup>1</sup>,  
Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз<sup>2</sup>*..... 50

Алиева Р.Б., Шек А.Б., Абдуллаев А.А., Хошимов Ш.У., Низамов У.И., Срождинова Н.З.,

Зияева А.В., Ходиметова Ш.А.<sup>1</sup>

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ЛП(А) НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СМЕРТНОСТЬ  
У БОЛЬНЫХ ИБС В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз  
Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз*.....51

Алиева Р.Б., Хошимов Ш.У., Зияева А.В., Шек А.Б.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО  
ОБМЕНА И УРОВНЯ ПРОКОНВЕРТИН СУБТИЛИЗИН –КЕКСИНОВОЙ КОНВЕРТАЗОЙ 9 ТИПА

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан*.....51

Алиева Р.Б., Шек А.Б., Абдуллаев А.А., Хошимов Ш.У., Низамов У.И., Зияева А.В., Ходиметова Ш.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ  
ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз  
Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз* ..... 52

Алимова Д.А., Ташкенбаева Н.Ф., Тригулова Р.Х., Шек А.Б., Ахмедова Ш.С., Умурзакова М.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ ИБС  
С СД 2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз Ташкент, Узбекистан* ..... 53



<i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Бабаев М.А., Азизов Ш.И.</i> ПОДХОДЫ К ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТИРОВАНИЮ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр высоких технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.....	53
<i>Амирмухаммадов У.А., Улмасов Ш.Н., Мухтаров С.А., Шокирова Д.Б., Усманова Д.Н.</i> ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Андижанский государственный медицинский институт, кафедра факультетской терапии, Андижан, Узбекистан .....	54
<i>Амирмухаммадов У.А., Улмасов Ш.Н., Мухтаров С.А., Шокирова Д.Б., Усманова Д.Н.</i> К ВОПРОСУ О АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Андижанский государственный медицинский институт, кафедра факультетской терапии, Андижан, Узбекистан.....	55
<i>Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.</i> ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАНА Андижанский Государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан.....	56
<i>Валиева М.Ю., Максумова Д.К., Ахмадалиева У.К., Яминова Н.Х.</i> СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Андижанский Государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан.....	56
<i>Вахабов Б.М., Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Алижанов М.</i> ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан.....	57
<i>Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Турсунов М., Олимов А.А.</i> К ВОПРОСУ О РАННИХ МАРКЕРАХ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан .....	58
<i>Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.</i> РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан.....	59
<i>Джурраева Н.М., Икромов А.И., Хайбулина З.Р., Амирхамзаев А.Т., Шамирзаев Х.Э., Вахидова Н.Т., Султанов А.Т., Абдухалимова Х.В.</i> СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК СТРАТИФИКАТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Отделение магнитно-резонансной и компьютерной томографии ГУ «РНПМСЦХ им. академика В.Вахидова» г.Ташкент, Узбекистан .....	59
<i>Журалиев М.Ж., Нагаева Г.А., Сабиров Ш.Н., Содиков Ж.К., Рахмонов Х.К.</i> НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО COVID–19 КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ У БОЛЬНЫХ ИБС (собственное наблюдение) СП ООО многопрофильный медицинский центр «Ezgi Niyat», г.Ташкент, Узбекистан.....	60
<i>Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В., Саидова Г.М., Юлдашева Г.А.</i> АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Городская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан.....	61
<i>Кан Л.Э., Хошимов Ш.У., Бекметова Ф.М., Ахмедова Ш.С., Тригулова Р.Х., Шек А.Б.</i> РАСПРЕДЕЛЕНИЕ I/D ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗОМ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз Ташкент, Узбекистан.....	61



