

ISSN 2181-5887



# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2021

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi  
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

---

# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

---

2021. №3

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

**Редакционная коллегия:**

**Главный редактор** А.Л. Аляви, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
Зам. глав. редактора А.Х. Абдуллаев, д.м.н.  
Зам. глав. редактора М.М. Каримов, д.м.н., профессор  
М.Ю. Алиахунова, профессор  
Б.А. Аляви, д.м.н.  
А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор  
Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор  
У.К. Камилова, д.м.н., профессор  
М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор  
У.К. Каюмов, д.м.н., профессор  
Р.Д. Курбанов, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
И.Р. Мавлянов, д.м.н., профессор  
Г.А. Садыкова, д.м.н., профессор  
А.М. Убайдуллаев, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

**Редакционный совет:**

Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)  
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Бахрамов С.М., академик РАН, д.м.н.,  
профессор (Ташкент)  
Гафуров Б.Г., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Губергриц Н.Б., д.м.н., профессор (Донецк)  
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)  
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зияев Ю.Н., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Искандарова С.Д. (Ташкент)  
Карпов Ю.А., д.м.н., профессор (Москва)  
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)  
Набиева Д.А., д.м.н. (Ташкент)  
Рахимова Д.А., д.м.н. (Ташкент)  
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)  
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н. (Самарканд)  
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Фозилов А.В., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Хамраев А.А., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Хужамбердиев М.А., д.м.н., профессор (Андижан)  
Шек А.Б., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Шодикулова Г.З., д.м.н. (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.  
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:  
00084, Узбекистан, Ташкент, ул. Осие 4. Научно-организационный отдел.  
Тел.: (998–71) 234–30–77. Факс: (998–71) 235–30–63  
E-mail: [tervestuz@mail.ru](mailto:tervestuz@mail.ru)  
Сайт: [terapevt.uz](http://terapevt.uz)

**«ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ДОЛЗАРБ  
МУАММОЛАРИ»**

**ХАЛҚАРО ТЕРАПЕВТЛАР ФОРУМИ**

**ТЕЗИСЛАРИ**

**24–25 СЕНТЯБРЬ 2021 ЙИЛ, ТОШКЕНТ**

---

**ТЕЗИСЫ**

**МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»**

**24–25 СЕНТЯБРЯ 2021 ГОДА, ТАШКЕНТ**

## КАРДИОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПОЧЕК <i>Аликулов И.Т., Камилова У.К., Икрамова Ф.А.</i> .....	13
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЖ У БОЛЬНЫХ ИМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST С РАЗЛИЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОЦЕДУРЫ <i>Алимов Д.А., Кенжаев С.Р., Мухамедова Б.Ф., Койиров А.К.</i> .....	13
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Аллабердиев А.А., Курбанов В.А., Бекнепесова М.Ч., Гаровов Г.Я., Мухамметгулыева Г. Р., Ходжамухаммедова Ш.Х., Ашырова А.А.</i> .....	14
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Хан Т.А., Юнусова Л.И., Назарова Г.А.</i> .....	15
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС АССОЦИИРОВАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Хан Т.А.</i> .....	15
ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Аляви А. Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Раджабова Д.И., Хан Т.А.</i> .....	16
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЖ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST С РАЗЛИЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОЦЕДУРЫ <i>Аляви А.Л., Кенжаев С.Р.</i> .....	17
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РАННИЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Арипова Н.А., Набиева Д.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Нурмухаммедова Н.С.</i> .....	17
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Атаходжаева Г.А., Мирзаева Б.М., Валиев А.А.</i> .....	18
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Атаходжаева Г.А., Арипова Д.Ш., Газиева Х.Ш.</i> .....	19
СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Бадалбаева Н.М., Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Рахимова С.</i> .....	20
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Гадаев А.Г., Пирматова Н.В., Гадаева Н.А., Муллаева С.И.</i> .....	20
ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ <i>Гадаева Н.А., Туракулов Р.И.</i> .....	21
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ФИБРОЗИ ЖАРАЁНЛАРИНИ БАҲОЛАШ <i>Ғаниев Ж.И., Туракулов Р.И., Очилов И.А.</i> .....	22
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШ ДАВОМИЙЛИГИ ВА НЕФРИНУРИЯ КЎРСАТГИЧЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Ғиёсова Н.О., Ахедова Н.Ш.</i> .....	22
СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Ғофуржонов Д.О., Туракулов Р.И., Умаров З.А.</i> .....	23

ТУРҒУН ЗҶУРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Джумаев Д.Л., Турақулов Р.И., Зуннунов Х.М.</i> .....	24
COVID–19 ДАН ТУЗАЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ХАВФНИ БАҲОЛАШ <i>Ермекбаева А.У.</i> .....	25
БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Бабаджанов С.А., Им В.М., Юсупов Ж.У.</i> .....	25
БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Зуфаров М.М., Абдуллаева М.А., Им В.М., Искандаров Ф.А.</i> .....	26
БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Зуфаров М.М., Абдуллаева М.А., Им В.М., Искандаров Ф.А.</i> .....	26
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Им В.М., Бабаджанов С.А.</i> .....	27
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Казакова М.И., Митьковская Н.П.</i> .....	28
БУЙРАКЛАР ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШИ БИЛАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ПРОГНОЗ <i>Камилова У.К., Абдуллаева Ч.А., Атаходжаева Г.А., Бекназарова С.С., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</i> .....	28
COVID–19 ДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИ БИОМАРКЕРЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ <i>Камилова У.К., Рахимов А.Н., Машарипова Д.Р.</i> .....	29
СТ ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИС ВА БИРЛАМЧИ ПЕРКУТАН КОРОНАР АРАЛАШУВЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Кенжаев С.Р.</i> .....	29
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА И ИНГИБИТОРА РЕНИН – АНТИГИПОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ <i>Китьян С.А., Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Рахимова С.</i> .....	30
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Коваль С.Н., Снегурская И.А., Юшко К.А.</i> .....	31
УРОВНИ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ МИКРОРНК–133А И ИХ СВЯЗЬ С ПАРАМЕТРАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Коваль С.Н., Юшко К.А., Снегурская И.А.</i> .....	31
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИДА ФИБРОЗ ЖАРАЁНЛАРИНИ БАҲОЛАШДА АЛЬДОСТЕРОННИ ЎРНИ <i>Қорахонов Р.Қ., Муллаева С.И., Эшмаматов О.Ф.</i> .....	32
ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Мацкевич С.А., Бельская М.И.</i> .....	33
ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Машарипова Д.Р., Камилова У.К., Бобоев К.Т., Рахимов А.Н.</i> .....	34
ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА–6 НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК <i>Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Бранковская Е.Ю.</i> .....	35
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА БАҲОЛАШ <i>Музаффаров Ж.Ш., Нажмиддинов А.А.</i> .....	35
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST НИЗКОГО РИСКА <i>Мурзабаева Р.Р., Жусупова Г.К., Сейсембеков Т.З., Смаилова Г.Т.</i> .....	36
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Мухаммедова М.М.</i> .....	37
ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЫЩАЕМОСТИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID–19 <i>Норбутаев О.М., Ибрагимов У.Д.</i> .....	37

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ЖЕНЩИН ПО ВОЗРАСТАМ <i>Нишоновна Ю.У., Кодирова Ш.А.</i> .....	38
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМКР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПОЛИМОРФИЗМЕ ГЕНА АЛЬДОСТЕРОНСИНТАЗЫ (CYP11B2) <i>Нуритдинов Н.А., Камилова У.К., Хамраев А.А.</i> .....	39
ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА R-R ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ТЕСТ 6 МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВАЛОЛОМ.....	39
Очилов И.А., Ганиев Ж.И., Зуннунов Х.М. ....	39
ДИСЛИПИДЕМИЯ И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РАЗЛИЧНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Петрова Е.Б., Статкевич Т.В., Балыш Е.М., Плешко А.А., Митьковская Н.П.</i> .....	40
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДАПАГЛИФЛОЗИН <i>Пирматова Н.В., Гадаева Н.А., Гадаев А.Г.</i> .....	41
ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРАРДА МЕТАБОЛИКЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ <i>Пўлатова Ш.Х.</i> .....	41
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК <i>Рахимова М.Э., Юлбарисов А.А., Туракулов Р.И.</i> .....	42
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ SARS-COV-2 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН МИОКАРДИАЛ ДИСФУНКЦИЯНИ БАХОЛАШДА СТРЕЙН- ЭХОКАРДИОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАШ <i>Розиходжаева Г.А., Мардиев А.А., Жураев О.Р., Мирзаева С.М., Нурматова Д.Б.</i> .....	43
СЕМИЗЛИГИ МАВЖУД АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ҲАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛГАНЛИГИ <i>Салихов Б.Р.</i> .....	43
К ОБОСНОВАНИЮ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО КОНТИНУУМА: «ЛЕГКИЕ – ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ» <i>Сейсембеков Т.З., Тусупбекова М.М., Муравлева Л.Е., Мукатова И.Ю., Жаутикова С.Б., Молотов-Лучанский В.Б., Смаилова Г.Т., Зеленская В.Н., Тургунова Л.Г.</i> .....	44
ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Сейсембеков Т.З., Жусупова Г.К., Загоруля Н.Л., Смаилова Г.Т., Кубекова С.Ж.</i> .....	45
ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРИЗА <i>Танрыбердиева Т.О.</i> .....	46
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИБС У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Ташкенбаева Э.Н., Холиков И.Б.</i> .....	46
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ С РАЗВИТИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Туляганова Д.К., Аляви А.Л., Нуритдинова С.К., Каюмова Н.К., Тошев Б.Б.</i> .....	47
ТУРҒУН ЗҶУРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ КЕЧИШИГА СУРУНКАЛИ ТОШСИЗ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ТАЪСИРИ <i>Умаров З.А., Туракулов Р.И., Ғофуржонов Д.О.</i> .....	48
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Ахмедов М.А., Максудова М.Г., Курбанова Ф.Р.</i> .....	48
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИАТОРОВ И ЭФФЕКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Хайбуллина З.Р., Шаратов Н.У., Им В.М., Абдуллаева С.Д., Умаров М.М.</i> .....	49
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Хайбуллина З.Р., Zufarov M.M., Шаратов Н.У., Им В.М., Абдуллаева С.Д., Умаров М.М.</i> .....	50
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.</i> .....	50

РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 <i>Хашимов А.А., Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М.</i> .....	51
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Ходжакулиев Б.Г., Джумаев Х.Х., Аннанпесов Т.О.</i> .....	52
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА <i>Ходжакулиев Б.Г., Аллабердыев А.</i> .....	52
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ <i>Чапау А.Х., Мухаммедова Н.А., Гурбаналиев С.А.</i> .....	53
СТРУКТУРНО–ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Чапау А.Х., Оразмаммедова Ш.М., Алтыев Г.Б., Аннаева Д.А., Текяева С.</i> .....	54
ЮРАК РЕСИНХРОНЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ ЮКЛАМАЛАРГА ЧИДАМЛИЛИКНИ БАҲОЛАШ <i>Эшмаматов О.Ф., Қорахонов Р.Қ.</i> .....	54
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Юлбарисов А.А., Рахимова М.Э., Салихова М.Ф.</i> .....	55
ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ <i>Юсупова М.Ш., Хайдарова Ф.А., Камилова У.К.</i> .....	56
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Хасанова К.М., Махкамова Н.У.</i> .....	57
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Машкурова З.Т.</i> .....	58
BASIC METHODS FOR THE STUDY OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN OCCUPATIONAL DISEASES <i>Khalmukhamedov B.T.</i> .....	58
THE INCIDENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL PULMONARY DISEASES <i>Khalmukhamedov B.T.</i> .....	59
RHYTHM DISORDERS IN PATIENTS WITH STABLE CORONARY HEART DISEASE DEPENDING ON THE CONDITION OF THE CORONARY ARTERIES <i>Pylova T., Tseluyko V.</i> .....	60
AHOLINING TURLI YOSH GURUHLARIDA ARTERIAL GIPOTENZIYAGA OID PROFILAKTIK AMALIYOTLARNI OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA KUCHAYTIRISHNING EPIDEMIOLOGIK OMILLARI <i>Kurbonova R., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	60
AHOLINING TURLI YOSH GURUHLARIDA ARTERIAL GIPOTENZIYAGA OID PROFILAKTIK AMALIYOTLARNI OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA KUCHAYTIRISHNING EPIDEMIOLOGIK OMILLARI <i>Kurbonova R., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	61
GIPOTONIK KONTINUUMGA ALOQADOR VA OILAVIY SHIFOKORI FAOLIYATIDA AKSARIYAT UCHRAYDIGAN XATAR OMILLARI <i>Kurbonova R., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	61
OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYANI SKRININGLI ANIQLASH NATIJALARI <i>Kurbonova R.R., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	62
OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYANI VEN TAHLILI NATIJALARI <i>Kurbonova R.R., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	62
OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYA SHAKLLANISHINING XATAR OMILLARIGA BOG'LIQLIGI DARAJASINI QIYOSIY TAVSIFI <i>Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Kalandarov D.M., Usmonov B.U.</i> .....	63
OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA GIPERTONIYA KRIZINING «EPIDEMIOLOGIK ILDIZLARI» <i>Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Kalandarov D.M., Qurbonova R.R.</i> .....	63
OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA GIPERTONIYA KRIZINI AKSARIYAT OMILLARI VA ULARNING EPIDEMIOLOGIK TAVSIFI <i>Nurdinov Sh.B., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	64
YOSHGA BOG'LIQ XOLDA O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPOTONIYANI ANIQLANISHI VA OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA PROFILAKTIKASI XUSUSIYATLARI <i>Nurmatova T.S., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Qurbonova R.R.</i> .....	64



## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛЕГКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИССТРЕС ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Коракулова З.Т., Тиллоева Ш.Ш., Сабиржанова З.Т.</i> .....	65
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 <i>Аляви А.Л., Убайдуллаев А.М., Рахимова Д.А., Атаходжаева Г.А., Тиллоева Ш.Ш.</i> .....	66
ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЙ ОКСИГЕНАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Лапицкий Д.В., Ряполов А.Н., Пупкевич В.А., Чирикова Т.В., Арабей А.А., Гончарик А.В., Ибрагимова Ж.А., Митьковская Н.П.</i> .....	66
ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Лапицкий Д.В., Ряполов А.Н., Пупкевич В.А., Чирикова Т.В., Арабей А.А., Гончарик А.В., Ибрагимова Ж.А., Митьковская Н.П.</i> .....	67
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКУРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Маевлянова Н.Т., Агзамова Н.В., Маматова Н.М.</i> .....	68
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 <i>Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Тиллоева Ш.Ш., Бокеева Ч.Ш.</i> .....	68
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Рахимова Д.А., Аляви Б.А., Коранкулова З.Т.</i> .....	69
СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ <i>Рахимова Д.А., Аляви Б.А., Сабиржанова З.Т., Коранкулова З.Т.</i> .....	70
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИШ СИФАТИНИ ОШИРИШ <i>Рахимова Х.М., Юлдашова Н.Э., Сулайманова Н.Э.</i> .....	71
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМ ТИПЛАРИНИ ЎРГАНИШ <i>Рўзиева С.О., Касимов Д.Х.</i> .....	71
ЎСОК БОР БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ <i>Тошов С.С., Ермекбаева А.У.</i> .....	72

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИДА МИКРОЭЛЕМЕНТЛАР ҲОЛАТИ ВА УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ <i>Абдуллаев Р.Б., Махмудова Л.И.</i> .....	73
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШАРОИТИДА ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ КЕКСАЛАРДА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ <i>Абдуллаев Р.Б.</i> .....	74
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ КУРЯЩИХ ТАБАК «НАС» <i>Абдуллаев Р.Б.</i> .....	74
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Аллабердиев А.А., Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Амандурдыева Ш.О., Мириева Г.С.</i> .....	75
ДИНАМИКА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ <i>Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В., Хаиталиев Э.И.</i> .....	76
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В., Миржалилова Г.Ж.</i> .....	76
ПОКАЗАТЕЛИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НАТРОФИЧЕСКИМИ И АТРОФИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ <i>Каримова Д.К., Собирова Г.Н., Каримов М.М.</i> .....	77

