



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**



**«ICHKI KASALLIKLARNI DIAGNOSTIKASI
VA DAVOLASHNING DOLZARB MUAMMOLARI»
XALQARO ILMIY-AMALIY ANJUMANI
TEZISLAR TO'PLAMI**

2022 yil 17 may

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»**

17 мая 2022 г.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Рахимова Д.А., Аляви Б.А, Сабиржанова З.Т.....	111
ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ И ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ОСОБЕННОСТИ Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.	111
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК Рахимова М.Э., Юлбарисов А.А., Очиллов И.....	112
ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ЭСТРОГЕННО-ТЕСТОСТЕРОНОВЫЙ БАЛАНС КАК ФАКТОР РИСКА АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ВЗРОСЛЫХ Рахимова Ш.М., Саидвалиев Ф.С., Рахимова Г.М.....	113
ИНДОМЕТАЦИНЛИ ГАСТРОПАТИЯДА МЕЪДАНИНГ ШИЛЛИҚ ТЎСИҒИ ҲОЛАТИГА ПРОТОН ПОМПА ИНГИБИТОРЛАРИ, ЦИТОПРОТЕКТОРЛАР ВА УЛАРНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАРИ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ Рахматуллаева Г.К., Якубов А.В., Хамраев А.А.....	113
ИНФАРКТ МИОКАРДА 2 ТИПА АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ Резник Е.В. ¹ , Голубев Ю.Ю. ¹ , Юртаева Н.В.2	114
ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ Сафаров А.Ж., Камилова У.К.	115
БЕЗОПАСНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ОТ COVID-19 ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ Сенгырбай Ж.У., Косанова А.К., Бейсембай Ж.К., Мырзатай А.Б., Жылкыбай Ж.О., Оразалы Е.Б., Султанова С.Ж., Оспан А.Б., Сабырбаева Г.А.....	115
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЙ НА ПРИМЕРЕ COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ Серовайский С., Турар О., Азимов А., Мустафин М.	116
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В Собирова Г.Н., Каримов М.М., Зуфаров П.С., Каримова Д.К.....	117
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА МЕДИКАМЕНТОЗ РЕАБИЛИТАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЦИТОЛИТИК КЎРСАТКИЧЛАР ДИНАМИКАСИ Собирова Г.Н., Бафоева З.О.	118
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПРОФИЛЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Сугралиев А.Б., Ижанова А. К., Ернязова А.Н., Ерланқызы А., Алмазқызы А., Әбду А.Ж., Нұрбақытқызы М.....	118
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ Сулейменов А.К., Байдуйсен С., Куанышбаева З.Т., Саламбекова Г.Ш.....	119
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ Султанов С.Б., Бахриев И.И., Султанова С.М.....	120
КОМОРБИДНОСТЬ И РАЗВИТИЕ МАСЕ В ВОСТОЧНОЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ Сурунович Ю.Н., Подпалов В.П., Журова О.Н.....	121
ДОСТИЖЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ Талипов Р.М., Нурметов Х.Т., Худайберганаева Н.Х.	121
КОРОНАВИРУС АССОЦИИРОВАННЫЙ НЕФРОПАТИЯЛАРНИНГ КЛИНИК-ПАТОГЕНЕТИК ЖИҲАТЛАРИ Ташпулатова М. Х., Собиров М.О.	122
ЛУЧЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПЕРЕНЕСЕННОЕ ПНЕВМОНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ Тешаев О.Р., Рахмонова Г.Э.	122
РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Тешаев О.Р., Рахмонова Г.Э., Уктамова Д.З.	123
ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ НА ОСНОВЕ СЕМЕЙНОГО И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАТУСА (ПОПУЛЯЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ В ПРИМЕРЕ РЕГИОНОВ УЗБЕКИСТАНА) Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р.....	123
К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Туляганова Ф.М.	124
АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ Турсунов Х.З., Конычев Д.В.	124
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ Урунбаева Д.А., Нажмутдинова Д.А., Кадилова Н.	125
БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ИЖТИМОЙ-ИҚТИСОДИЙ ОМИЛЛАРНИНГ ТАЪСИРИ Усманова Д.У., Даминов Б.Т., Ибрагимов А.Ю., Алимов У.С.....	126
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ) Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р.	126
ФАКТОРЫ РИСКА УХУДШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Фолатова А.А., Кушаков Д., Набиева Д.А.	127
НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КЛИНИКО-МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ПЕРИОДЫ БОДРСТВОВАНИЯ И СНА Халикова Н.А., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.	128

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ЭСТРОГЕННО-ТЕСТОСТЕРОНОВЫЙ БАЛАНС КАК ФАКТОР РИСКА АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ВЗРОСЛЫХ

РАХИМОВА Ш.М., САИДВАЛИЕВ Ф.С., РАХИМОВА Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между пренатальным воздействием эстрогена и тестостерона после соотношения цифр 2D:4D и распространенность АГБ у взрослых.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали группы состоящих из 28 взрослых (6 мужчины, 22 женщины в возрасте 32–44 лет) с АГБ и контрольную группу из 23 взрослых (9 мужчин, 14 женщин в возрасте 34–46 лет). Соотношение цифр 2D:4D на обеих руках измеряли с помощью скользящего штангенциркуля.