- Карпова И.С., Кравченко А.В., Русак Т.В.  
КАЛЬЦИНОЗ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ  
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь ..... 62
- Маль Г.С.  
ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОТВЕТА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
С ПОМОЩЬЮ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия ..... 63
- Mirzarakhimova Z.Kh., Rakhimova G.N., Mullabaeva G.U.  
THE RELATIONSHIP OF THE GLYCEMIC RANGE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC  
DISEASE AND TYPE 2 DIABETES  
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology Tashkent, Uzbekistan..... 65
- Соловей С.П., Карпова И.С.  
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ  
С НАЛИЧИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА  
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Беларусь ..... 65
- Даминова К.М.  
ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии  
и трансплантации почки, Кафедра предметов терапевтического направления №2..... 66
- Тулабоева Г.М., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М., Абдукодирова Н.М., Косимова М.А., Хусанов А.А.  
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО  
ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз,  
кафедра кардиологии и геронтологии ..... 67
- Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю.  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ  
АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
Городская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан..... 68
- Алекперов Элман Заур оглы, Мамедрзаева Вафа Магомедали кызы  
ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЯЖЕСТЬ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА  
НИИ кардиологии им. Д.М.Абдуллаева, Баку, Азербайджан..... 69
- Эмомзода И.Х., Одинаев Ш.Ф., Мехмонов П.Х., Юсупова М.Х.  
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ  
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ  
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе..... 69
- Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Ахмедова Ш.С., Зияева А.В., Тригулова Р.Х., Шек А.Б.  
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ДИСЛИПИДЕМИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНОРОАНГИОГРАФИИ  
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан..... 70
- Yarmatov S.T., Xaydarov S.N.  
YURAK ISHEMIK KASALLIGI mavjud bo'lgan BEMORLARDA EROZIV-YARALI GASTRODUODENAL  
QON KETISHNING OLDINI OLISH  
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası, Samarqand, O'zbekiston.....71

### ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

- Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Далимова Д.А., Азизов Ш.И.,  
Турсунбаев А.К., Тагаева Д.Р.  
ОЦЕНКА Комплексной РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и  
медицинской реабилитации»; Центр высоких технологий; Ташкентский педиатрический медицинский  
институт, Ташкент, Узбекистан..... 72



<i>Джуманиязов Д.К., Муллабаева Г.У.</i> ДИНАМИКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Ургенчский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Республиканский научно-практический медицинский центр Кардиологии</i> .....	73
<i>Абдукодирова Н.М., Тулабоева Г.М., Сағатова Х.М., Талипова Ю.Ш.</i> ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, кафедра кардиологии и геронтологии, г.Ташкент, Узбекистан</i> .....	73
<i>Кеворков А. Г., Турсунов Э. Я.</i> ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан</i> .....	74
<i>Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Рахимова Р.А., Каиров А.К, Кенжаев С.Р.</i> ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕПЕРФУЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент. Бухарский филиал Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.</i> .....	75
<i>Косимов И.С., Шамсиддинова А.С., Хужамбердиев М.А., Туланбоев С.М., Шарохиддинов Б.А., Аскарлов Ю.Г., Махсудов Б.Д.</i> ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан</i> .....	75
<i>Косимов И.С., Шамсиддинова А.С., Хужамбердиев М.А., Туланбоев С.М., Шарохиддинов Б.А., Махсудов Б.Д., Аскарлов Ю.Г.</i> ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан</i> .....	76
<i>Косимов И.С., Шамсиддинова А.С., Хужамбердиев М.А.</i> МАРКЕРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЕТАБОЛИЗМОМ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан</i> .....	77
<i>Орлова Н.В., Ломайчиков В.В., Спирыкина Я.Г., Чувараян Г.А., Петренко А.П.</i> ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 <i>ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова МЗ России, Москва, Россия</i> .....	78
<i>Оспанбек А.К., Қауызбай Ж.Ә., Сейдахметова А.А.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ БОРГА <i>Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан</i> .....	78
<i>Солеева С.Ш., Аблакулова М.Х.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан</i> .....	79
<i>Шарохиддинов Б.А., Туланбоев С.М., Махсудов Б.Д., Аскарлов Ю.Г.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ <i>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан</i> .....	80
<i>Эмомзода И.Х., Назирова Р.О., Одинаев Ш.Ф.</i> КИНИНЫ КАК ФАКТОР ГИПЕРАГРЕГАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Кафедра внутренних болезней №1 («ГОУ» ТГМУ им. Абуали ибни Сино)</i> .....	81
<i>Эшонов О.Ш. Тошев И.И.</i> ЭКСТРЕННЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ <i>Бухарский государственный медицинский институт</i> .....	81