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ADIPOQ (+276G>T) И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Далимова Д.А.</i> .....	78
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ <i>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Рустамова С.Т.</i> .....	78
ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГАНТА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ <i>Каримов М.М., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Исламова Ш.З.</i> .....	79
ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ COVID-19 <i>Раимкулова Н.Р.</i> .....	79
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ СЕЛЕЗЕНКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Рахимова З.Р., Ходжакулиев Б.Г.</i> .....	80
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i> .....	81
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i> .....	81
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Собирова Г.Н. Заргарова Н.Р.Каримов М.М., Зуфаров П.С.</i> .....	82
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН, ЖИГАР ФЕРМЕНТЛАРИ ОШГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ТАҲЛИЛИ <i>Собирова Г.Н., Бафоева З.О., Миклиев З.А.</i> .....	83
ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ПЕПСИНОГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ <i>Собирова Г.Н., Каримов М.М., Абдуллаева У.К., Исламова Ш.З.</i> .....	83
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Танрыбердиева Т.О., Гаровов Г.Я.</i> .....	84
ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҲ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ <i>Хамраев А.А., Юлдашева Д.Х.</i> .....	84
САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҲ ХАСТАЛИГИ ВА ЎТХАЛТА ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ПАРЕЛЛЕЛЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИНИ ЎРГАНИШ <i>Шеранов А.М., Арипов Ш.М., Умаров И.Ж., Вохидов Ж.Ж.</i> .....	85
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ И ПИТЬЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД «ЧИНАБАД» НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БИЛИАРНОГО ТРАКТА <i>Юлдашева Г.Р., Жабборова Д.Х.</i> .....	86

## РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К.</i> .....	87
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА <i>Алиахунова М.Ю., Бабаев М.</i> .....	88
РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ <i>Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К.</i> .....	88
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ <i>Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Бекенова Г.Т.</i> .....	89
ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ <i>Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Асқаров Н.Л.</i> .....	90
ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ <i>Ахмедова Н.А., Касимова М.Б., Алиева К.К.</i> .....	90

РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ПСИХОФЕНОТИПГА БОҒЛИҚЛИГИ <i>Ашуров Д.У., Муҳаммадиева С.М., Бекенова Г.Т., Умбаров М.О.</i> .....	91
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ SARS-COV2 <i>Гадаев А.Г., Амонов М.К.</i> .....	92
ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ЗАҲИРАСИНИ БАҲОЛАШНИНГ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ <i>Гадаев А.Г., Ахмедова Н.Ш.</i> .....	92
ИЗУЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ПОКАЗАТЕЛЕМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ <i>Ганиева Н.А., Набиева Д.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А.</i> .....	93
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТОЧНОГО ЦИТОКИНА ИНТЕРЛЕЙКИНА–6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ <i>Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Джураева Э.Р., Арипова Н.А.</i> .....	94
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОСТЕОАРТРИТА НА ЖИЗНЬ ЛЮДЕЙ <i>Даминов Б.Т., Мирзаева Б.М., Газиева Х.Ш.</i> .....	94
РЕВМАТОИД АРТРИТДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ <i>Жўрабоева Г.Б., Агзамова Г.С.</i> .....	95
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМ ТИПЛАРИНИ ЎРГАНИШ <i>Касимов Д. Х., Рўзиева С.О.</i> .....	95
ОЦЕНКА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ <i>Касимова М.Б.</i> .....	96
ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГИНИНГ ҲОЛАТИ <i>Касимова М.Б., Қаххарова Ш.Б.</i> .....	97
ОПЫТ УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РИТУКСИМАБА <i>Киреев В.В., Усманбекова Х.Т., Качалова С.Н.</i> .....	97
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛИМУМАБА В ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Киреев В.В., Усманбекова Х.Т.</i> .....	98
РЕМИКЕЙД В ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Киреев В.В., Суяров А.А., Арипова Т.У., Усманбекова Х.Т.</i> .....	99
АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТДА ОСТЕОПОРОЗНИ ДАВОЛАШДА АЛФАКАЛЬЦИДОЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Мирахмедова Х.Х., Набиева Д.А., Муҳаммадиева С.М.</i> .....	99
ИНТЕРЛЕЙКИН–1 $\beta$ ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ РЕВМАТОИД АРТРИТНИНГ ФАРМАКОТЕРАПИЯСИДА АСОРАТЛАР ХАВФИНИ ПРОГНОЗ ҚИЛИШ <i>Мирхамидов М.В., Набиева Д.А., Бердиева Д.У., Ганиева Н.А., Арипова Н.А.</i> .....	100
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Негматова Г.Ш., Халимова З.Ю.</i> .....	101
АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТДА МИНЕРАЛЛАР АЛМАШИНУВИ ВА УЛАРНИНГ КАСАЛЛИК КЕЧИШИДА АҲАМИЯТИ <i>Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А.</i> .....	101
БИОМЕТРИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Сулейменов А.К., Куанышева А.Г., Сейсембеков Т.З.</i> .....	102
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВЕДЕННОГО ГЕМОДИАЛИЗА <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю.</i> .....	103
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ШКАЛЫ MSCORE У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Хамраев Х.Х.</i> .....	104
ОЦЕНКА МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ <i>Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.</i> .....	104
КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НА ПРИМЕРЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Хужаев Р.Б., Ахмедова Н.А., Алиева К.К.</i> .....	105
MORPHOMETRY AND PARAMETERS CHANGES OF THE LEFT VENTRICLE DIASTOLIC FUNCTION IN PATIENTS WITH ANKILOSING SPONDILITE <i>Ahmedova N.A., Alieva K.K.</i> .....	106

## РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Абдуллаев А.Х., Садыкова Г.А., Аляви Б.А., Арипов Б.С., Раимкулова Н.Р., Таджиходжаева Ю.Х.</i> .....	107
РОЛЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И., Тагаева Д.Р.</i> .....	108
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Бабаев М.А., Газиева Х.Ш., Нишанова Н.И.</i> .....	108
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Абдуллажанова Ш.Ж., Туляганова Д.К., Азизов Ш.И.</i> .....	109
РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Туляганова Д.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И., Тагаева Д.Р.</i> .....	110
РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Высогорцева О.Н., Собирова Г.Н.</i> .....	111
SARS-CoV-2 САБАБ БЎЛГАН КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯДАН КЕЙИН ЖИСМОНИЙ ЧИДАМЛИЛИКНИНГ ДИНАМИКАСИ <i>Розиходжаева Г.А., Жураев О.Р., Мирзаева С.М., Нурматова Д.Б.</i> .....	112
НАГРУЗОЧНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ ПРИ РОЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ <i>Сафаров А.Ж., Камилова У.К.</i> .....	113
ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ОРГАНОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Максудова М.Г., Курбанова Ф.О.</i> .....	113

## РАЗНОЕ

ТУҒМА ТРОМБОФИЛИЯ ГЕНЛАРИ МУТАЦИЯ ВА ПОЛИМОРФИЗМЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ТРОМБОФИЛИК АСОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИДАГИ АҲАМИЯТИ <i>Абдуганиева Э.А.<sup>1</sup>, Ливерко И.В.<sup>1</sup>, Бобоев Қ.Т.<sup>2</sup>, Дадабаева Р.К.<sup>3</sup></i> .....	115
ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Агзамова Г.С., Абдиева Ю.А., Алиева А.М.</i> .....	116
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Бабаджанов А.С., Кадомцева Л.В., Даминов Р.У.</i> .....	117
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ <i>Бердиева Д.У., Джураева Э.Р., Нурмухаммедова Н.С., Арипова Н.А., Рахимов С.С.</i> .....	117
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЗИСТИНА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Журавлева Л.В., Элхаж Е.В.</i> .....	118
ОРОЛ ДЕНГИЗИ МИНТАҚАСИДАГИ ЯШОВЧИ АХОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ЎРГАНИШ ЙЎЛИДАГИ ЧОРА ТАДБИРЛАР <i>Захидова М.З., Камилова У.К., Мирахмедова Х.Т., Талипова Ю.Ш.</i> .....	118
ЕР ОСТИ ВА ЕР УСТИДА ИШЛАЙДИГАН КОН ИШЧИЛАРИДА УЧРАЙДИГАН КАСБИЙ БРОНХИТЛАРНИНГ КЛИНИК ДИАГНОСТИКАСИ ВА УЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ <i>Кенжабаев Д., Хамрокулова М.А.</i> .....	119
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ГРУППАХ РИСКА ПРИ ПАНДЕМИИ COVID19 <i>Коломиец В.М., Польщикова Н.А.</i> .....	120
ОБОСНОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ COVID-19 <i>Маматова Н.М.</i> .....	121

РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР <i>Нигманов Б.Б., Муминов Ш.К., Саипова Д.С.</i> .....	121
ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 <i>Раимкулова Н.Р.</i> .....	122
ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В ВОЗРАСТНО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ <i>Рахманқул А.Қ., Сейдахметова А.А., Өуезханқызы Д., Алдешев А.А.</i> .....	123
ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Ризамухамедова М.З., Джураева Э.Р., Бердиева Д.У., Седенков А.</i> .....	124
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Рихсиева Н.Т.</i> .....	124
РЕСПУБЛИКА МАХСУС 2-СОҢЛИ ЗАНГИОТА ШИФОХОНАСИ, ИЮНЬ ОЙИДАГИ COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ЎРГАНИШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ <i>Собирова Г. Н., Усманхаджаева А.А., Бафоева З. О.</i> .....	125
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА <i>Сулаймонова Г.Т., Ахмедова Н.Ш.</i> .....	125
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ХУДУДЛАР АРО КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН КАСАЛЛИКЛАР ТАҲЛИЛИ <i>Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Атаханова Л.Э., Хашимов А.А., Абдукадирова Н.М.</i> .....	126
ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У.</i> .....	127
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ В УСЛОВИЯХ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Усманов Б., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Курбанова Р.Р.</i> .....	128
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РОЗЛИВА ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Халмирзаев Ш., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю.</i> .....	128
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Юнусметов Э.Ш., Алибекова Ж.Р., Алдешев А.А., Сейдахметова А.А.</i> .....	129
ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF NEW TECHNOLOGIES ORGANIZATIONS OF THERAPEUTIC ASSISTANCE TO RURAL TO THE POPULATION IN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM <i>Babadzhanov A.S., Kadomtseva L.V., Daminov R.U.</i> .....	130
EMBOLIZATION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA WITH INTRACRANIAL EXTENSION <i>Uzokov A.D. Xasanov U.S. Umarov R.Z.</i> .....	130
OILAVIY SHIFOKORLARI SHAROITIDA QON BOSIMINI KESKIN KO'TARILISHINING ETNIK XUSUSIYATLARI <i>Nurdinov Sh.B., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Usmonov B.U.</i> .....	131



## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

АЛИКУЛОВ И.Т., КАМИЛОВА У.К., ИКРАМОВА Ф.А.

*Ташкентская медицинская академия, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение и качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек.

**Материал и методы.** Обследовано 128 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненной 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 исследовании не включались больные с сахарным диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-EPI.

**Результаты исследования.** Изучение исходных параметров СКФ выявило, что у больных с I ФК ХСН данный параметр составил  $86,4 \pm 9,5$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ , со II ФК ХСН составил  $77,1 \pm 16,4$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  и у больных с III ФК ХСН  $65,3 \pm 12,0$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  соответственно. При этом больные СКФ  $< 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  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 функцио-

нального состояния почек выявило, что у больных СКФ  $\geq 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  данный показатель составил  $344,6 \pm 21,8$  м и у больных СКФ  $< 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  –  $235,0 \pm 8,24$  м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ  $< 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  –  $8,1 \pm 0,67$  баллов, по сравнению с группой больных СКФ  $\geq 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ , 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/ $1,73 \text{ м}^2$  данный показатель составил  $37,2 \pm 2,24$  баллов, у больных СКФ  $< 60$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  –  $49,4 \pm 5,13$  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.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЖ У БОЛЬНЫХ ИМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST С РАЗЛИЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОЦЕДУРЫ

АЛИМОВ Д.А., КЕНЖАЕВ С.Р., МУХАМЕДОВА Б.Ф., КОЙИРОВ А.К.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка динамики показателей сократительной функции ЛЖ у больных ИМ с элевацией сегмента ST с различным результатом эндоваскулярной процедуры.

**Материал и методы.** В исследование включены 132 больных с ИМ элевацией сегмента ST.

Для оценки эффекта эндоваскулярной реперфузии миокарда все больные были разделены на две группы в зависимости от результатов выполненной эндоваскулярной процедуры. В 1-группу ( $n = 54$ ) вошли больные с безуспешной попыткой и/или с неполным восстановлением миокардиаль-

ной перфузии в результате вмешательства (отрицательный результат процедуры: TIMI 0–1–2 (no-slow-reflow), MBG 0–1, отсутствие или частичная резольюция сегмента ST). 2-группу (n=78) больных составили пациенты с оптимальным результатом эндоваскулярной процедуры (TIMI 3, MBG 3, полная резольюция сегмента ST). При изучении динамики показателей сократимости и объемов ЛЖ мы ориентировались на данные ЭхоКГ (на 1-е сутки и на 8–10 сутки заболевания) в динамике, выполненной до и после вмешательства в инфаркт-связанных коронарных артериях.

**Результаты исследования.** На ЭхоКГ после выполненной ангиопластики ИСКА у пациентов 1 группы наблюдалась следующая динамика основных показателей, отражающих функциональное состояние ЛЖ: достоверно снижалась ФВ ЛЖ (до  $47,2 \pm 4,7$ ;  $p < 0,05$ ). Было отмечено имеющее тенденцию недостоверное увеличение КСО ЛЖ (до  $67,1 \pm 8,4$  мл). При проведении стресс-эхокардиографии на 5–7 сутки заболевания, общая картина претерпела изменения: было отмечено недостоверное (по сравнению с исходным уровнем) увеличение ФВ ЛЖ, при этом отмечалось недостоверное уменьшение объемов ЛЖ, так и более информативных индексированных показателей (индекс КСО и индекс КДО ЛЖ). Индекс сферичности при введении МДД также недо-

стительно уменьшился ( $0,61 \pm 0,028$  до  $0,55 \pm 0,81$ ;  $P < 0,05$ ). Между тем индекс нарушения регионарной сократимости (ИНРС) ЛЖ у больных 1 подгруппы при СЭД с МДД не имел достоверной динамики и составлял  $1,9 \pm 0,12$ . При проведении СЭД с МДД миокардиальный стэннинг был выявлен в  $0,88 \pm 0,02$  сегментах, зона некроза в  $4,8 \pm 0,05$  сегментах ЛЖ.

У пациентов 2 группы (с оптимальным эффектом реперфузии) наблюдалась более благоприятная динамика основных параметров. При первом ЭхоКГ на 2–3 сутки заболевания у данных пациентов также отмечалась снижение ФВ ЛЖ (до  $48,6 \pm 8,1\%$ ). При проведении стресс эхокардиографии с малыми дозами добутамин отмечался статистически достоверный прирост ФВ ЛЖ до  $52 \pm 8,1\%$ . При проведении СЭД с МДД миокардиальный стэннинг был выявлен в  $3,7 \pm 0,02$  сегментах, зона некроза в  $2,3 \pm 0,05$  сегментах ЛЖ. При проведении СЭД с МДД отмечалось достоверное уменьшение КСО ЛЖ (в отличие от пациентов 1 группы, где нами отмечено недостоверное уменьшение КДО и КСО ЛЖ) во 2-ой группе.

Таким образом, оптимальная реперфузии миокарда при ИМ с элевацией сегмента ST благоприятно влияет на показатели сократительной функции миокарда ЛЖ, путем сохранения жизнеспособности миокарда в зоне инфаркта.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., КУРБАНОВ В.А., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч., ГАРОВОВ Г.Я., МУХАММЕТГУЛЫЕВА Г. Р., ХОДЖАМУХАММЕДОВА Ш.Х., АШЫРОВА А.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М.Карыева,  
Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить эффективность бисопролола в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** В исследование было включено 72 больных (32 женщины и 40 мужчин) в возрасте от 35 до 55 лет с ХСН 2–3 функционального класса (ФК), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. Всем больным проводились электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), проба с 6 минутной ходьбой. Титрование дозы препаратов начиналось с 2,5 мг с последующим увеличением дозы до рекомендованного уровня в 5 мг. Критериями хорошей переносимости являлись стабильное клиническое состояние, нормальный уровень артериального давления и частоты сердечных сокращений, отсутствие побочных эффектов.