Результаты. Достоверные различия были обнаружены в правой руке. Женщины, страдающие с АГБ, имели более низкое значение отношения 2D:4D, чем контрольная группа, а правое 2D:4D было ниже, чем левое 2D:4D

(Δ2D:4D), что свидетельствует о пренатальном доминировании тестостерона. Противоположная зависимость наблюдалась у мужчин с АГБ и было более высокое значение отношения 2D:4D. Δ2D:4D было больше, чем в контрольной группе, что свидетельствует о пренатальном доминировании эстрогена.

Выводы. В зависимости от пола разная пропорция пренатальных половых стероидов может быть фактором риска АГБ у взрослых. Женщины с АГБ предположительно подвергались воздействию в пренатальной жизни более высоких уровней тестостерона по сравнению с эстрогеном, в то время как мужчины с АГБ, подвергались воздействию более высоких уровней эстрогена по сравнению с тестостероном.

ИНДОМЕТАЦИНЛИ ГАСТРОПАТИЯДА МЕЪДАНИНГ ШИЛЛИҚ ТЎСИҒИ ҲОЛАТИГА ПРОТОН ПОМПА ИНГИБИТОРЛАРИ, ЦИТОПРОТЕКТОРЛАР ВА УЛАРНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАРИ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

РАХМАТУЛЛАЕВА Г.К., ЯКУБОВ А.В., ХАМРАЕВ А.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тақиқот мақсади. Индометацинли гастропатияда меъданинг шиллиқ тўсиғи ҳолатига протон помпа ингибиторлари, цитопротекторлар ва уларнинг комбинациялари таъсирини ўрганиш

Материаллар ва усуллар. Ревматологик патологияси бўлмаган ИГ қақирилган ҳайвонларда препаратлар қўлланилганда меъда шилиқ қавати ҳолатини баҳолаш муҳим эди. Шунинг учун ИГ моделини соғлом жинсий етук, эркак каламушларда қақирдик. Тажрибалар тана вазни 150–200 г бўлган 2 та серияда, 168 та оқ каламушларда олиб борилди. Биокимёвий текширувлар 14 та гуруҳ ҳайвонларда амалга оширилди. 1 гуруҳ – интакт; 2 гуруҳ – индометацинли гастропатия (ИГ) қақирилган ҳайвонлар; 3 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида дистиллирланган сув олган каламушлар (даволашиш йўқ); 4 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида омепразол олган каламушлар; 5 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида рабепразол олган каламушлар; 6 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида де-нол олган каламушлар; 7 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида сукралфат олган каламушлар; 8 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида пепсан-Р олган каламушлар; 9 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида омепразол + де-нол олган каламушлар; 10 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида омепразол + сукралфат олган каламушлар; 11 гуруҳ

– ИГ қақирилган ва 10 кун давомида омепразол + пепсан-Р олган каламушлар; 12 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида рабепразол + де-нол олган каламушлар; 13 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида рабепразол + сукралфат олган каламушлар; 14 гуруҳ – ИГ қақирилган ва 10 кун давомида рабепразол + пепсан-Р олган каламушлар.

Натижалар. ИГда индометацин шиллиқ тўсиғи ва унинг компоненти бўлган (ЭГП) эримайдиган гликопротеинлар синтезини жиддий тарзда пасайтиради. Бу гуруҳ ҳайвонларида меъда шиллиғи супензиясида сиал кислоталари ва фукозанинг деярли 3 марта, умумий оқсилнинг 1,5 мартабадан кўпроқ пасайишини кузатдик. Омепразол қўлланилганда аниқладик-ки, препарат ЭГП синтезини сусайтиради. Бу гуруҳда, даволаш олиб борилмаган гуруҳга (ИГ+ H₂O) солиштирилганда, сиал кислоталарининг 40,6% га, фукозанинг 39,0% га, умумий оқсилнинг 27,4% га камайишини кузатдик. Рабепразол қўлланилганда бироз бошқачароқ характердаги таъсирни қайд қилдик. Бу гуруҳда препарат ЭГП синтезига стимулловчи самара кўрсатади. Сиал кислоталари миқдорининг 62,2%, фукозанинг 106,9% ва умумий оқсилнинг 35,7% га ошишини кузатдик. ИГни де-нол билан даволаганда ҳам деярли шунга ўхшаш натижаларни