**ХСН И НЕКОРОНОРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
МИОКАРДА, КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СС383**

- Gafforov X.X.*  
DILATACION KARDIOMIOPATIYANING KLINIK XARAKTERISTIKASI  
*Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida, Samarqand, O'zbekiston.....* 83
- Агзамов Б.А., Абдуллаев Т.А.*  
КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА,  
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С COVID 19  
*Государственное медицинское учреждение при аппарате президента РУз, Центральная клиническая  
Больница №2.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан.....* 83
- Алиева З.Х., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Ахматов Я.Р.*  
ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН, ВОЗНИКШЕЙ  
ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан.....* 84
- Абдуллаев Т.А., Гулямов Х.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш., Ахматов Я.Р.*  
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2  
У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ  
*ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан.....* 85
- Алиева З.Х., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Ахматов Я.Р.*  
ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН,  
ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан.....* 85
- Абдуллаев Т.А., Гулямов Х.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш., Ахматов Я.Р.*  
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2  
У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ  
*ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан.....* 86
- С.В. Добровольская, М.А. Саидова, А.А. Сафиуллина, Т.М. Ускач, С. Н. Терещенко*  
НОВАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ РАБОТЫ  
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
НА ФОНЕ МОДУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ СОКРАТИМОСТИ  
*ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ.....* 87
- Камилова У.К., Абдуллаева Ч.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р., Икрамова Ф.А.*  
ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии  
и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан.....* 87
- Китьян С.А., Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Веприцкая Е.В., Рахимова С.*  
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ:  
ФОКУС НА РАЦИОНАЛЬНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА  
И ИНГИБИТОРА РЕНИН – АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ  
*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан.....* 88
- Мирзарахимова СТ, Абдуллаев ТА, Цой ИА, Бекбулатова РШ, Худойберганиев О.*  
КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОМОКРИПТИНА  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г.Ташкент, Узбекистан.....* 89





Муминов С.Ж., Маъмуров Б.О., Валиева У.А., Инамов А.П., Зайниддинов У.Г., Маликов К.К. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Наманган, Узбекистан.....	89
Каримов А.М., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Гуломов Х.А., Ахматов Я.Р. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан.....	90
Нуруллаев Р.Р., Собуров С.М., Хажиев Б.С., Аллаберганов О.М. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ОБРАТНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ургенчский филиал.....	91
Нуруллаев Р.Р., Хажиев Б.С., Собуров С.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОСЛОЖНЕННЫХ С ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Ургенчский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии.....	91
Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А., Худойбергенов О.К., Гуломов Х.А. ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИОПАТИЯДА ГЕМОДИНАМИКАНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ УзРССВ Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий-амалий тиббиет маркази, Тошкент ш., Узбекистон.....	92
Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Городская клиническая больница №1, г. Ташкент, Узбекистан.....	93

### НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА, ЭФИ И РЧА

Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Ж., Сайфиддинова Н.Б., Бекметова Ф.М., Мирмаксудов М.С., Султанов Б.А. РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ г. Ташкент, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, отделении ЭФИ.....	94
Амиркулов Б. Д., Эркабаев Ш.М., Мирмаксудов М.С., Сайфиддинова Н.Б., Амиркулов Р.Ж., Султанов Б.А. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХСН В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.....	95
Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Сайфиддинова Н.Б., Амиркулов Р.Д., Мирмаксудов М.С., Султанов Б.А. КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.....	95
Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Сайфиддинова Н.Б., Амиркулов Р.Д., Мирмаксудов М.С., Султанов Б.А. КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ СИНДРОМА WPW Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.....	96