**Результаты исследования.** За время исследования снижение ФК ХСН удалось достичь у 35% больных. Ухудшение состояния было отме-

чено только у одного больного. Перевод больных ХСН на бисопролол сопровождался достоверным уменьшением среднего ФК ХСН и снижением тяжести клинического состояния, а также увеличением дистанции 6-минутного теста ходьбы. Кроме того, перевод пациентов на исследуемый препарат ассоциировался с улучшением качества жизни. На фоне проводимой терапии имело место клинически незначимое снижение уровня артериального давления и достоверное урежение ЧСС (частота сердечных сокращений) в среднем на 5 ударов в минуту, что составило 6,5%.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования показали эффективность применения бета-адреноблокатора бисопролола в лечении ХСН. Снижение ЧСС явилось значимым фактором улучшения клинического состояния больных. Эффективность бисопролола проявлялась в улучшении клинического состояния, качества жизни, в повышении толерантности к нагрузкам у больных с ХСН.

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., НУРИТДИНОВА С.К., ХАН Т.А., ЮНУСОВА Л.И., НАЗАРОВА Г.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить влияние гликемического стресса на течение ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Было обследовано 60 больных в возрасте  $59,1 \pm 10,2$  лет с ИБС, стенокардией напряжения ФК 2 ФК. У большинства больных была диагностирована хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II А стадии, у 48 больных артериальная гипертензия 2–3 стадии. У 28 больных индекс массы тела (ИМТ) был выше  $30 \text{ кг/м}^2$ . Для контроля гипергликемического стресса определяли уровень глюкозы крови натощак и гликированного гемоглобина (HbA 1) иммунохимическим способом. Метаболический статус пациентов контролировали определением основных показателей белкового, жирового, пигментного и азотистого баланса.

**Результаты исследования.** был определен HbA 1 у 42 пациентов и в среднем составил  $5,98 \pm 1,22\%$ . В тоже время у 7 больных выше  $6,8\%$  и при этом достигал цифр  $11,2\%$ . Уровень глюкозы крови составил  $6,84 \pm 1,84$  ммоль/л и у 32 больных был выше  $5,8$  ммоль/л из которых у 14 обследуемых был выше  $7,8$  ммоль/л. При сопоставлении индексов гипергликемии с показателями обмена веществ обнаружена значимая связь HbA 1 с общим холестерином сыворотки крови, триглицери-

дами и липопротеидами низкой плотности. В то же время уровень гликемии напрямую коррелировал с аспартат-трансаминазой и индексом массы тела (ИМТ).

У стентированных больных отмечено некоторое усиление гликемического стресса в виде повышения уровня HbA 1 до  $6,98\%$  и уровня глюкозы до  $8,25$  ммоль/л. Отмечено повышение уровня креатинина крови выше  $105$  ммоль/л у 29 обследуемых. У этой группы больных содержание HbA 1 составило  $7,55 \pm 1,31\%$ , а глюкозы крови  $6,87 \pm 1,84$ . При проведении факторного анализа обнаружено, что уровень HbA 1 наиболее сильно коррелировал с факторами, состоящими из роста, массы, индекса массы тела и креатинина, мочевины крови. Уровень глюкозы плазмы натощак наиболее сильно коррелировал также с факторами, включающими рост, массу и ИМТ, а также уровни общего, прямого и непрямого билирубина.

**Вывод.** Гипергликемический стресс, проявляющийся повышением уровня HbA 1 и глюкозы крови, отражен у большинства произвольно обследованных больных ИБС. При этом определяет степень нарушения обменных процессов, и особенно выражен после проведения кардиохирургических вмешательств.

## ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС АССОЦИИРОВАННЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., НУРИТДИНОВА С.К., ХАН Т.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение диастолической функции ЛЖ у больных ИБС с сахарным диабетом 2 типа в раннем периоде после стентирования коронарных артерий (КА).

**Материал и методы.** В обследование включено 62 больных ИБС, из них 25 лиц страдали СД 2 типа, средний возраст больных составил  $58,4 \pm 9,1$  года. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа 37 больных ИБС, без СД, вторая группа 25 пациентов ИБС, с сопутствующим СД 2 типа. Из исследования исключались больные с клапанной патологией и аневризмой сердца, а также больные с СД 1 типа. Всем больным до и после стентирования КА прово-

дилось клиничко-лабораторное исследование, в том числе проводился контроль прандиальной и постпрандиальной гликемии, ЭКГ, ЭхоКГ. Решение вопроса о коронарном стентировании решался на основании селективной коронароангиографии.

**Результаты исследования.** анализ данных полученных при исследовании импульсно-волнового доплера выявили следующие изменения: ДФ ЛЖ у больных ИБС с СД 2 типа нарушена в большем проценте случаев ( $85\%$ ), чем у больных без диабета ( $65\%$ ); отношение пика скоростей трансмитрального кровотока (E/A) после стентирования значимо ( $p < 0,05$ ) изменялись у больных обеих



групп: у пациентов из 1 группы от 0,96 до 1,12, у пациентов из 2 группы от 0,75 до 1,15.

**Выводы.** Таким образом, диастолическая функция миокарда ЛЖ у больных с СД 2 типа нарушена в большем количестве случаев, чем без СД, что связано с негативным влиянием наруше-

ния углеводного обмена на ДФ ЛЖ, подтверждением этому служат изначально нарушенная ДФ миокарда ЛЖ у больных без диабета достоверно улучшается в ранний послеоперационный период после стентирования.

## ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АЛЯВИ А. Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., НУРИТДИНОВА С.К., РАДЖАБОВА Д.И., ХАН Т.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение генетических маркеров риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) на основании изучения полиморфных вариантов генов фактора некроза опухоли- $\alpha$  и интерлейкина ИЛ-6 у пациентов узбекской популяции.

**Материал и методы.** Обследованы 53 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III ФК (по классификации Канадской ассоциации кардиологов, 1976), осложненной ХСН II–III ФК по NYHA. Среди них были: мужчин – 41 (77,3%), женщин – 12 (22,6%). Средний возраст составил  $61,9 \pm 5,8$  лет. Диагноз верифицировался на основании тщательного анализа клинических данных, а также клинико-инструментальных исследований, включавших ЭКГ, ЭхоКГ, общеклинических и биохимических исследований крови. Признаки хронической сердечной недостаточности II–III ФК по NYHA выявляли в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (2019). Длительность заболевания составила  $8,7 \pm 3,56$  лет. Контрольную группу составили 20 добровольцев мужского пола, сопоставимые по возрасту, без сердечно-сосудистой патологии. Генотипирование образцов ДНК по изучаемым полиморфизмам проводилось с использованием специфических олигонуклеотидных праймеров. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCR Core (ООО «Лаборатория ИзоГен»).

**Результаты исследования.** Проведенный генетический анализ показал, что среди пациентов ИБС и здоровых добровольцев обнаружено су-

щественное отличие встречаемости полиморфных вариантов исследуемого гена. У пациентов, страдающих ИБС было выявлено, что носители мутантного и гетерозиготного генотипов AA и CA составили 7,5% ( $n=4$ ), при этом наблюдается преобладание здорового генотипа CC (85%,  $n=45$ ). В контрольной группе преобладание носителей здорового типа составило 65%, гетерозиготного генотипов 35%, а носители мутантного генотипа отсутствовали. При анализе генотипирования полиморфизма (174 G/C) гена ИЛ-6 в группе пациентов с ИБС было выявлено, что носители мутантного генотипа CC составили 9% ( $n=17$ ), при этом наблюдалось преобладание гетерозиготного генотипа GC (51%,  $n=27$ ), а носители дикого генотипа GG были выявлены в 32% ( $n=17$ ) случаев. Изучение особенностей распределения частот генотипов у пациентов с ИБС относительно группы здоровых лиц выявило достоверное снижение генотипа GG у пациентов с ИБС.

**Выводы.** Проведенный нами анализ полиморфизма C-863-A гена ФНО- $\alpha$  и полиморфизма 174 G/C гена ИЛ-6 выявил генетические особенности, влияющие на риск развития ИБС. В перспективе, типирование генетических маркеров, включая ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6, позволит более четко прогнозировать риски развития ИБС в группах лиц, предрасположенных к сердечно-сосудистой патологии, а также в группах диагностированной ИБС. Выявление молекулярных маркеров системного воспаления можно будет использовать для оценки персонализированного прогноза развития и прогрессирования заболевания.

## ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЖ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST С РАЗЛИЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОЦЕДУРЫ

АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ С.Р.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка показателей систолической функции и ремоделирования ЛЖ через 3 месяца у больных перенесших ИМ с элевацией ST с различным результатом эндоваскулярной процедуры.

**Материал и методы.** В исследование включены 132 больных с ИМ элевацией сегмента ST. Для оценки эффекта эндоваскулярной реперфузии миокарда все больные были разделены на две группы в зависимости от результатов выполненной эндоваскулярной процедуры. В 1- группу (n=54) вошли больные с безуспешной попыткой и/или с неполным восстановлением миокардиальной перфузии в результате вмешательства (отрицательный результат процедуры: TIMI 0–1–2 (no-slow-reflow), MBG 0–1, отсутствие или частичная резольвация сегмента ST). 2-группу (n=78) больных составили пациенты с оптимальным результатом эндоваскулярной процедуры (TIMI 3, MBG 3, полная резольвация сегмента ST). Для изучения динамики показателей систолической функции и ремоделирования ЛЖ выполнена ЭхоКГ (на 2–3 сутки и на 8–10 сутки заболевания) и через 3 месяца в динамике. Полученные данные подверглись статистической обработке.

**Результаты исследования.** Через 3 месяца, общая картина претерпела изменения: было отмечено достоверное (по сравнению с исходным

уровнем) уменьшение ФВ ЛЖ, которая составляла (от  $47,2 \pm 4,7$  до  $42,1 \pm 11,2$ ;  $p < 0,01$ ), при этом отмечалось достоверное увеличение как объемов ЛЖ (КДО:  $137,7 \pm 11,8$  до  $160,1 \pm 7,8$ ;  $P < 0,01$  и КСО:  $66,2 \pm 12,5$  до  $80,8 \pm 9,8$ ;  $P < 0,05$ ), так и более информативных индексированных показателей (индекс КСО и индекс КДО ЛЖ). Индекс сферичности через 3 мес. также достоверно увеличился ( $0,61 \pm 0,028$  до  $0,7 \pm 0,81$ ;  $P < 0,05$ ). Между тем индекс нарушения регионарной сократимости (ИНРС) ЛЖ у больных 1 подгруппы к 3 месяцам наблюдения не имел достоверной динамики

Через 3 месяца степень дилатации достоверно увеличилась (КДО:  $136 \pm 7,8$  до  $142,8 \pm 9,1$ ;  $P < 0,05$ ), однако при этом оставалась менее выраженной, чем у пациентов 1 группы. Менее выраженной была и степень сферификации полости ЛЖ. Индекс нарушения регионарной сократимости ЛЖ имел отчетливую тенденцию к достоверному уменьшению.

**Выводы.** Таким образом, оптимальная реперфузии миокарда с применением эндоваскулярных процедур при остром периоде инфаркта миокарда элевацией сегмента ST благоприятно влияет на показатели глобальной систолической функции миокарда ЛЖ, а также на показатели ремоделирование левого желудочка.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РАННИЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АРИПОВА Н.А., НАБИЕВА Д.А., ДЖУРАЕВА Э.Р., ГАНИЕВА Н.А., НУРМУХАММЕДОВА Н.С.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения эналаприла малеата и каптоприла при остром инфаркте миокарда (ИМ), осложненного сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 60 больных в возрасте от 40 до 74 лет, у которых ИМ осложнился развитием левожелудочковой недостаточности без признаков кардиогенного шока. 1-ю группу составили 26 больных острым ИМ, получающих только базисную терапию, 20 больных, включенных во 2-ю группу, на фоне базисной терапии получали каптоприл в начальной дозе  $6,25$  мг/сут, с последующим увеличением дозы под контролем уровня АД до  $25–50$

мг/сут. У 20 больных 3 группы использовался эналаприла малеат в дозе  $1,25–5$  мг в сутки в течение стационарного лечения. Измерение параметров центральной гемодинамики проводилось на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е, 10–12-е сутки ИМ и при выписке на 20–25 день болезни.

**Результаты исследования.** результаты исследования показали, что ингибиторы АПФ вызывают эффективную гемодинамическую разгрузку левого желудочка, достоверное увеличение сердечного индекса (СИ) и ударного индекса, а также уменьшение ЧСС и двойного произведения (ДП), обеспечивая возрастание производительности левого желудочка. Значительное увеличение СИ у

больных 2-й и 3-й групп позволило сохранить без существенных изменений уровень среднего АД, несмотря на достоверное снижение ОПСС и ДП. На фоне лечения у больных 2-й и 3-й групп отмечены снижение конечно-диастолического и систолического объема, достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), предупреждая процесс ремоделирования ЛЖ.

**Выводы.** Таким образом, применение ингибиторов АПФ с первых суток острого ИМ, осложнен-

ного недостаточностью кровообращения, следует считать патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения.

На фоне лечения с ингибиторами АПФ групп отмечены снижение конечно-диастолического и систолического объема, достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), предупреждая процесс ремоделирования ЛЖ из за этого следует считать патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

АТАХОДЖАЕВА Г.А., МИРЗАЕВА Б.М., ВАЛИЕВ А.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** изучить динамику структурно-геометрических параметров левого желудочка (ЛЖ) у больных с ХСН сохраненной (HFpEF) фракцией выброса (ФВ) на фоне терапии сердечной недостаточности и метаболического синдрома.

**Материал и методы.** Для реализации поставленных задач было обследовано 100 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II-III функционального класса (ФК) по NYHA. В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=36), больные без МС; II группа (n=30) больные с различной комбинацией дислипидемии (ХСЛПВП <1,03 ммоль/л; ХСЛПНП >3,0 ммоль/л) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=34) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД<sub>2</sub>) с АО, АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ).

Пациенты I группы в течение трёх месяцев принимали периндоприл (Престариум, Servier), бисопролол (Конкор, Nycomed), спиронолактон (Верошпирон, Gedeon Richter) и аторвастатин (Липримар—Pfizer, Ирландия) по 10 мг/сут. Пациенты II и III группы разделены на две подгруппы А и Б. Больные с ХСН и МС II и III А группы в течение 3-х месяцев принимали периндоприл, бисопролол и спиронолактон. IIБ группа больных кроме периндоприла, бисопролола и спиронолактона в течение трёх месяцев принимали аторвастатин (Липримар—Pfizer, Ирландия) по 10 мг 1 раз в сутки. IIIБ группа дополнительно в течение трёх месяцев принимала аторвастатин и метформин (Сиофор, Berlen-Chemie, Германия) по 500–1000 мг/сут.

При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009).

**Результаты исследования.** Наблюдалось достоверное улучшение показателей ЭхоКГ в I группе больных: уменьшение размера ЛП на 11,7% (P<0,01), КСР на 16,7% (P<0,01) и КДР ЛЖ на 11,6% (P<0,01) по отношению к исходным данным. Во IIБ и IIIБ группе на фоне 3-х месячной стандартной терапии с коррекцией ДЛП и СД<sub>2</sub> отмечается достоверное уменьшение размеров ЛП на 12,8% (P<0,05) и 12,2% (P<0,05), КДР на 12,1% (P<0,05) и 11,5% (P<0,05), а также КСР на 17,0% (P<0,01) и на 12,6% (P<0,05) по сравнению к исходными данными. Во IIА группе отмечалось статистически значимое уменьшение параметров ЛП на 10,8%, а также КСР ЛЖ на 10,3% (P<0,05). В IIIА группе в динамике лечения достоверные различия отмечалось лишь со стороны показателя КСР на 10,9% (P<0,05), при этом значения ЛП, КДР до и после лечения в IIIА группе были статистически незначимыми (P>0,05). Выраженная эффективность комбинированной терапии, направленной на обратное развитие патологического ремоделирования миокарда демонстрируется уменьшением ТМЖП на 11,1% (P<0,05) и 11,5% (P<0,05) в I и во IIБ группах через 3 месяца лечения. В динамике 3-х месячного лечения периндоприлом, бисопрололом, спиронолактоном и аторвастатином ММЛЖ в I группе исследования уменьшился на 12,3% (P<0,05) и соответственно ИММЛЖ на 11,7% (P<0,05) по отношению к данным до лечения.