олдик. Даволаниш олиб борилмаган гуруҳга солиштирганда бу гуруҳда олиб борилган терапия натижасида сиал кислоталари миқдори 87,8% га, фукоза миқдори 94,9% га, умумий оксил миқдори 40,7% га ошди. Сукралфат билан даволанган гуруҳ ҳайвонларида сиал кислоталари, фукоза миқдорининг бироз катталашиси, умумий оксил миқдори камайишини кузатдик, лекин бу натижалар даволанмаган гуруҳ

натижаларидан ишонарсиз фарқ қилди. Пепсан-Р билан даволашда препаратнинг стимулловчи самарасини кузатдик. Бу гуруҳда сиал кислотаси миқдори 50,6% га, фукоза миқдори 79,8% га ва умумий оксил миқдори 30,5% га кўпайди.

Хулосалар. Шундай қилиб, ИГни даволашда шиллиқ тўсиқ синтезини омепразол камайтиради, рабепразол, де-нол ва пепсан-Р стимуллади, сукралфат эса синтезга таъсир қилмайди.

ИНФАРКТ МИОКАРДА 2 ТИПА АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ

РЕЗНИК Е.В.¹, ГОЛУБЕВ Ю.Ю.¹, ЮРТАЕВА Н.В.²

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия, ²Федеральное государственное казенное учреждение «Центральная поликлиника», Москва, Россия

В соответствии с 4-м универсальным определением, инфаркт миокарда (ИМ) – это острое повреждение миокарда в условиях доказанной клинически и/или электрокардиографически (ЭКГ) острой ишемии миокарда. О повреждении миокарда свидетельствует повышение в крови кардиального тропонина I или T выше 99-го перцентиля от верхней границы нормы. Клинические проявления острой ишемии миокарда – это боль или дискомфорт за грудиной, в левой половине грудной клетки, одышка, сердцебиения, тошнота, рвота, боль в животе. ЭКГ-признаками острой ишемии миокарда является наличие в двух смежных отведениях: 1) новой элевации сегмента ST, 2) новой депрессии сегмента ST, 3) инверсий зубца T >1 мм.

Для ИМ 2 типа (ИМ2) характерно наличие дисбаланса между поступлением и/или потреблением кислородом, что приводит к повреждению миокарда. Причины ИМ2: поражение коронарных артерий (КА) (атеросклеротическое сужение со стабильной бляшкой, спазм, эмболия, диссекция, дисфункция эндотелия и гладких мышц, симпатическая дисрегуляция), тяжелая гипоксия (анемия, дыхательная/сердечная недостаточность), нарушения кровообращения (шок, гипотония), нарушения ритма в виде тахикардии в течение > 20 мин или брадикардии, гипертонический криз, периперационный период и др.

ИМ2 является вторичным по отношению к вышеописанным состояниям. Частота его варьирует от <2 до >70% всех ИМ. Наиболее часто встречается у женщин (46%), пожилых, тяжелых и коморбидных пациентов. В клинической картине боль – не характерный признак, чаще встречается одышка. На ЭКГ у 3–24% пациентов регистрируется элевация сегмента ST. Если повреждение миокарда небольшое, то элевации ST может не быть. Диагностика основана на выявлении повреждения миокарда, при этом клинических и ЭКГ признаков

острой ишемии миокарда может не быть. В отличие ИМ 1 типа при ИМ2 отсутствует тромб в КА во время ангиографии, внутрисосудистого ультразвукового исследования или аутопсии.

Особая форма ИМ–2 типа – периперационный (периперационный) ИМ, который представляет собой грозное осложнение больших некардиальных операций. Из-за анестезии клиническая картина стертая или бессимптомная. При этом лабораторное значение тропонина перед операцией и увеличение его в интра – и постоперационном периоде связано с развитием ИМ2. По статистике, в послеоперационном периоде у 35% пациентов повышается уровень тропонина, у 17% отмечается изменение его значений в динамике, что свидетельствует о развитии острого повреждения миокарда. Патогенез периперационного ИМ до конца не ясен. Известно, что в периперационном периоде повышается метаболическая активность организма, что приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде и может вызывать ишемию и некроз кардиомиоцитов.

Другой вариант – ИМ без обструкции КА (MINOCA). На него приходится 6–8% от всех ИМ, встречается у женщин и у пациентов, поступающих с ИМ без подъема ST, реже у мужчин и пациентов с ИМ с подъемом ST. MINOCA может быть результатом коронарного спазма или спонтанной диссекции КА, что может встречаться при ИМ 1 и ИМ 2 типов.

Выводы: ИМ 2-го типа часто встречается в клинической практике, но диагностика ИМ 2-го типа затруднительна. Ведение пациентов с ИМ 2-го типа проблематично из-за недостаточной доказательной базы. Лечение должно быть персонализированным и включать подходы, уменьшающие потребность миокарда в кислороде и повышающие его доставку.