- Амиркулов Б.Д., Сайфиддинова Н.Б., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Д.,  
Мирмаксудов М.С., Султанов Б.А.  
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТОМ ОПРОСНИКА SF-36, У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ  
РАДИОЧАСТОТНУЮ АБЛАЦИЮ ЧАСТОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан..... 96
- Бабаева М.М. Алиев Ж.С.  
ПАРОКСИЗМАЛ БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЯЦИЯСИ ВА ЮРАК ТЕЗЛИГИ ЎЗГАРУВЧАНЛИГИ  
КЎРСАТГИЧЛАРИНИНГ ЭКГ ТЕКШИРУВИДАГИ БЕМОЛЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗИГА  
ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ  
Республика шошилчин тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали..... 97
- Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А, Им В.М.  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕПТАЛЬНОЙ И АПИКАЛЬНОЙ  
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени  
академика В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан..... 98
- Кеворков А. Г., Турсунов Э. Я.  
ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОРАЖЕНИЕ  
КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан..... 98
- Кучкаров Х.Ш., Закиров Н.У.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА С ЭТАЦИЗИНОМ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ  
ЭКСТРАСИСТОЛИИ  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан..... 99
- Муминов С.Ж., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Юсупов М.К.  
РОЛЬ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ  
РИТМА СЕРДЦА С ОСЛОЖНЕННЫМИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ БЛОКАДАМИ  
Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
кардиологии, г. Наманган, Узбекистан..... 100
- Расулов А.Ш., Кеворков А.Г.  
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО  
РУСЛА  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан..... 100
- Садыкова Г.А., Рахимова Д.А., Залялова З.С.  
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ  
ЛЁГКИХ ПРИ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ (экспериментальное исследование)  
ГУ. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и  
медицинской реабилитации. Ташкент. Узбекистан Центр развития профессиональной квалификации  
медицинских работников. г. Ташкент. Узбекистан..... 101
- Салохиддинов Ш.Н., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Юсупов М.К., Камолитдинов Б.З.  
АЛТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТРОРАГИЯХ  
Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
кардиологии, Наманган, Узбекистан..... 102
- Кеворков А.Г., Расулов А.Ш., Кучкаров Х.Ш.  
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО  
РУСЛА  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
кардиологии, Ташкент, Узбекистан..... 103



## КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- Мацкевич С.А., Бельская М.И.*  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН  
ГУО Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск,  
ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь ..... 104
- Ospanbek A. K., Kauizbay Zh.A, Seidakmetova A. A.*  
STUDY OF THE LEVEL OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL  
INFARCTION IN SHYMKENT USING THE HADS SCALE  
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan..... 105
- Рахимова Д.А., Аляви Б.А., Тиллоева Ш.Ш., Сабиржанова З.Т., Бокиева Ч. Ш.*  
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
Терапии и медицинской реабилитации». ТашПМИ. Узбекистан, Ташкент.  
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан..... 106
- Усманова Н.А Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Салимова Н.Р.*  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан ..... 106
- Усманова Н.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Салимова Н.Р., Гулямов Х.А.*  
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ  
ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХСН  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент. Узбекистан..... 107
- Усманова Н.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Салимова Н.Р., Бекбулатова Р.Ш.*  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.  
г. Ташкент. Узбекистан..... 108

## ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

- А.Л. Аляви, Д.А.Рахимова, Коракулова З.Т., Тиллоева Ш.Ш., Сабиржанова З.Т.*  
СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ  
ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии  
и медицинской реабилитации. ТашПМИ. Узбекистан, Ташкент  
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, Бухара..... 109
- А.Л. Аляви, А.М.Убайдуллаев, Д.А.Рахимова, Г.А.Атаходжаева, Ш.Ш.Тиллоева, Ч.Ш.Бокиева*  
ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ  
С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии  
Терапии и медицинской реабилитации», ТашИУВ, ТашПМИ Узбекистан, Ташкент. Бухарский  
государственный медицинский институт, Республика Узбекистан..... 110
- В.В. Базылев, Р.М. Бабуков, Ф.Л. Бартош, А.В. Лёвина*  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ  
УСКОРЕНИЯ (АТ) И СООТНОШЕНИЯ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ К ОБЩЕМУ ВРЕМЕНИ ВЫБРОСА  
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (АТ/ЕТ) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ  
АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С NORMAL FLOW HIGH GRADIENT  
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия..... 110
- Гальцова О.А.*  
МРТ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИОКАРДИТОМ  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь ..... 111