**Выводы.** Лечение больных с ХСН и МС в течение 3-х месяцев с добавлением к стандартной терапии аторвастатина, а при наличии СД<sub>2</sub> и метформина дает хороший антиремоделирующий эффект, нормализуя кардиоваскулярные взаимоотношения, желаемый результат по улучшению эхогеометрических параметров сердца.

## ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

АТАХОДЖАЕВА Г.А., АРИПОВА Д.Ш., ГАЗИЕВА Х.Ш.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить динамику функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) у больных с ХСН сохраненной (HFpEF) фракцией выброса (ФВ) на фоне терапии сердечной недостаточности и метаболического синдрома.

**Материал и методы.** Было обследовано 156 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II-III функционального класса (ФК) по NYHA. В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=56), больные без МС; II группа (n=50) больные с различной комбинацией дислипидемии (ХСЛПВП <1,03 ммоль/л; ХСЛПНП >3,0 ммоль/л) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=50) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД<sub>2</sub>) с АО, АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ). Пациенты I группы в течение трёх месяцев принимали периндоприл (Престариум, Servier), бисопролол (Конкор, Nysomed), спиронолактон (Верошпирон, Gedeon Richter) и аторвастатин (Липримар—Pfizer, Ирландия) по 10 мг/сут. Пациенты II и III группы разделены на две подгруппы А и Б. Больные с ХСН и МС II и III А группы в течение 3-х месяцев принимали периндоприл, бисопролол и спиронолактон. IIБ группа больных кроме периндоприла, бисопролола и спиронолактона в течение трёх месяцев принимали аторвастатин (Липримар—Pfizer, Ирландия) по 10 мг 1 раз в сутки. IIIБ группа дополнительно в течение трёх месяцев принимала аторвастатин и метформин (Сиофор, Berlen-Chemie, Германия) по 500–1000 мг/сут. Группы были сопоставимы по возрасту, тяжести ХСН. Доза БАБ титровалась с учетом показателей АД (не менее 90/60 мм рт. ст.) и ЧСС (не менее 55 в одну минуту).

При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (АО) (>94 см для мужчин); уровень триглицеридов (ТГ>1,7 ммоль/л); уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП <1,03 для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак (>5,6 ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2-го типа.

**Результаты исследования.** Выраженные изменения систолической функции ЛЖ наблюдаются во IIБ и IIIБ группах, свидетельством чему является достоверное увеличение в этих группах ФВ и степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу. Именно во IIБ группе через 3 месяца ФВ и %ΔS достигает уровня I группы увеличиваясь на 9,8% (P<0,05) и на 24,8% (P<0,05), а также в IIIБ группе на 10,6% (P<0,05) и 21,2% (P<0,05) по отношению к исходным данным. Улучшение систолической функции ЛЖ наблюдалось также в I группе у больных с ХСН без МС, свидетельством чему явилось достоверное увеличение в данной группе ФВ на 9,72% (P<0,05) и %ΔS на 12,1% (P<0,05).

**Выводы.** У больных с ХСН и МС особенно с тяжелыми проявлениями МС в сравнении с больными без МС отмечается низкая эффективность от 3-х месячной стандартной терапии ХСН и не дает желаемого антиремоделлирующего эффекта..

Лечение больных с ХСН и МС в течение 3-х месяцев с добавлением к стандартной терапии аторвастатина, а при наличии СД<sub>2</sub> и метформина дает хороший антиремоделлирующий эффект, а также восстановления функционального состояния миокарда.



## СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

БАДАЛБАЕВА Н.М., КИТЬЯН С.А., УЗБЕКОВА Н.Р., РАХИМОВА С.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

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

**Материал 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) был определен сосудистый возраст. Расчетный сосу-

дистый возраст был определен с помощью шкалы ASCORE.

**Результаты исследования.** Средний возраст участников составил  $51,5 \pm 6,0$  года, среди которых было 72 (38,2%) мужчины и 48 (61,8%) женщин. Инструментальный и расчетный методы определения сосудистого возраста и раннего сосудистого старения имели низкую согласованность ( $k=0,098$ ).

**Вывод.** Сосудистый возраст является эффективным инструментом для стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений врачом и повышения приверженности пациента, что особенно актуально для молодых пациентов и пациентов с отягощенной наследственностью. Определение сосудистого возраста с помощью расчетного метода ASCORE более чувствительна к выявлению преждевременного старения сосудов, при этом она требует меньше финансовых и организационных усилий.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ГАДАЕВ А.Г., ПИРМАТОВА Н.В., ГАДАЕВА Н.А., МУЛЛАЕВА С.И.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Явилось изучить влияние препарата дапаглифлозина (форсига) на клиническое состояние и насосную функцию у больных с ХСН со сниженной фракцией выброса в составе комбинированной терапии.

**Материал и методы.** На этапе предварительного исследования было отобрано 20 пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса получавших стандартную терапию, состоявшую из бета-блокатора, ингибитора АПФ, антагониста минералокортикоидных рецепторов, диуретиков, и 20 пациентов страдающих ХСН со сниженной фракцией выброса, к стандартному лечению которых был добавлен препарат дапаглифлозин (форсига) в дозе 10 мг 1 раз в день в течении 10 дней.

**Результаты исследования.** Основная и контрольная группа по исходным показателям толерантности к физической нагрузке между собой достоверно не различались. У больных группы с применением препарата форсига к 10 дню лечения достоверно повысилась толерантность к физической нагрузке, что проявилось проходимой дистанцией при тесте 6 минутной ходьбы. В данной группе отмечено улучшение показателей

теста 6-минутной ходьбы с 250.2 до 430.4 м, а в группе без применения дапаглифлозина увеличение показателя 6-минутной ходьбы с 245.8 м до 357,4 м.

Также в группе не получавших дапаглифлозин улучшение клинического состояния, в частности уменьшение одышки у 13 (65%) больных отмечалось через 3 дня пребывания в стационаре, 4 (20%) больных – через 5 дней, 3 (15%) больных – через 9–10 дней. В группе, получающих дапаглифлозин у 17 (85%) больных симптом одышки пропал уже на 1–2 день лечения, у 3х больных (15%) через 4 дня. Отеки на ногах и хрипы в нижних отделах легких в группе больных без дапаглифлозина полностью исчезали у 15 (75%) больных через 7–9 дней пребывания в стационаре, у 5 (25%) больных частично сохранялись и при выписке. В группе больных, получавших форсигу отеки на ногах у 16 (80%) пациентов полностью исчезали уже на 7–8 день пребывания в стационаре.

Всем больным проведено ЭХОКГ в день поступления и при выписке. В группе больных, не получавших дапаглифлозин, средние показатели фракции выброса увеличились на 2.4% , а в груп-

пе больных получавших форсигу в составе комбинированной терапии показатели фракции выброса повысились на 4.6% .

**Выводы.** Таким образом, за время наблюдения, у пациентов, принимавших в комплексном лечении препарат форсига, отмечалось достоверное улучшение клинического состояния, по срав-

нению с группой в комплексном лечении, которые не получали дапаглифлозин. Добавление к лечению дапаглифлозина ускоряет наступление стабилизации состояния больных ХСН со сниженной фракцией выброса и улучшает качество жизни пациентов.

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ

ГАДАЕВА Н.А.,ТУРАКУЛОВ Р.И.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить состояние почечной гемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19 на фоне применения дапаглифлозина.

**Материал и методы.** Было исследовано 40 больных. Средний возраст составил  $63,2 \pm 1,2$  года, среди которых было 16 мужчин и 24 женщины. Все больные страдали ИБС. Стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, в течении последнего года перенесли коронавирусную инфекцию. 1 группа больных-20 человек в комплексном лечении ХСН дополнительно получали дапаглифлозин в дозе 10мг один раз в день, 2 группа пациентов ХСН в комплексном лечении получала стандартную терапию без дапаглифлозина.

Исследование почечной гемодинамики проводилось доплерографическим методом на аппарате Sonoscape 20.

**Результаты исследования.** Так у пациентов в группе не получавших в комплексном лечении дапаглифлозин индекс резистентности составил в основной почечной артерии  $0,68 \pm 0,007$ , в сегментарной почечной артерии  $0,63 \pm 0,005$ , а индекс пропульсивности в основной почечной артерии  $1,08 \pm 0,01$ , в сегментарной почечной артерии  $0,9 (\pm 0,009)$ . После проведенной комплексной терапии без дапаглифлозина индекс резистентности составил в основной почечной артерии  $0,68 \pm 0,007$ , в сегментарной почечной артерии  $0,63 (\pm 0,005)$ , а индекс пропульсивности в основной почечной артерии  $1,08 \pm 0,01$ , в сегментарной почечной артерии  $0,9 \pm 0,009$ .

В группе больных получавших дапаглифлозин до лечения индекс резистентности составил в основной почечной артерии  $0,66 \pm 0,006$ , в сегментарной почечной артерии  $0,64 \pm 0,004$ , а ин-

декс пропульсивности в основной почечной артерии  $1,07 \pm 0,01$ , в сегментарной почечной артерии  $0,98 \pm 0,007$ , а после лечения с применением дапаглифлозина индекс резистентности составил в основной почечной артерии  $0,59 \pm 0,007$ , в сегментарной почечной артерии  $0,61 (\pm 0,005)$ , а индекс пропульсивности в основной почечной артерии  $1,04 \pm 0,01$ , в сегментарной почечной артерии  $0,8 \pm 0,007$ .

**Выводы.** Таким образом можно сделать заключение что измерение гемодинамических параметров почечного кровотока у пациентов хронической сердечной недостаточности является целесообразным и важным. Так индекс резистентности является отражением степени повреждения почечных сосудов, во многом зависящее от атеросклероза и гипертонии. Повышенные значения индекса говорят о начинающихся патологических процессах в почечной структуре по данным литературных источников служит фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний а также ассоциирован с высоким риском по Фраммингской шкале. Кроме того по данным зарубежных авторов известно, что индекс резистентности является наиболее точным параметром для определения степени прогрессирования ХБП, при этом прогностически неблагоприятным является индекс резистивности более  $0,65$  ассоциирован с ухудшением функции почек, что обуславливает необходимость адекватной терапии. А уменьшение индекса иррезистивности в динамике проводимой терапии ХСН с добавлением дапаглифлозина говорит о наличии нефропротективного эффекта данного препарата который необходимо использовать в комплексе стандартной терапии ХСН.

## СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ФИБРОЗИ ЖАРАЁНЛАРИНИ БАҲОЛАШ

ҒАНИЕВ Ж.И., ТУРАКУЛОВ Р.И., ОЧИЛОВ И.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)да миокардда интерстициал фиброз жараёнлари ривожланганлигини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Текширувга СЮЕ билан касалланган 60 нафар бемор олинди, бундан 29 нафари эркаклар ва 31 нафарини аёллар ташкил қилди, ўртача ёш— $64,7 \pm 2,4$ . Беморлар иккита асосий ва назорат гуруҳларига ажратилди. Биринчи гуруҳни СЮЕ камқонлик билан (36 нафар), иккинчи гуруҳ СЮЕ камқонликсиз (24 нафар) кечган беморлар ташкил этди. Ўз навбатида, асосий гуруҳ беморлари гемоглобин даражасига қараб яна иккита кичик гуруҳларга ажратилди. Биринчи кичик гуруҳда (19 нафар бемор) гемоглобин ўртача миқдори  $101,6 \pm 1,3$  г/л, иккинчи кичик гуруҳда эса (17 нафар бемор) унинг миқдори  $82,3 \pm 2,1$  г/лдан иборат бўлди. Барча беморларда умумқабул қилинган лаборатор ва инструментал текширувлар ўтказилди. Барча беморларга эхокардиография ва электрокардиография текшируви ўтказилди. Shirani J. et al (1992) таклиф этган формула асосида миокардда интерстициал коллаген ҳажм фракцияси (ИҚХФ) аниқланди.

**Тадқиқот натижалари.** Текширув натижалари биринчи гуруҳ беморларида ИҚХФ кўрсаткичлари

10% дан 60% гача ўзгаришини кўрсатди. Камқонликнинг турли оғирлик даражаларида ҳам ИҚХФ кўрсаткичлари ўрганилди. Камқонлик оғирлик даражаси ошиши ИҚХФ даражаси ошишини кўрсатди: СЮЕ камқонлик I даража беморларда 10–40%, СЮЕ камқонлик II даража беморларда 30–60%. Камқонликсиз беморларда ИҚХФ кўрсаткичи 10–30% ни ташкил қилди. Камқонлик ва камқонликсиз беморлар орасидаги фарқ ишончли ( $p < 0,05$ ) эканлиги кўрилди. СЮЕ камқонлик билан кечиши ва ИҚХФ орасида тўғри корреляцион боғланиш борлиги аниқланди, бунда боғланиш ўртача кучли ( $r = 0,32$ ). СЮЕ камқонликсиз кечиши ва ИҚХФ орасида боғланиш кучсиз ( $r = 0,14$ ) эканлиги қайд этилди.

**Хулоса.** Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, камқонлик фақатгина СЮЕ кечиши ва прогнозига салбий таъсир кўрсатибгина қолмай, миокардда фиброз жараёнлари ривожланишини ҳам оширади. Миокардиал фиброз ривожланганлигини аниқлаш СЮЕ камқонлик билан ва камқонликсиз кечган беморларда кейинги даволаш тактикасини танлаш ва касаллик прогнози ҳақида ўйлашга имкон беради.

## ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШ ДАВОМИЙЛИГИ ВА НЕФРИНУРИЯ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

ГИЁСОВА Н.О., АХЕДОВА Н.Ш.

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон*

Олиб борилган тадқиқот ишининг мақсади гипертония касаллигининг турли кечиш давомийлигида подоцитлар фаолияти бузилишини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот ишига 60 нафар гипертония касаллиги ташхиси қўйилган беморлар жалб қилинди. Улардан 28, 3% (17 та)- эркаклар, 71,7% (43 та) аёллар ва ўртача ёш  $48,2 \pm 1,3$  ни ташкил этди. Назорат гуруҳини 20 нафар (10 та эркак ва 10 та аёл) соғлом кишилар ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморлар 3 та кичик гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1 гуруҳ- АГ кечиш давомийлиги 5 йилгача (21 та); 2 гуруҳ- АГ кечиш давомийлиги 5–10 йилгача (22 та); АГ кечиш давомийлиги 10 йилдан кўп (17 та).

Барча беморларда клиник- лаборатор текширувлар ўтказилди. Кон зардобида мочевина, креатинин, шунингдек буйрак коптокчалари фил-

трацион тезлиги (БКФТ)- СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ва буйрак функционал резерви (БФР) аниқланди, буйрак фаолияти бузилиши эрта диагностика маркери сифатида бир- кеча кундузлик сийдикдаги микроальбумин, подоцитлардаги патологик ўзгаришларни баҳолаш учун сийдикда нефрин миқдори иммунофермент усулда (ELISA) аниқланди. БФР ни аниқлашда дастлабки ва стимулланган (оқсилли юкламадан кейин) БКФТ орасидаги фарқ ҳисоб чиқилди ва 10% кам, манфий натижалар бўлган беморларда БФР камайган деб баҳоланди.

**Тадқиқот натижалари.** 1 гуруҳдаги беморларда клиник сўраб суриштурувда 6 та беморда (28,4%) нефропатия клиник белгилари (эрталабки шиш, тез-тез пешобга чиқиш) аниқланди. Микроальбуминурия (МАУ) 14 та (66,6%) беморда (МАУ бир кеча кундузлик сийдикда 10–30 мг- 18,4%,

МАУ бир кеча кундузлик сийдикда 30–300 мг –77,1%, МАУ–300 мг/суткадан <4,5%) аниқланди. Нефринурия (НУ) беморларнинг барчасида аниқланиб, ўртача кўрсаткич 3, 76 нг/мл ни ташкил этди.

2 гуруҳдаги беморларда клиник сўраб суриштурувда 8 та беморда (36,4%) нефропатия клиник белгилари аниқланди. МАУ 12 та (54,5%) беморда (МАУ бир кеча кундузлик сийдикда 30–300 мг–57,3%, МАУ бир кеча кундузлик сийдикда 300 мг <43,7%) аниқланди. Бу гуруҳдаги беморларда НУ 100% кузатилиб, ўртача кўрсаткич 5,72 нг/мл ни ташкил этди.

3 гуруҳда кўрсаткичлар мос ҳолда МАУ 57,2% беморда аниқланган бўлса; НУ – кўрсаткичи 5,76 дан 7,46 нг/мл (уртача 6.89 нг/мл) ни ташкил этди.

Барча гуруҳдаги беморларда БКФТ ва БФР кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Солиштирма таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, БКФТ пасайиши ва МАУ кўрсаткичлари оарсида мусбат

боғлиқлик аниқланмади, аммо БФР камайган ва «манфий» кўрсаткичлар бўлган беморларда НУ микдори юқори кўрсаткичларини берди ва бу иккала кўрсаткич орасида мусбат корреляцион боғлиқлик мавжудлигини кўрсатади ( $p > 0,05$ ).

**Хулоса.** Гипертония касаллигида буйрак фаолиятининг бузилиши эрта ташхисотида микроальбуминурия ва БКФТ ни аниқлаш прогностик жиҳатдан кам аҳамиятли.

Касаллик давомийлиги 5 йилгача ва 5 йилдан 10 йилгача бўлган беморларда гиперфилтрация ҳисобидан БКФТ пасайиши кузатилмайди ва бу нефропатияларнинг кеч аниқланишига сабаб бўлади. Нефринурия ва буйрак функционал заҳираси кўрсаткичлари касаллик кечиш давомийлиги билан мусбат корреляцион боғлиқликка эга ва бу лаборатор таҳлиллар гипертоник нефропатия эрта ташхисоти ва СБК ривожланишини башоратловчи кўрсаткичлар сифатида муҳим аҳамиятга эга

## СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

ҒОФУРЖОНОВ Д.О., ТУРАКУЛОВ Р.И., УМАРОВ З.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Стабил зўриқиш стенокардияси сурункали панкреатит билан бирга ва сурункали панкреатитсиз кечган беморларда юрак ритми бузилишларини бир кеча кундуз Холтер мониторинг таҳлилини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида даволанган 62 нафар юрак ишемик касаллиги бор беморлар танланди. Улар ўз навбатида иккита: асосий ва назорат гуруҳларига ажратилди. Асосий гуруҳга стабил зўриқиш стенокардияси II-III ФС сурункали панкреатит билан бирга кечган 32 нафар беморлардан (ўртача ёши– $57,3 \pm 2,14$  ёш, аёллар–18 нафар, эркеклар–14 нафар) иборат бўлди. Назорат гуруҳи стабил зўриқиш стенокардияси II-III ФС сурункали панкреатитсиз кечаётган 30 нафар беморлардан (ўртача ёши– $56,5 \pm 1,19$  ёш, аёллар–17 нафар, эркеклар–13 нафар) ташкил топди. Барча беморларда бир кеча-кундузлик ЭКГ-холтер мониторинг текшируви ўтказилди. Олинган натижалар MS Excel (2016) компьютер дастури ёрдамида статистик таҳлил қилинди.

**Тадқиқод натижалари.** Асосий гуруҳ беморларда 21 (66,6%) нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 24 нафар (75%) беморларда қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 5 нафарида (16,6%) бигеминия типда, 8 нафарида (27,7%) тригеминия, 3 нафар (11,1%) беморларда жуфтлашган ва қолган 14 нафарида (44,4%) ягона экстрасистолиялар, 3 (8,3%) нафар беморда

бўлмачалар фибриляцияси қоринчалар тахисистолияси билан қайд этилди. Назорат гуруҳ беморларнинг 15 нафарида (50,0%) суправентрикуляр экстрасистолиялар, 17 нафарида (56,2%) қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 10 нафарида (33,3%) бигеминия типда, 7 нафарида (22,2%) тригеминия, 3 нафар (11,1%) беморларда жуфтлашган ва қолган 10 нафарида (33,3%) ягона экстрасистолиялар қайд этилди. Олинган маълумотларга кўра, асосий гуруҳ беморларда суправентрикуляр ҳамда қоринчалар, жумладан ҳаёт учун хавф туғдуровчи жуфтлашган, бигеминия ва тригеминия типдаги экстрасистолиялар кўп учраган. Сурункали панкреатит билан кечган стабил зўриқиш стенокардияси II-III ФС ва юрак ритми бузилишлари ўртасида ўртача кучдаги тўғри корреляцион боғланиш ( $r = 0,38$ ), сурункали панкреатитсиз кечганларда эса кучсиз тўғри корреляцион ( $r = 0,18$ ) боғланиш аниқланди.

**Хулоса.** Стабил зўриқиш стенокардияси II-III ФС сурункали панкреатит ва сурункали панкреатитсиз кечганда юрак ритми бузилиши даражаси турлича бўлиб, асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳига нисбатан суправентрикуляр экстрасистолиялар, қоринчалар экстрасистолияси, жумладан бигеминия, тригеминия типдагилар ( $p < 0,01$ ) статистик даражада юқори ишончли кўп учраши қайд этилди. Сурункали панкреатит нафақат стабил стенокардия кечишини оғирлаштирувчи омил, балки турли ритм бузилишлари кўпайишига ҳам сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланди.



## ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

ДЖУМАЕВ Д.Л., ТУРАҚУЛОВ Р.И., ЗУННУНОВ Х.М.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Турғун зўриқиш стенокардиясининг турли функционал синфлари ўртасида коронар қон томирлар зарарланишининг даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 64 нафар турғун зўриқиш стенокардияси ташхиси қўйилган беморлар жалб қилинди. Клиник, лаборатор ва инструментал текширув хулосаларига кўра беморлар 3 гуруҳга ажратилди. Тадқиқот учун I гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси I ФС ташхиси қўйилган 12 нафар (ўртача ёш  $58,4 \pm 1,05$  йил); II гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси II ФС ташхиси қўйилган 30 нафар (ўртача ёш  $62,03 \pm 2,7$  йил) ва III гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси III ФС ташхиси қўйилган 22 нафар (ўртача ёш  $69,7 \pm 1,8$  йил) беморлар ташкил этди. Барча беморларга коронароангиография амалиёти Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт марказида ўтказилди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар SPSS–17 статистик дастуридан фойдаланилган ҳолда қайта ишланди.

**Тадқиқот натижалари.** Коронар етишмовчилик индексини баҳолаш орқали ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан ахамиятли фарқларнинг мавжудлиги қайд этилди. Тадқиқотларга жалб қилинган беморларнинг коронар қон томирлари коронароангиография текшируви орқали ўрганганилганда қуйидаги натижалар олинди. I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши нисбатан 5% ни ташкил этиши аниқланди  $p < 0,05$ . Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалараро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида кўпроқ зарарланиши аниқланди  $p < 0,05$ . Чап коронар артериянинг айланиб ўтувчи тармоғи зарарланиши II ва III гуруҳлардаги беморларда мос равишда 24,7% ва 22,4% ташкил қилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар

орасида 17,7% ни ташкил қилди. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда 2,3%, 12,5%, 13,7% ташкил қилди. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида —16,7% ни ташкил қилди. Турғун зўриқиш стенокардияси I, II, III ФС ташхиси қўйилган беморлар коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалараро тармоқ ва чап коронар артериядан чиқувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши қайд этилди.

**Хулоса.** Инвазив коронароангиография натижаларини таҳлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди. Чап коронар артерия олдинги қоринчалараро тармоғининг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ учраши қайд этилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида I ва III гуруҳдаги беморларга нисбатан ишончли даражада кўпроқ учраши кузатилди. Шунингдек ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши ва орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши кузатилди. Турғун зўриқиш стенокардияси I, II, III ФС ташхиси қўйилган беморлар коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалараро тармоқ ва чап коронар артериядан чиқувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши қайд этилди.

## COVID-19 ДАН ТУЗАЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ХАВФНИ БАҲОЛАШ

ЕРМЕКБАЕВА А.У.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** COVID-19 дан тузалган беморларда юрак-қон томир хавфини баҳолаш.

**Материал ва усуллари.** Қорақалпоғистон Республикаси Республика кўптармоқли тиббиёт марказида даволанган 40 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморлардан 100 кишининг касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили.

**Тадқиқот натижалари.** COVID –19 билан касалланган беморларнинг касаллик тарихини таҳлил қилиш натижалари шуни кўрсатдики, беморларнинг ўртача ёши  $49,84 \pm 12,54$  ёшни ташкил этади, улардан 62 таси эркаклар эди. Касаллик кечиши оғирлигига кўра тақсимот шуни кўрсатдики, 36 та бемор ўртача оғирликдаги COVID –19 билан, 41 та бемор оғир ва 23 та бемор касалликнинг ўта оғир кечиши кузатилган. Ўпка шикастланиш даражасига кўра, беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинди: ўпканинг 25% ёки ундан кам шикастланиши (КТ-1) 27 та беморда, 43 та беморда ўпка ҳажмининг 25–50% дан кўпроғи

зарарланиши (КТ-2) кузатилди. 24 та 50–75% (КТ-3) зарарланиш ва 6 та беморда –75% дан ортиқ (КТ-4) зарарланиши аниқланди.  $O_2$  тбилан сатурация даражаси ўртача  $93,48 \pm 5,27\%$ ни ташкил этди. Юрак -қон томир касалликлари учраши қуйидагича тавсифланган: 41 та беморда артериал гипертензия, 27 та беморда юрак ишемик касаллиги ва 13 та беморда анамнезда миокард инфаркти. Корреляцион таҳлил шуни кўрсатдики, COVID –19 касаллигининг оғирлик даражаси комормид касалликлар билан боғлиқ ва юрак-қон томир тизими касалликлари сонининг ортиши ўпканинг юқори даражада шикастланиши ва ўпканинг кислород билан тўйинишининг пасайиши билан тавсифланган.

**Хулоса.** Шундай қилиб, COVID –19 дан тузалган беморларда юрак-қон томир хавфини баҳолаш юрак хасталиқларининг юқори частотасини ва касалликнинг кечиши оғирлиги билан боғлиқлигини кўрсатди.

## БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВА Ф.А., БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М., ЮСУПОВ Ж.У.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Анализ результатов баллонной вальвулопластики (БВ) у больных с критическими стенозами легочной артерии (СЛА).

**Материал и методы.** БВ была выполнена у 82 больных с критическими стенозами легочной артерии пациентам в возрасте от 23 дней до 25 лет ( $9,2 \pm 4,1$ ). Показаниями к БВ являлись тяжелое клиническое состояние больных, обусловленное выраженной артериальной гипоксемией, необходимостью стабилизации состояния, ангиографическими признаками критического клапанного СЛА и градиентом систолического давления (ГСД) на клапане  $121 \pm 8,7$  мм рт.ст.

**Результаты исследования.** После выполнения баллонной критического СЛА у всех больных отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение цианоза. После БВ давление в ЛА снизилось с  $14,5 \pm 2,3$  до  $23,2 \pm 1,9$  мм рт.ст. ГСД снизилось с  $121 \pm 8,7$  мм рт.ст. до  $27 \pm 3,8$  мм рт.ст. При правой вентрикулографии определялось полное раскрытие створок клапана ЛА, а также увеличение поступления контрастированной крови из правого желудочка в ЛА и уменьшение сброса в аорту. Осложнений и летальных случаев не было.

**Выводы.** БВ является эффективным малоинвазивным методом лечения пациентов с клапанным стенозом легочной артерии.

## БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА У БЕРЕМЕННЫХ

ЗУФАРОВ М.М., АБДУЛЛАЕВА М.А., ИМ В.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Провести анализ результатов транслюминальной баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у беременных.

**Материал и методы.** БМВ по методике Inoue выполнена у 35 беременных пациенток со стенозом митрального отверстия. Срок беременности составил от 24 до 28 недель ( $25 \pm 2,1$ ). Возраст больных составил от 20 до 39 лет ( $29,7 \pm 5,1$ ). При этом, рестеноз митрального отверстия после ранее выполненной закрытой митральной комиссуротомии был у 4 (11,4%) пациенток. Согласно данным трансторакального ЭхоКГ, площадь митрального отверстия (МО) варьировала от 0,7 до 1,33 см<sup>2</sup> ( $1,0 \pm 0,2$ ). Градиент давления на митральном клапане (МК) составил 14 до 32 мм рт.ст. ( $21,9 \pm 4,7$ ). Размер левого предсердия у всех больных был увеличен – от 4,0 до 6,2 см ( $5,3 \pm 0,6$ ). У 10 (26,0%) пациенток была регургитация на митральном клапане до 1 степени. Согласно Wilkins score, степень поражения МК составила от 3 до 7 баллов ( $5,1 \pm 0,2$ ). Недостаточность трикуспидального клапана I степени отмечена у 15 (42,8%), II степени – у 4 (11,4%), III степени – у 2 (5,7%) больных. На УЗИ матки до БМВ у 5 (14,2%) пациенток была выявлена гипоксия плода, у 2 (5,7%) – угро-

жающий выкидыш и у 1 (2,8%) – многоводие. БМВ проводилась в режиме максимальной защиты от ионизирующего излучения.

**Результаты исследования.** БМВ успешно удалось выполнить во всех случаях. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия БМВ составила от 1,9 до 2,4 см<sup>2</sup>. В среднем площадь МО после БМВ увеличилась с  $1,0 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> до  $2,1 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ). Трансмитральный градиент снизился в среднем с  $22,9 \pm 4,6$  мм рт.ст. до  $9,9 \pm 5,0$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ), среднее давление в ЛП уменьшилось с  $31,5 \pm 9,6$  до  $14,5 \pm 4,6$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ).

Из 18 пациенток без исходной митральной недостаточности, регургитация до I степени появилась у 5 (14,2%), до II степени – у 2 (5,7%). Из 10 больных с исходной регургитацией до 1 степени у 8 (22,8%) – она осталась на прежнем уровне, а у 2 (5,7%) увеличилась до 1,5 степени. В дальнейшем все пациентки самостоятельно родоразрешились здоровыми детьми без каких-либо осложнений.

**Вывод.** БМВ по технике Inoue является эффективным методом лечения беременных пациенток со стенозом МО и позволяет значительно улучшить прогноз беременности и родов.

## БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА У БЕРЕМЕННЫХ

ЗУФАРОВ М.М., АБДУЛЛАЕВА М.А., ИМ В.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Провести анализ результатов транслюминальной баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у беременных.

**Материал и методы.** БМВ по методике Inoue выполнена у 35 беременных пациенток со стенозом митрального отверстия. Срок беременности составил от 24 до 28 недель ( $25 \pm 2,1$ ). Возраст больных составил от 20 до 39 лет ( $29,7 \pm 5,1$ ). При этом, рестеноз митрального отверстия после ранее выполненной закрытой митральной комиссуротомии был у 4 (11,4%) пациенток. Согласно данным трансторакального ЭхоКГ, площадь митрального отверстия (МО) варьировала от 0,7 до 1,33 см<sup>2</sup> ( $1,0 \pm 0,2$ ). Градиент давления на митральном клапане (МК) составил 14 до 32 мм рт.ст. ( $21,9 \pm 4,7$ ). Размер левого предсердия у всех больных был увеличен – от 4,0 до 6,2 см ( $5,3 \pm 0,6$ ).

У 10 (26,0%) пациенток была регургитация на митральном клапане до 1 степени. Согласно Wilkins score, степень поражения МК составила от 3 до 7 баллов ( $5,1 \pm 0,2$ ). Недостаточность трикуспидального клапана I степени отмечена у 15 (42,8%), II степени – у 4 (11,4%), III степени – у 2 (5,7%) больных. На УЗИ матки до БМВ у 5 (14,2%) пациенток была выявлена гипоксия плода, у 2 (5,7%) – угрожающий выкидыш и у 1 (2,8%) – многоводие. БМВ проводилась в режиме максимальной защиты от ионизирующего излучения.

**Результаты исследования.** БМВ успешно удалось выполнить во всех случаях. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия БМВ составила от 1,9 до 2,4 см<sup>2</sup>. В среднем площадь МО после БМВ увеличилась с  $1,0 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> до  $2,1 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ). Трансмитральный градиент снизился в среднем с  $22,9 \pm 4,6$  мм рт.ст. до  $9,9 \pm 5,0$  мм

рт.ст. ( $p < 0,001$ ), среднее давление в ЛП уменьшилось с  $31,5 \pm 9,6$  до  $14,5 \pm 4,6$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ).

Из 18 пациенток без исходной митральной недостаточности, регургитация до I степени появилась у 5 (14,2%), до II степени – у 2 (5,7%). Из 10 больных с исходной регургитацией до I степени у 8 (22,8%) – она осталась на прежнем уровне, а у 2 (5,7%) увеличилась до 1,5 степени.