- М.М. Зуфаров, Абдуллаева М.А., С.А.Бабаджанов, В.М. Им, Ф.А. Искандаров*  
ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ  
*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан.....* 112
- Икрамов А.И., Джураева Н.М., Максудов М.Ф., Турсунова Л.Н., Абдухалимова Х.В.*  
ОБЪЕМНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ  
*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» г. Ташкент, Узбекистан .....* 112
- Махмудова Х.Д., Амирова Ш.А.*  
ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА  
*Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан.....* 113
- Муминов Д.К.*  
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID–19  
*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан.....* 113
- Муминов С.Ж., Маъмуров Б.О., Давранов Э.А., Валиева У.А., Маликов К.К.*  
ЭХОКАРДИОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Наманган, Узбекистан .....* 114
- Погорелова О.А., Трипотень М.И., Кокаева И.О., Жернакова Ю.В., Балахонова Т.В.*  
ПОТОК-ЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID–19  
*НМИЦ кардиологии Минздрава России, Москва, Россия.....* 115
- Цоколов А.В., Жданова Н.В., Шаймухаметова Р.Ю., Ильин И.Б., Юмаев Р.Х., Романова Е.В., Мельников Н.И., Перепечаев М.А., Попель И.Р.*  
НАРУШЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С COVID–19: МИОКАРДИТ ИЛИ СИСТЕМНЫЙ ПРОЦЕСС?  
*ФГБУ «1409 ВМКГ» МО РФ, г.Калининград, Россия  
ФГБУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ Калининградской области, г.Калининград, Россия .....* 115
- С.Х.Ярмухамедова, Амирова Ш.А.*  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АГ ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ  
*Самаркандский государственный медицинский институт.....* 116

### ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСУДАХ И ПРИ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

- Алимов Д.А., Кенжаев С.Р., Мухамедова Б.Ф.*  
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕПЕРFUЗИИ ДИНАМИКУ ЗОН МИОКАРДИАЛЬНОГО СТАННИНГ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ST ЭЛЕВАЦИЕЙ  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан.....* 117
- С.А. Бабаджанов, М.М. Зуфаров, Ф.А. Искандаров, В.М. Им, М.М. Умаров*  
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ Q  
*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан.....* 117
- С.Ш. Жониев, Ж.Т. Юсупов, Ф.А. Бобоев Ф.Х. Иброхимов*  
ПРОБЛЕМА АНТИСТРЕССОВОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ПРИ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ  
*Самаркандский государственный медицинский институт,  
Самаркандский областной региональный филиал  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии .....* 118



<i>Зуфаров М. М., Бабаджанов С.А., Им В.М.</i> АНАЛИЗ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова	119
<i>Зуфаров М. М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Мамиев Н.П.</i> АНАЛИЗ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан	120
<i>Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А., Бабаджанов С.А., Махкамов Н.К.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан	120
<i>Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А., Бабаджанов С.А., Махкамов Н.К.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова г. Ташкент, Узбекистан	121
<i>Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Умаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова	122
<i>Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А.</i> БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КРИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад. В.Вахидова»	122
<i>М.М. Зуфаров, С.А.Бабаджанов, Ф.А. Искандаров, М.М. Умаров, В.М. Им</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ Q ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Хирургии имени академика В.Вахидова»	123
<i>Марукян Н.В., Симакова М.А., Моисеева О.М.</i> БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НМИЦ им ВА Алмазова г. Санкт-Петербург	124
<i>Марукян Н.В., Симакова М.А., Моисеева О.М.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТЭЛА НМИЦ им ВА Алмазова г. Санкт-Петербург	124
<i>Муминов С.Ж., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Юлдашов Б.А., Юсупов М.К.</i> ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Наманган, Узбекистан	125
<i>Х.Г. Фозилов, Б.А. Юлдашов, Б.Р. Атамуратов, У.У. Атажанов, Х.С. Каландаров, Эрметова А.М.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан	125
<i>Х.Г. Фозилов, Б.А. Юлдашов, Б.Р. Атамуратов, У.У. Атажанов, Эрметова А.М.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИБС Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан	126