В дальнейшем все пациентки самостоятельно родоразрешились здоровыми детьми без каких-либо осложнений.

**Вывод.** БМВ по технике Inoue является эффективным методом лечения беременных пациенток со стенозом МО и позволяет значительно улучшить прогноз беременности и родов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ИМ В.М., БАБАДЖАНОВ С.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Анализ ближайших и отдаленных результатов операции имплантации однокамерного правожелудочкового и двухкамерного электрокардиостимуляторов (ЭКС) у больных с атриовентрикулярной (АВ) блокадой и синдромом слабости синусового узла (СССУ), возникших на фоне ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Всего включено 458 больных ИБС, которым имплантирован однокамерный правожелудочковый или двухкамерный ЭКС. Мужчин было 371 (81%) и женщин 87 (19%), в возрасте от 44 до 89 лет (средний возраст составил  $61,0 \pm 5,4$  лет). В ходе имплантации были использованы однокамерные ЭКС SENSIA SESR01 (Medtronic, США), ЭКС 511 (ЭЛЕСТИМ КАРДИО, Россия) у 387 (84,5%) и у 71 (14,5%) – двухкамерные SENSIA SEDR01 (Medtronic, США) и ADVISA DR MRI (Medtronic, США). СССУ отмечался у 252 (55,1%) больных, АВ-блокада – у 206 (44,9%). Причинами нарушений ритма и проводимости являлась ИБС. Все пациенты страдали стабильной стенокардией напряжения, из которых преобладали пациенты с II и III ФК – 370 (80,7%), 325 пациентов (70,9%) перенесли инфаркт миокарда давности более 2 месяцев. Исходно, у 361 (78,8%) пациентов была ХСН I-II ФК, у 95 (20,7%) – III ФК и у 2 (0,4%) – IV ФК. Эпизоды фибрилляции предсердий наблюдались у 174 (37,9%) пациентов с СССУ и у 47 (10,2%) пациентов в АВ-блокадами. Период наблюдения после операции,

в среднем, составил  $19,1 \pm 4,3$  месяцев. С целью оценки клинической эффективности постоянной ЭКС проводился простой и суточный мониторинг электрокардиограмм (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) сердца. Данное исследование проводилось в рамках стационарного и диспансерного наблюдения за пациентами с имплантированными ЭКС.

**Результаты исследования.** В ходе дальнейшего наблюдения за пациентами было отмечено некоторое усугубление ХСН у пациентов с имплантированным однокамерным желудочковым ЭКС. При сравнении исходных показателей ЭхоКГ у пациентов с однокамерной желудочковой ЭКС при была отмечена относительная отрицательная динамика: КДО увеличился с  $167,8 \pm 15,3$  мл до  $172,5 \pm 13,6$  мл ( $p < 0,005$ ), ФВ снизилась с  $51,2 \pm 3,5\%$  до  $45,6 \pm 4,1\%$  ( $p < 0,005$ ), в то время, как при двухкамерной ЭКС усугубления ХСН не отмечалось. Возникновение фибрилляции предсердий отмечено у 5 (1,09%) больных, тромбоэмболический инсульт – у 2 (0,43%) пациентов с однокамерной желудочковой ЭКС.

**Выводы.** Правожелудочковая стимуляция является предиктором развития ХСН, ФП, инсульта, тромбоэмболических осложнений на фоне ИБС. Двухкамерная электрокардиостимуляция более предпочтительна, так как снижает вероятность пароксизмов развития и/или прогрессирования вышеуказанных патологических состояний.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

КАЗАКОВА М.И.<sup>1</sup>, МИТЬКОВСКАЯ Н.П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр Кардиологии, Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценить связь между характером поражения коронарного русла и традиционными факторами риска (дислипидемия, ожирение, гиперурикемия, артериальная гипертензия).

**Материал и методы.** В основу исследования был взят ретроспективный анализ 94 случаев. Всем пациентам выполнялись коронароангиография, лабораторные исследования (общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), уровень мочевой кислоты), физикальный осмотр (измерение артериального давления, определение индекса массы тела), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. По результатам коронароангиографии пациенты разделены на три группы: в 1-ю группу включены 32 пациента без атеросклеротического поражения коронарных артерий, во 2-ю группу—32 пациента с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий (до 75%), в 3-ю группу—30 пациентов с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий (более 75%).

Гендерный состав пациентов: в 1-ю группу включено 26 мужчин (81,3%) и 6 женщин (18,7%), во 2-ю—27 мужчин (84,4%) и 5 женщин (15,6%), в 3-ю—26 мужчин (86,7%) и 4 женщины (13,3%). Возрастной состав пациентов 1-й группы—40–69 лет, 2-й группы—42–72 года, 3-й группы—42–70 лет. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

**Результаты исследования.** Пациенты 2-й группы в 100% случаев имели артериальную гипертензию (АГ), у пациентов 1-й группы АГ встречалась у 24 пациентов (75%), в 3-й группе – у 28 пациентов (93,3%).

Ожирение встречалось во 2-й группе в 25%, в 1-й группе – в 18,75%, в 3-й группе—в 23,3%.

У пациентов 2-й и 3-й групп чаще встречался повышенный уровень мочевой кислоты (1-я группа –18,75%, 2-я группа – 31,25%, 3-я группа—37,25%).

Уровни ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ в 1-й и 2-й группах значительно не отличались (1-я группа: ОХ  $5,2 \pm 1,3$  ммоль/л, ЛПВП  $1,2 \pm 0,64$  ммоль/л, ЛПНП  $2,82 \pm 0,8$  ммоль/л, ТГ  $1,38 \pm 1,22$  ммоль/л; 2-я группа: ОХ  $5,3 \pm 1,02$  ммоль/л, ЛПВП  $1,25 \pm 0,58$  ммоль/л, ЛПНП  $2,9 \pm 0,73$  ммоль/л, ТГ  $1,4 \pm 1,05$  ммоль/л). В 3-й группе пациентов уровень ОХ был ниже ( $4,51 \pm 1,47$  ммоль/л), что, по-видимому, связано с тем, что все пациенты из 3-й группы получали липидснижающую терапию (в 1-й группе липидснижающую терапию получали 4 пациента (12,5%), во 2-й группе—8 пациентов (25%).

В 3-й группе преобладали пациенты с атеросклерозом брахиоцефальных артерий (93% в 3-й группе, 50% во 2-й группе и у 31,25% в 1-й группе).

**Выводы.** Учитывая то, что нестенозирующий доклинический атеросклероз коронарных артерий имеет широкое распространение у лиц без установленного сердечно-сосудистого заболевания, выявление таких пациентов имеет важное значение для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений. Результаты настоящего исследования подтвердили важный вклад традиционных факторов риска в развитие атеросклероза коронарных артерий различной степени поражения. Однако, учитывая важность доклинической диагностики коронарного атеросклероза, для улучшения прогнозирования сердечно-сосудистого риска и выбора оптимальной профилактики и лечения необходим дальнейший поиск предикторов нестенозирующего доклинического атеросклероза.

## БУЙРАКЛАР ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШИ БИЛАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ПРОГНОЗ

КАМИЛОВА У.К., АБДУЛЛАЕВА Ч.А., АТАХОДЖАЕВА Г.А., БЕКНАЗАРОВА С.С.,  
МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р.

*«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация  
илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Буйрақларнинг функционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлган беморларда ножўя кечишининг прогностик белгиларини аниқлаш.

**Материал ва усуллари.** Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бўлган ва сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) I-III функционал синф (ФС) билан касалланган 80 та бемор текширувдан ўтказилди. Барча беморларга қуйидаги текширув усулла-



ри ўтказилди: олти дақиқалик юриш синамасы (ОДЮС), клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи (КХБШ) бўйича клиник ҳолатни баҳоланиши, чап қоринча (ЧҚ) ҳажмий ва ўлчам кўрсаткичлари, чап қоринчанини отилиш фракцияси (ОФ), чап қоринча миокарди массасининг индексини (ЧҚММИ) баҳолаш билан эхокардиография, қондаги креатинин (Кр) даражаси, буйракларда коптокчалар фильтрацияси тезлиги (КФТ) СКФ-ЕРІ формуласи бўйича ҳисоблаш усули билан аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Мазкур тадқиқотда прогностик баҳолаш учун эҳтимоллик ёндашуви билан хусусиятларни аниқлаш назариясига асосланган усул ишлатилган. Беморнинг индивидуал хавф табақаланишини аниқлаш учун беморнинг диагностика белгиларидан иборат ташхислаш жадвали тузилган ва ҳар бир белгининг қийматини диагностика коэффициентларини ҳисоблаб, хатосиз прогностик эҳтимолини аниқлаш ҳамда беморнинг оғирлигини баҳолаш мумкин. Дифференциал диагностика жадвалларини ишлаб чиқиш учун

босқични ўз ичига олади: биринчиси – СЮЕнинг қулай ва ноқулай кечишида симптомнинг эҳтимолини ўрганиш, диагностика коэффициентларни ҳисоблаш ва ҳар бир симптомнинг ахборот мазмунини аниқлашдан иборат. Иккинчи босқич – диагностика жадвалларини тузишдан иборат бўлиб, унда фақат юқори маълумотли белгилар мавжуд. Учинчи босқич – диагностика чегараларни танлаш (диагностика коэффициентлар йиғиндиси), бу тўғри ташхис қарорини қабул қилишга имкон берди. СЮЕнинг ножўя йўналишини аниқлаш учун прогностик аҳамиятга эга бўлганлар: юрак чап қоринчаси отилиш фракциясининг 50%дан кам бўлиши, охири диастолик ҳажмининг 137 мл дан ошиши, охири систолик ҳажмининг 43 мм дан ошиши ҳамда КФТнинг 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> дан кам миқдоргача пасайиши аниқланди.

**Хулоса.** Буйраклар функцияси бузилган СЮЕнинг ножўя кечилишининг прогностик миокард қисқарувчанлиги кўрсаткичлари орқали ҳамда КФТ кўрсаткичларининг пасайиши билан белгиланади.

## COVID–19 ДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОЛЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСИ БИОМАРКЕРЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ

КАМИЛОВА У.К., РАХИМОВ А.Н., МАШАРИПОВА Д.Р.

*«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Долзарб пандемия даврида коронавирус инфекцияси (COVID–19) дан кейинги даврдаги юрак- қон томир деворидаги эндотелий хужайралардаги функционал ўзгаришларни баҳолаш.

**Материал ва усуллар.** COVID–19 билан касалланиб тузалган 82 та (СЮЕ билан касалланган беморларда ФС I- 28 та, ФС II- 32 та, ФС III 22 та) беморлар қонидаги эндотелий дисфункцияси биомаркери Фон Виллебранд омили (VWF) ни ИФА усули ёрдамида текширилди.

**Тадқиқот натижалари.** Ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, COVID–19 дан кейинги даврда эндотелий дисфункцияси кучайиб боради ва функционал гуруҳларга мос равишда характерланади. ФС III (n=22) даги Фон Виллебранд омили

миқдори ФС II (n=32) бўлган беморларга нисбатан сезиларли 6.7% баландлиги, ФС I (n=28) бўлган беморларга нисбатан эса ишончли 14.8% баландлиги аниқланди. Бундан ташқари Фон Виллебранд омили миқдори ва олти дақиқали юриш синамасы (ОДЮС) орасидаги боғлиқлик кузатилди. VWF миқдори баланд бўлган ФС III беморларда ОДЮС ФС II бўлган беморларга нисбатан 29.6% га камлиги, ФС I бўлган беморларга нисбатан эса аҳамиятли даражада 53,4% га камлиги аниқланди.

**Хулоса.** Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, коронавирус инфекцияси (COVID–19) дан кейинги даврдаги юрак- қон томир деворидаги эндотелий дисфункцияси кучайиб қоннинг антиагрегант ва антикоагулянт хусусияти пасайиб касалликнинг кечиши янада оғирлашади.

## ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИС ВА БИРЛАМЧИ ПЕРКУТАН КОРОНАР АРАЛАШУВЛАРИНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

КЕНЖАЕВ С.Р.

*Республика шошлинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** ST элевацияли миокард инфаркти (STэМИ) билан оғирган беморларда реперфузия натижаларининг самарадорлигига қараб систолик функцияси ва касалликнинг клиник кўрсаткичларини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Текширувга Республика шошлинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг тез тиббий ёрдам ва кардиотерапевтик реанимация бўлими ва Вилоят куп тармокли касалхонасининг интервенцион анхиохирургия бу-

лимида ётқизилган 21 ёшдан 70 ёшгача (ўртача ёши  $56 \pm 4,3$  ёш) 68 нафар СТЭМИ беморлар кiritилди. СТЭМИ ташхиси клиник кўриниш ва электрокардиографик мезонларга асосланиб қўйилган. Олинган натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Тадқиқод натижалар. Стрептокиназа билан шифохонагача тромболитик терапия 44 (64,8%) беморда амалда оширилди. Тромболитик терапияга қарши кўрсатма бўлмаганида ва бирламчи перкутан коронар аралашув (БПКА) бажариш имконсизлигида амалга оширилди. БПКА СТЭМИ билан касалланган 24 (35,2%) беморларда ўтказилди. 12 соат ичида муваффақиятсиз тромболитизисдан сунг қутқарувчи ПКАни 2 (4,5%) беморда, муваффақиятли тромболитизисдан кейин кечиктирилган ПКАни 48–72 соат ичида – 23 (52,6%) беморга ўтказилди. Тромболитик терапиядан сунг 4 (8,6%) беморда кейинги ПКА ҳолда КАГ ўтказилди. Касалликнинг 1 суткасида шифохонагача тромболитизис ўтказилган беморлар гуруҳида чап қоринчанинг ҳайдаш фракцияси 2-гуруҳдаги беморларда 1- гуруҳига 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 акинетики ва дискинетики сегментлар кўпроқ аниқланиши кузатилди. Регионар қисқарувчанлик бузилиши ин-

декси (РҚБИ) сезиларли даражада госпитал тромболитизис 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 тромболитизис ўтказилган беморлар гуруҳида, муваффақиятли реваскуляризациядан сунг 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- гуруҳидаги беморларга қараганда кўпроқ нормокинетик сегментларга эга.

**Хулоса.** Шундай қилиб СТЭМИ ишемия ва реперфузия жараёни, глобал кўрсаткичларнинг пасайишига ва ЧҚнинг сегментар қисқарувчанлигининг бузилишига олибкелди. СТЭМИ да муваффақиятли миокард реперфузияси ЧҚнинг ҳайдаш фракцияси, охириги диастолик ҳажми ва регионар қисқарувчанлик функцияси кўрсаткичларини сақлаб қолишга ёрдам берди. Тромболитизис СТЭМИ ташхиси қўйилган беморлар учун кўрсатма ҳисобланади, сунгра беморларни ПКА марказига ўтказиш зарурдир. Регионар тармоқларнинг ривожланиши, реперфузион терапия керак бўлган беморларнинг қисқа вақт давомида ПКА боришини тамиглайди.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРА НЕПРИЛИЗИНА И ИНГИБИТОРА РЕНИН – АНТИГИПОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ

КИТЪЯН С.А., БАДАЛБАЕВА Н.М., УЗБЕКОВА Н.Р., РАХИМОВА С.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить влияние препарата Юпериио (сакубитрил и валсартан) на клиническое течение заболевания у больных с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией левого желудочка.

**Материал и методы.** В исследование включены 30 пациентов, средний возраст больных составил  $64,5 \pm 8,2$  года, из них мужчины составили 21 человек (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 исследования.** Из 30 пациентов с ХСНсФЛЖ мужчины составили 70% (21 че-

ловек), 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 Юпериио (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%).

**Выводы.** Применение препарата Юпериио (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.

## ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

**Цель исследования.** Изучить изменение относительного содержания основных фило-типов микробиоты кишечника (МК) – Firmicutes, Bacteroidetes и Actinobacteria у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) по сравнению со здоровыми лицами и больными АГ с нормальной массой тела (НМТ).

**Материал и методы.** Обследовано 70 больных (жителей Украины) АГ II стадии, 2–3 степени. У 46 пациентов было диагностировано АО 1–2 степени, 24 больных имели НМТ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Обследование включало стандартные клинические, лабораторные и инструментальные методы. Содержание основных фило-типов 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 рРНК и таксон-специфических праймеров.

Статистический анализ данных проведен с помощью стандартных методов с применением Microsoft Excel 17.0.

**Результаты исследования.** У больных АГ в сочетании с АО выявлены существенные различия относительного содержания основных фило-типов МК по сравнению со здоровыми и больными АГ с НМТ. Так у больных АГ с АО (45,42 [33,24; 55,07]%), в отличие от больных АГ с НМТ (37,28 [27,09; 46,31]%), установлено достоверное увеличение относительного содержания Firmicutes по сравнению с группой контроля (29,18 [22,45;

38,14]%,  $p < 0,01$ ). Достоверной разницы содержания Bacteroidetes нами выявлено не было. Также было зарегистрировано у больных АГ с АО достоверное увеличение соотношения Firmicutes/Bacteroidetes (1,59 [1,04; 5,17] по сравнению, как с практически здоровыми лицами контрольной группы (0,92 [0,64; 2,37],  $p < 0,01$ ), так и с больными АГ с НМТ (1,26 [0,88; 4,21],  $p < 0,05$ ). В то же время, не было установлено достоверных различий относительного содержания Actinobacteria у больных АГ с АО, у пациентов с АГ, которые имели НМТ и лиц контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

При анализе корреляционных взаимосвязей между относительным содержанием основных фило-типов МК и соотношением Firmicutes/Bacteroidetes с антропометрическими, гемодинамическими параметрами, показателями липидного, углеводного, пуринового метаболизма были выявлены следующие закономерности. Так в группе больных АГ с АО показатель относительного содержания Firmicutes позитивно коррелировал с уровнем в крови холестерина липопротеидов низкой плотности ( $R=0,42$ ,  $p < 0,05$ ), а показатель относительного содержания Bacteroidetes имел негативную корреляционную связь с показателем инсулинорезистентности

( $R=-0,41$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У больных АГ в сочетании с АО, жителей Украины, установлены существенные отличия относительного содержания основных фило-типов МК как по сравнению со здоровыми, так и с больными АГ с НМТ. Результаты исследования указывают, что изменения МК могут играть значительную роль в патогенезе АГ и ожирения.

## УРОВНИ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ МИКРОРНК–133А И ИХ СВЯЗЬ С ПАРАМЕТРАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

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

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

**Цель исследования.** Определить уровни циркулирующей в плазме микроРНК–133а у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в зависимости от наличия или отсутствия гипертензивного сердца (ГС), а также их связь со структурно-функциональными параметрами левого желудочка (ЛЖ) сердца.

**Материал и методы.** В исследование было включено 82 больных АГ 2–3 степени с абдоми-

нальным ожирением 1–2 степени (44 мужчины и 38 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет. Все пациенты были разделены на две группы: 45 пациентов с ГС (основная группа) и 37 пациентов без ГС (группа сравнения). Контрольную группу составили 21 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу.

ГС определяли как гипертрофию ЛЖ (ГЛЖ) с диастолической дисфункцией (ДД) ЛЖ или нор-



мальной диастолической функцией ЛЖ. ГЛЖ у больных с ожирением диагностировали при повышении индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) более 50 г/м<sup>2,7</sup> для мужчин и более 47 г/м<sup>2,7</sup> для женщин (согласно рекомендациям ESC/ESH 2018 года). Диастолическую функцию ЛЖ определяли в соответствии с рекомендациями ASE/EACVI 2016 года. Ожирение диагностировали при индексе массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Уровни экспрессии циркулирующей микроРНК-133а в плазме крови определяли методом полимеразной цепной реакции с помощью системы CFX96 Touch System (BioRad), «TaqMan microRNA Assay» и «TaqMan® Universal PCR Master Mix» reagent kits (Thermo Fisher Scientific, США).

**Результаты исследования.** Установлено, что уровни экспрессии циркулирующей микроРНК-133а в основной группе были достоверно ниже (0,133 [0,09; 0,184] у.е.), чем в группе сравнения (0,238 [0,155; 0,410] у.е.,  $p < 0,05$ ) и в контрольной группе (382 [0,198; 0,474] у.е.,  $p < 0,05$ ). При этом уровни микроРНК-133а в группе сравнения достоверно не отличались от таковых в группе

контроля ( $p > 0,05$ ). В основной группе у 23 больных была диагностирована ДД ЛЖ и 22 пациента имели нормальную диастолическую функцию ЛЖ. У больных с ДД ЛЖ уровни циркулирующей микроРНК-133а плазмы крови были достоверно ниже, чем у больных с нормальной диастолической функцией ЛЖ (0,094 [0,067; 0,147] у.е. против (0,152 [0,098; 0,189] у.е.,  $p < 0,05$ ). В основной группе отмечалась статистически значимая отрицательная корреляционная связь между уровнями микроРНК-133а и ИММЛЖ ( $R = -0,37$ ,  $p < 0,01$ ), без достоверной связи с фракцией выброса, размером левого предсердия и отношением E/e' (среднее) ( $p > 0,05$ ). В группе сравнения не было выявлено достоверных корреляционных связей уровней микроРНК-133а со структурно-функциональными параметрами ЛЖ ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о значительной роли дефицита циркулирующей в плазме крови микроРНК-133а у пациентов с АГ и ожирением в патогенезе развития и прогрессирования ГС.

## СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИДА ФИБРОЗ ЖАРАЁНЛАРИНИ БАҲОЛАШДА АЛЬДОСТЕРОННИ ЎРНИ

ҚОРАХОНОВ Р.Қ., МУЛЛАЕВА С.И., ЭШМАМАТОВ О.Ф.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) турли гемодинамик типларида фиброз жараёнларини баҳолашда альдостеронни ўрнини ўрганиш

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган СЮЕ мавжуд 60 нафар беморлар жалб этилди. Беморлар клиник ва эхокардиография (ЭхоКГ) натижаларига кўра 3 гуруҳга ажратилиди. Биринчи гуруҳни 16 нафар (ўртача  $64,85 \pm 1,2$  ёш, 10 эркак ва 6 аёл, II ФС-7та, III ФС-9 та) чап қоринча қон отиш фракцияси (ЧҚҚОФ) ( $< 40\%$ ) паст СЮЕ, иккинчи гуруҳни 20 нафар (ўртача  $63,05 \pm 1,7$  ёш, 14 эркак ва 6 аёл, II ФС-9, III ФС-11) ЧҚҚОФ (41–49%) оралик СЮЕ, учинчи гуруҳни 24 нафар (ўртача  $64,7 \pm 1,3$  ёш, 14 эркак ва 10 аёл, II ФС-12, III ФС-12) ЧҚҚОФ ( $> 50\%$ ) сақланган СЮЕ мавжуд беморлар ташкил қилди. СЮЕ ташхиси Европа кардиологлари ассоциацияси мезонларига асосан қўйилди. СЮЕ мавжуд барча гуруҳ беморларда миокардда ривожланган фиброз жараёнларини баҳолашда альдостерон кўрсаткичи иммунофермент таҳлил асосида аниқланди. Олинган маълумотлар статистик таҳлили MS Excel (2016) дастури ёрдамида амалга оширили.

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқотга жалб этилган беморларда альдостерон миқдори 1-гуруда референс кўрсаткичдан 4,1 баробар (358,5пг/мл),

2-гуруҳда 5,6 баробар (490,7 пг/мл) ва 3-гуруҳда мос равишда 6,1 баробарга (528,3 пг/мл) ошганлиги қайд этилди.

Шунингдек альдостерон миқдори марказий гемодинамика кўрсаткичлари билан корреляцион боғлиқлиги таҳлил қилинганда 1-гуруҳ беморларда альдостеронни чап қоринча орқа девори қалинлиги (ЧҚОДҚ) билан кучсиз мусбат ( $r = 0,20$ ,  $r = \text{ИЭ}$ ), ЧҚҚОФ билан ( $r = -0,70$ ;  $p < 0,001$ ) ишонарли кучли манфий корреляцион боғлиқлиги аниқланди. 2-гуруҳдаги беморларда альдостерон сўнги диастолик ўлчам (СДЎ), сўнги диастолик ҳажм (СДХ) ва сўнги систолик ҳажм (ССХ) билан ишонарли мусбат (мос равишда  $r = 0,35$ ,  $r = 0,39$ , ва  $r = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ), ЧҚОДҚ билан кучсиз мусбат ( $r = 0,23$ ,  $r = \text{ИЭ}$ ), чап қоринча миокарди вазн индекси (ЧҚМВИ) билан ишонарли ўртача мусбат (мос равишда  $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ) ЧҚҚОФ билан ишонарли ўртача манфий (мос равишда  $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ) корреляцион боғлиқлик аниқланди. 3-гуруҳдаги беморларда альдостеронни ЧҚОДҚ билан (мос равишда  $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ ), қоринчалараро тўсиқ қалинлиги (ҚАТҚ) билан ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ), ЧҚМВИ билан ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$ ) ва чап қоринча деворининг нисбий қалинлиги (ЧҚДНҚ) билан ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ) ишонарли ўртача мусбат корреляцион боғлиқлиги аниқланди.

**Хулоса.** ЧҚҚОФ оралик, сақланган СЮЕ мавжуд беморларда ЧҚҚОФ паст СЮЕ мавжуд бемор-

ларга нисбатан фиброз маркери хисобланган альдостерон миқдорини референс кўрсаткичлардан статистик аҳамиятли даражада юқорилиги, аксарият беморларда ЧҚнинг концентририк ремоделиниши ва гипертрофияси аниқланганлиги экс-

трацеллюляр матриксада ортиқча коллогенлар тўпланиб бориши, миокард қаттиқлашиши ва фиброз жараёнлари жадаллигини англатади ва илгари ўтказилган тадқиқотлар хулосаси билан мос келади.

## ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАЦКЕВИЧ С.А.<sup>1</sup>, БЕЛЬСКАЯ М.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУО Белорусский государственный медицинский университет, <sup>2</sup>ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Определить наличие и выраженность депрессии у пациентов женского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Обследовано 110 пациентов женского пола с ХСН II,III функционального класса (ФК по NYHA) ишемической этиологии, давность перенесенного крупноочагового (с зубцом Q) инфаркта миокарда составила в среднем  $4,04 \pm 3,24$  года. Средний возраст пациентов составил  $58,7 \pm 5,36$  года. Признаки ХСН II ФК выявлены в 58,2% случаев, признаки ХСН III ФК – в 41,8% случаев. Проводимое медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, диуретики. Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей патологией во избежание утяжеления психоэмоционального фона. Всем пациентам проведены общеклинические исследования. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression). Оценка выраженности депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Качество жизни изучалось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)».

**Результаты исследования.** Результаты психологического тестирования с помощью опросника CES-D показали, что у 48,2% пациентов женского пола с ХСН имелись признаки депрессии. Поэтому оценку выраженности депрессии проводили с помощью еще одного опросника – HADS. Так, по результатам тестирования с помощью шкалы HADS признаки депрессии выявлены у 41,8% обследованных: признаки клинически выраженной депрессии определялись в 13,6% случаев, признаки субклинически выраженной депрессии – в 28,2% случаев. Качество жизни у пациентов с депрессией в 1,4 раза хуже, чем у женщин с нормальным психоэмоциональным фоном. Однако имелись некоторые особенности выраженности депрессии в зависимости от тяжести ХСН. Так, у женщин с ХСН ФК II признаки депрессии (шкала HADS) выявлены в 32,8% случаев, с ХСН ФК III – в 50% случаев ( $p < 0,01$  в сравнении с ХСН ФК II). Качество жизни у пациентов с ХСН ФК III в 1,5 раза хуже, чем у женщин без депрессии. Корреляционный анализ выявил зависимость между уровнем депрессии и качеством жизни в группе пациентов с ХСН ФК III ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Результаты исследования показали, что почти у половины обследованных женщин с ХСН ишемического генеза выявлены признаки депрессии. Причем, качество жизни пациентов значительно ухудшалось при наличии депрессии. При усугублении ХСН у пациентов женского пола отмечалось нарастание депрессивных расстройств.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАШАРИПОВА Д.Р.<sup>1</sup>, КАМИЛОВА У.К.<sup>1</sup>, БОБОЕВ К.Т.<sup>2</sup>, РАХИМОВ А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, <sup>2</sup> Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценить роль I/D (insertion/deletion) полиморфизма Alu-повтора гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у лиц узбекской национальности в зависимости от ФК ХСН.

**Материал и методы.** Молекулярно-генетические исследования проведены у 114 больных с I-III ФК ХСН (18 больных с I ФК, 61-II ФК, 35-III ФК). Контрольную группу составили 51 здоровых лиц.

Результаты исследования. При анализе распределения частоты аллелей было выявлено у больных с I ФК I аллель встречалась у 14 (38,9%), D аллель-у 22 (61,1%) больных; со II ФК I аллель-у 69 (56,6%), D аллель-у 53 (43,4%) больных; с III ФК I аллель-у 25 (35,7%), D аллель-у 45 (64,3%) больных. При анализе распределения генотипов у исследуемого гена было выявлено у больных с I ФК генотип I/I–27,8%; генотип I/D–22,2%; генотип D/D–50%; со II ФК генотип I/I–41%; генотип I/D–31,1%; генотип D/D–27,9%; у больных с III ФК генотип I/I–25,7%; генотип I/D–20%; генотип D/D–54,3% больных. Частота распределения аллелей и генотипов инсерционно-делеционного полиморфизма АПФ в группе контроля I аллель-у 61 (59,8%), D аллель-у 41 (40,2%); генотип I/I–47,1%; генотип I/D–25,5%; генотип D/D–27,5%.

Анализ различий в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма Alu-повтора гена АПФ в подгруппе больных с I ФК ХСН и группе контроля, показал, что аллель I инсерционно-делеционного полиморфизма Alu-повтора гена АПФ статистически значимо чаще встречалась в группе контроля, чем в подгруппе больных с I ФК ХСН ( $\chi^2=4.7$ ;  $p=0.03$ ). Показатель отношения шансов для аллеля составил  $OR=2.3$  (95% CI: 1.074–5.091), что позволяет рассматривать носительство данного аллеля в качестве фактора более благо-

приятного прогноза развития ХСН в нашей популяции. Анализ различий в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма Alu-повтора гена АПФ у больных с II ФК ХСН и III ФК ХСН по сравнению с контролем не выявил достоверных различий.

В результате проведенного исследования инсерционно-делеционного полиморфизма Alu-повтора гена АПФ выявлено значимые отличия между сравниваемыми подгруппами больных со II ФК и III ФК ХСН по частотам аллелей I и D ( $\chi^2=7.7$ ;  $p=0.005$ ;  $OR=2.3$ ; 95% CI 1.278, 4.295) и генотипа D/D данного локуса ( $\chi^2=6.6$ ;  $p=0.01$ ;  $OR=3.1$ ; 95% CI 1.289, 7.33). Таким образом, выявлена значимая ассоциация аллеля D и генотипа D/D гена АПФ не только с риском развития ХСН, но и тяжестью ХСН, риск развития неблагоприятного течения ХСН в случае аллеля D возрастает в 2,3 раза, генотипа D/D – в 3,1 раза, а значит, аллель D и генотип D/D гена АПФ можно считать, как генетический фактор неблагоприятного течения ХСН. Следовательно, функционально неблагоприятный аллель D и генотип D/D полиморфизма Alu-повтора гена АПФ является значимым детерминантом повышенного риска развития и неблагоприятного течения ХСН у лиц узбекской национальности.

**Выводы.** Таким образом, молекулярно-генетический анализ частоты распределения аллелей и генотипов полиморфизма Alu-повтора гена АПФ в группах больных ХСН и контроля, и в зависимости от ФК ХСН выявил значимую ассоциацию аллеля D и генотипа D/D гена АПФ не только с риском развития ХСН, но и с тяжестью ХСН, аллель D и генотип D/D гена АПФ можно считать, как генетический фактор развития неблагоприятного течения ХСН у лиц узбекской национальности.

## ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА–6 НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

МИТЬКОВСКАЯ Н.П.<sup>1,2</sup>, ГРИГОРЕНКО Е.А.<sup>1,2</sup>, БРАНКОВСКАЯ Е.Ю.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология», <sup>3</sup>Кардиологический центр Первомайского района г. Минска, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить влияние концентрации интерлейкина–6 (ИЛ–6) в плазме крови на течение и исходы заболевания у пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда (ИМ) и острым ишемическим повреждением почек.