- Фозилов Х.Г., Юлдашов Б.А., Атамуратов Б.Р., Эрметова А.М.  
ПЕРВИЧНОЕ ЧКВ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST. ИСПОЛНЕНИЕ  
ПРИКАЗА №341 МИНЗДРАВА РУЗ. В РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*..... 126
- Юлдошев Н.П., Санакулов Ж.М., Холикулов С.Ш., Кузиев Ф.А.  
ИМПЛАНТАЦИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО КАРКАСА MAGMARIS ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ  
НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:  
30-ДНЕВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского  
центра кардиологии МЗ РУз, г. Карши, Узбекистан* .....127
- Юлдашев Н.П., Юлдашов Б.А., Жалилов А.О., Журалиев М.Ж., Абдуллаев А.Х., Юсупов М.К.  
ТРАНСКАТАТЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА  
*Наманганский филиал Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр кардиологии, Наманган, Узбекистан* .....128
- Юлдошев Н.П., Журалиев М.Ж., Нагаева Г.А., Ли В.Н.  
ОДНО- И МНОГОСОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА  
И ПЕРЕНЕСЕННЫЙ COVID-19  
*Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского  
центра кардиологии, г. Карши, Узбекистан;  
СП ООО многопрофильный медицинский центр «Ezgi Niyat», г. Ташкент, Узбекистан* .....128

## КАРДИОХИРУРГИЯ

- Базылев В.В., Тунгусов Д.С., Бабуков Р.М., Бартош Ф.Л., Микуляк А.И.  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО  
КЛАПАНА АУТОПЕРИКАДОМ ПО МЕТОДИКЕ OZAKI  
*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия*..... 130
- Базылев В.В., Тунгусов Д.С., Бабуков Р.М., Бартош Ф.Л., Левина А.В., Микуляк А.И.  
СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ  
СТЕНОЗОВ С СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЖ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО  
КЛАПАНА БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ И АУТОПЕРИКАДОМ ПО МЕТОДИКЕ OZAKI  
*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, г. Пенза, Россия*..... 131
- Гойибов С.С., Шарипов И.Л., Холбеков Б.К.  
РЕГИОНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ  
МАЛОГА ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА  
*Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан*..... 131
- Шарипов И.М., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., Жаббаров О.О., Джуманиязов А.А.,  
Вахидов Т.З., Мамедова С.Т., Утениязова Х.К., Муллабаева Г.У., Фозилов Х.Г.  
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ  
ПЕРЕГОРОДКИ ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА У ВЗРОСЛЫХ  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан*.....132
- Шарипов И.М., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., Джуманиязов А.А., Вахидов Т.З.,  
Мамедова С.Т., Утениязова Х.К., Муллабаева Г.У., Фозилов Х.Г.  
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА  
ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан* ..... 133
- Назаров Х.Б., Джуманиязов А.А., Абдуллаев Д.М., Курязов Ш.Р., Давлетов М.Д.  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОРНЯ И ВОСХОДЯЩЕГО  
ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ  
*Ургенчский филиал Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр кардиологии, Ургенч, Узбекистан*..... 133



- Жалилов А.К., Эфендиев В.У., Юлдошев Н.П.  
НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ FLORIDA SLEEVE – КЛАПАНСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
НА КОРНЕ АОРТЫ  
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического  
медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан ..... 134
- Жалилов А.К., Эфендиев В.У., Юлдошев Н.П., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Абдурахмонов С., Ярбеков Р.Р.,  
Мурадов М.М.  
НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ OZAKI (пластическая реконструкция  
аортального клапана из аутоперикарда) В КАРШИ  
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского  
центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан ..... 135
- Нуруллаев Р.Р., Хажиев Б.С., Собуров С.М., Собиров Б.М.  
КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА БУЛМАЧАЛАРАРО ТУСИК ДЕФЕКТИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ  
БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ ВА ТАБИИЙ КЕЧИШИ АСОРАТЛАРИ  
Республика Ихтисослашган Кардиология Илмий-амалий Тиббиёт Маркази Урганч филиали. .... 135
- Нуруллаев Р.Р., Собуров С.М., Хажиев Б.С.  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА И ОБРАТНОГО  
РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ПОДРОСТКА  
Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр кардиологии, Ургенчский филиал..... 136
- Нуруллаев Р.Р., Хажиев Б.С., Собуров С.М., Собиров Б.М.  
ОРОЛБУЙИ МИНТАКАСИДА БОЛАЛАРДА УЧАЙДИГАН ТУГМА ЮРАК НУКСОНЛАРИ СТРУКТУРАСИ  
(ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)  
Республика ихтисослашган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Урганч филиали ..... 137
- Пардаев Ш. К., Шарипов И. Л.  
КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан ..... 138
- Шарипов И.М., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., Джуманиязов А.А., Вахидов Т.З., Мамедова С.Т., Утениязова  
Х.К., Муллабаева Г.У., Фозилов Х.Г.  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИЗ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МИНИ-ТОРАКАТОМИИ  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,  
г. Ташкент, Узбекистан ..... 139
- Терентьева Н.А., Баздырев Е.Д., Кривошапова К.Е., Масенко В.Л.,  
Вегнер Е.А., Коков А.Н., Барбараш О.Л.  
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗОНЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ  
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем  
сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Российская Федерация..... 139
- Тураев Ф.Ф., Джуманиязов А.А., Назаров Х.Б., Курязов Ш.Р., Абдуллаев Д.М., Давлетов М.Д.  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ  
В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
Ургенчский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр Хирургии им.акад.В.Вахидова» ..... 140
- А.А.Хикматов, Н.Э. Худайбердиев, Г.М.Эгамов  
МЕЖАРТЕРИАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ АТРЕЗИИ  
ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА  
Наманганский филиал РСНМПЦК, г. Наманган, Узбекистан..... 141
- А.А.Хикматов, А.У. Хужамбердиев, Н.Э.Худайбердиев, Эгамов Ф.  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА  
ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА  
Наманганский филиал РСНМПЦК, г. Наманган, Узбекистан ..... 142



*Н.Э.Худайбердиев, А.А.Хикматов, Ф.М.Эгамов*  
«ОЧИҚ» ЮРАҚДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ ДОНОР ҚОНИСИЗ ЎТКАЗИШ  
*РИКИМТМ Наманган филиали, г. Наманган, Узбекистан* ..... 143

*Черняк А.Л., Подпалов В.В., Рубахов К.О., Козак О.Н., Трошин Е.Д., Шкробнева Э.И.,  
Адашкевич И.М., Лабунец З.В., Островский А.Ю.*  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ  
БЕЗ МАНИПУЛЯЦИЙ НА ВОСХОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ  
С МНОГОСОСУДИСТЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ  
АРТЕРИЙ В СРЕДНЕСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ  
*ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,  
г. Минск, Республика Беларусь* ..... 144

### РАЗНОЕ

*Салохиддинов Ш.Н., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Юсупов М.К., Камолидинов Б.З.*  
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТРОРАГИЯХ  
*Наманганский филиал Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр кардиологии, Наманган, Узбекистан* ..... 145

*Махмудова Х. Д.*  
ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ОЖОГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ  
*Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан*..... 145