**Материалы и методы.** В исследование включено 173 пациента с острым крупноочаговым ИМ, течение которого осложнилось гемодинамическими нарушениями (острой левожелудочковой недостаточностью и/или гипотензией). Две группы исследования были сформированы с учетом функционального состояния почек. В основную группу было включено 111 пациентов, у которых на фоне ИМ развилось острое повреждение почек (ОПП) ишемического генеза, в группу сравнения – 62 пациента с крупноочаговым ИМ без нарушений почечной функции. Острое ишемическое повреждение почек диагностировалось при повышении уровня креатинина у пациентов с острым ИМ в первом анализе крови при поступлении в стационар  $\geq 1,5$  раз по сравнению с исходным уровнем на амбулаторном этапе при отсутствии хронической болезни почек и заболеваний мочевыделительной системы в анамнезе. Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с помощью пакетов программ Statistica 10.0, Excel.

**Результаты исследования.** В результате проведенного исследования установлены более высокие уровни ИЛ–6 у пациентов с крупноочаго-

вым ИМ, осложненным ОПП ишемического генеза по сравнению с пациентами с ИМ и нормальной функцией почек–6,5 (3,25–81,5) пг/мл против 3,5 (1,0–11,25) пг/мл, соответственно,  $p < 0,01$ . Повышение концентрации ИЛ–6 у пациентов с крупноочаговым ИМ и острым ишемическим повреждением почек ассоциировалось с более частым развитием прогностически неблагоприятных тахикардий в остром периоде заболевания – фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии, фибрилляции и трепетания предсердий ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ), а также более длительной потребностью в вазопрессорной/инотропной поддержке ( $r = -0,55$ ,  $p < 0,05$ ). Установлено наличие прямой корреляционной взаимосвязи умеренной силы между концентрацией ИЛ–6 в сыворотке крови в первые сутки заболевания и развитием неблагоприятных исходов (смерть от сердечно-сосудистых причин, повторный ИМ, нестабильная стенокардия) в течение 12 месяцев ( $r = -0,59$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Повышение уровня ИЛ–6 у пациентов с острым крупноочаговым ИМ, осложненным повреждением почек ишемического генеза, ассоциировалось с более тяжелыми проявлениями острого периода заболевания (более частым развитием прогностически неблагоприятных тахикардий, более длительной потребностью в вазопрессорной/инотропной поддержке), а также с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов в течение 12 месяцев.

## СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИДА ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ СОЛИШТИРМА БАҲОЛАШ

МУЗАФФАРОВ Ж.Ш, НАЖМИДДИНОВ А.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқод мақсади.** Сурункали юрак етишмовчилигининг турли гемодинамик типларида юрак ритми бузилишларини солиштирма баҳолаш.

**Материал ва усуллари.** Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси филиалининг кардиология, кардиореабилитация бўлимида даволанган 22 нафар чап қоринчанинг қон отиш фракцияси (ЧҚҚОФ) паст, 20 нафар ЧҚҚОФ оралиқ ва 18 нафар ЧҚҚОФ сақланган СЮЕ мавжуд беморлар олинди. Беморларнинг ўртача ёши 1–гурӯҳда 64,3±1,8, 2–гурӯҳда – 61,7±1,6, 3–гурӯҳда –

60,9±1,6 ни ташкил этди. Барча беморларда умумклиник ва биокимёвий лаборатор текширувлар ўтказилди. Хар учала гурӯҳда 6–дақиқалик юриш синамаси ўтказилиб, унинг натижасига кўра, СЮЕнинг функционал синфлари аниқланди. Барча беморларда электрокардиограмма (ЭКГ) ва эхокардиография (ЭхоКГ) текширувлари ўтказилди. ЭхоКГ текшируви ёрдамида юрак ре-моделланиш кўрсаткичлари баҳоланди. Допплер текшируви ёрдамида трансмитрал қон оқими орқали чап қоринчанинг диастолик дисфункцияси баҳоланди. Беморлардаги мавжуд ритм бузилиш-



ларини аниқлаш мақсадида ЭКГ холтер мониторинг текшируви ўтказилди.

**Тадқиқод натижалари.** 1 – гуруҳ беморларининг 14 (63,6%) нафарида суправентрикуляр экстрасистолиялар, 2–гуруҳ беморларининг 13 (65%) нафарида суправентрикуляр ва 13 (72,22%) нафарида қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 4 (30,77%) нафарида бигеминия, 3 (23,08%) нафарида тригеминия типиди, 1 (7,7%) нафарида жуфтлашган ва қолган 5 (38,46%) нафарида ягона экстрасистолиялар қайд этилди. 3 – гуруҳ беморларининг 17 (85%) нафарида суправентрикуляр ва 14 (70%) нафарида қоринчалар экстрасистолияси, жумладан 5 (35,7%) нафарида бигеминия, 4 (28,6%) нафарида тригеминия типиди, 3 (21,4%) нафарида жуфтлашган ва қолган 2 (14,3%) нафарида ягона экстрасистолиялар қайд этилди. Олинган маълумотларга кўра, 2-, ва 3 – гуруҳ беморларида ҳам суправентрикуляр ҳам қоринчалар, жумладан ҳаёт учун хавф туғдурувчи жуфтлашган, бигеминия ва тригеминия типидидаги экстраси-

столиялар эпизоди статистик даражада ишончли ( $P < 0,05$ ) кўп учради. СЮЕнинг ЧҚҚОФ паст гемодинамик фенотипи билан юрак ритми бузилишлари ўртасида кучсиз тўғри корелляцион боғланиш ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ), ЧҚҚОФ оралиқ ва сақланган гемодинамик фенотипи билан юрак ритми бузилишлари ўртасида эса ўртача кучдаги тўғри корелляцион боғланиш аниқланди ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,41$ ,  $p < 0,01$ ).

**Хулосалар.** СЮЕнинг турли гемодинамик фенотипларида юрак ритмини бузилиши бир бирдан фарқ қилади. Аритмиялар ЧҚҚОФ паст СЮЕда организмдаги тизимли яллиғланиши ва сурункали гипоксия жараёнлари ҳисобига юзага келса, ЧҚҚОФ оралиқ ва сақланган СЮЕ мавжуд беморларда ҳаёт учун хавф туғдурувчи аритмияларни юзага келиши миокарддаги бошқа жараёнлар билан бир қаторда фиброз даражасига бевосита боғлиқ бўлиши туғрисида тахмин қилиш ишончли бўлади.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НИЗКОГО РИСКА

МУРЗАБАЕВА Р.Р., ЖУСУПОВА Г.К., СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., СМАИЛОВА ГТ.

НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

**Цель исследования.** Изучить особенности взаимосвязи степени поражения коронарного русла по результатам коронароангиографии и данными циркадного профиля (циркадного индекса- ЦИ) и вариабельности сердечного ритма (BCP) по результатам суточного мониторинга ЭКГ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST низкого риска.

**Материал и методы.** В исследование включены 80 пациентов с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST группы низкого риска (шкала Grase менее 109 баллов), в возрасте 30–85 лет, из них мужчины составили 53%, женщины 47%. Исследуемые распределены по показателям эхокардиографии, в основную группу вошли пациенты ( $n = 60$ ) с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ более 50%), а группа контроля представлена пациентами ( $n = 20$ ) с умеренно-сниженной ФВЛЖ (менее 50%). По показаниям проведены коронароангиография в отсроченном порядке, нагрузочные тесты и суточное мониторирование ЭКГ.

**Результаты исследования.** Определена закономерность стойкого снижения показателя циркадного индекса и снижения вариабельности сердечного ритма по мере выраженности степени обструктивного поражения коронарного русла у больных с ОКС без подъема сегмента ST низкого риска в обеих группах ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,02$ ). Од-

нако, достоверно значимых различий между группами у пациентов без обструктивного поражения коронарного русла не отмечена ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,02$ ). Получена корреляция снижения циркадного индекса со степенью тяжести поражения коронарных сосудов. Как в основной группе (33%), так и в контрольной группе (55%) выявлены гемодинамически значимые поражения коронарных артерий, при этом значительная часть сопряжена с многососудистыми изменениями коронарного русла. В обеих исследуемых группах у пациентов с гемодинамическими значимыми поражениями коронарных артерий отмечено отклонение спектральных показателей BCP (снижение мощности частотных в диапазоне высоких частот -HF, повышение мощности частотных в диапазоне низких частот -LF, отношение  $LF \setminus HF$ ), устойчивое снижение временных анализов BCP (стандартное отклонение средних всех синусовых интервалов SDNN, стандартное отклонение от средних длительностей всех синусовых интервалов -SDANN) ( $r = 0,301$ ;  $p = 0,019$ ).

**Выводы.** Устойчивое снижение циркадного индекса, а также отклонения показателей вариабельности ритма сердца указывает на вагосимпатический дисбаланс и симпатикотонию у пациентов с гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий в сравнении с гемодинамически незначимыми поражениями. У пациентов с

ОКС без подъема сегмента ST группы низкого риска выявленные прямые взаимосвязи отклонения ЦИ и показателей ВСП со степенью поражения ко-

ронарных артерий, позволят усовершенствовать показания при стратификации пациентов для инвазивной стратегии.

## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

МУХАММЕДОВА М.М.

*Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить роль интерлейкинов в развитии нестабильной стенокардии (НС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных ИБС.

**Материал и методы.** В исследование включены 72 мужчин (средний возраст 50,4 лет) с различными формами ИБС. Поступившие в отделение экстренной гинекологии РНЦЭМП БФ. По поводу болей в грудной клетке. Всем больным проводились общепринятые методы исследования, а также иммунологические анализы (ИЛ-6, СРБ, ИЛ-1 $\beta$ , ФНО  $\alpha$ ). У всех были взяты письменные согласия для проведения исследования.

**Результаты исследования.** При сравнении концентраций С-РБ у больных с различным течением НС наиболее высокие показатели наблюдались при НС II-III классов. Максимальные величины С-РБ зарегистрированы при ОИМ, их значения существенно превышали не только параметры в группах контроля (в 7 раз) и стабильной стенокардии (в 3,8 раза), но и значительно отличались от данных у больных НС как I, так и II-III классов. Показатели ИЛ-6 у больных НС I и II-III классов были в 1,7 и 2,5 раза больше, чем в контрольной группе. Увеличение уровня ИЛ-6 зарегистрировано при НС II-III классов и превысило аналогичный по-

казатель у больных стабильной и прогрессирующей стенокардией. Чрезвычайно высокий уровень ИЛ-6 обнаружен при ОИМ: его значения были в 3,6 и 2,6 раза выше параметров у здоровых лиц и больных стабильной стенокардией, а также существенно отличались от показателей НС I и II-III классов. При корреляционном анализе, проведенном у больных НС и ОИМ, установлены ожидаемые тесные взаимосвязи между содержанием ИЛ-6 и уровнем С-РБ ( $r=0,56$ ;) у здоровых лиц и больных стабильной стенокардией, а также значительно отличались от величин у больных НС I и II-III классов. При корреляционном анализе обнаружены зависимости между уровнем ИЛ-1 $\beta$  и С-РБ ( $r=0,38$ ;) цитокинов у больных ОКС, сопровождающееся гиперэкспрессией ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$ , ассоциировалось с тяжестью течения ИБС и было наиболее существенным при НС II-III классов и ОИМ.

**Выводы.** Максимальные уровни провоспалительных цитокинов и низкие концентрации ИЛ-4 и ИЛ-10 выявлены при ОИМ. Таким образом, важная роль в прогрессировании ИБС и формировании ОКС принадлежит активации иммунореспонсивных реакций.

## ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЫЩАЕМОСТИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

НОРБУТАЕВ О.М., ИБРАГИМОВ У.Д.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение насыщаемости кислородом больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19, на фоне проводимого комплексного лечения и выполнения дыхательной гимнастики.

**Материал и методы.** Было проведено исследование пульсоксиметрия и оценки клинического состояния у 30 больных ХСН, перенесших COVID-19 и 22 больных с ХСН не болевших COVID-19, находящихся на лечении в отделении кардиологии. Для оценки клинического состояния больных с ХСН использовалась критерии ШОКС (по модификации В.Мареева, 2000). Средний возраст обследуемых пациентов в группе больных

с ХСН, перенесших COVID-19 составил  $58 \pm 2,13$  лет, в группе больных с ХСН не болевших COVID-19 составил  $58 \pm 1,8$  лет.

**Результаты исследования.** В группе больных с ХСН, не болевших COVID-19 показателей ШОКС исходно составило 4,1 балла, а после проведения комплексного лечения COVID-19 составило 2,75 балла. В группе больных с ХСН, перенесших COVID-19, исходно этот показатель составлял 3,75 балла, а после проведенного комплексного лечения с включением дыхательной гимнастики составил 3,0 балла. Уровень сатурации крови в группе больных с ХСН, перенесших COVID-19 исходно составлял 96,5%, после проведенного ком-

плексного лечения с включением дыхательной гимнастики, спустя 10 дней уровень сатурации крови составил 97%.

**Выводы.** В комплексном лечении ХСН у больных перенесших COVID-19 рекомендуются при-

менение дыхательное гимнастики, так как она способствует не только увеличению сатурации, но и значительному улучшению клинической симптоматики пациентов (снижение показателей ШОКС).

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У ЖЕНЩИН ПО ВОЗРАСТАМ

НИШОНОВА Ю.У., КОДИРОВА Ш.А.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить и оценить особенности течения и проявления ИБС у женщин в возрасте от 40–60 лет и выше с учетом наличия факторов риска (ФР).

**Материал и методы.** Изучены истории болезни 502 женщин с ИБС, поступивших в РКБ №1 в отделение терапии за 2019 год. Возраст обследованных женщин составил от 40–70 лет и выше. Больные были разделены на группы в зависимости от их возраста: 40–49, 50–59, 60 лет и выше. Всем женщинам проводилось стандартное клинико-функциональное обследование, включая ЭКГ, ЭХО, суточное мониторирование. Дополнительно проводили лабораторные исследования липидного спектра, глюкозы и гормонального обмена.

**Результаты исследования.** у пациентов <45 лет реже встречалась стабильная стенокардия, чем в более старшей возрастной группе и чаще развивался ОКС как первое проявление ИБС. Более 60% пациенты не предъявляли жалобы на боли в грудной клетке. Болевой синдром нередко носил атипичный характер. При этом у этих больных также было изучено тяжелое течения климактерического периода (раннее менопауза) – 30%, а 55% случаях больные связывали свою болезнь со стрессовыми ситуациями.

А это объясняется, что морфологическим субстратом ИБС у женщин молодого возраста часто бывает поражение только интрамуральных ветвей коронарных артерий. Особенность атеросклеротических бляшек у женщин репродуктивного возраста состоит в относительно небольшом размере их некротического ядра и наличии кальциноза, а также вследствие протективного действия эстрогенов на формирование большого некротического ядра. Дефицит эстрогенов сопровождается усилением вазоспастических реакций, ростом агрегации тромбоцитов, снижением уровня антитромби-

на III, являющегося естественным защитным фактором против свертывания крови.

Особенности клинических признаков ИБС у пожилых в течении болезни характеризовались менее резкими, но более длительными болевыми ощущениями (это связано с деструкцией нервного аппарата сердца и с повышением порога болевых восприятий в связи с возрастанием изменений ЦНС). Боли незначительной интенсивности и имели характер сдавливания, чувство стеснения или тяжести за грудиной или в области сердца, в левом плече, руке, под левой лопаткой. В 50% случаях лица пожилого возраста вместо боли ощущали «чувство тяжести» в левой половине грудной клетки, в 25% боли локализовались и в животе (в верхней его части, под грудиной). Необычная иррадиация болей в 12% случаях (в челюсть, затылок, шею, лоб) или боль ощущалась только в зонах иррадиации- 40%. В момент приступа наблюдалось повышение АД у 45% случаях, или же, наоборот, повышение АД привело к приступу стенокардии в 32% случаев.

**Выводы.** 1. Заболеваемость ИБС в каждой 10-летней возрастной категории женщин превышал показатель предыдущей возрастной группы более чем вдвое.

2. Результаты проведенного сравнительного анализа по возрасту показали, что оценку наличие ФР целесообразно проводить и с учетом возраста.

3. Показано, что наиболее «типичной» для ИБС является возрастная категория пациентов 40–59 лет, которая вносит основной вклад в формирование показателей заболеваемости женщин. Тем не менее, пациенты 40–49 лет имеют более благоприятный прогноз по сравнению с другими возрастными группами. Это обусловлено оптимальным развитием компенсаторных механизмов в миокарде и системе коронарных сосудов.

## ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМКР У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПОЛИМОРФИЗМЕ ГЕНА АЛЬДОСТЕРОНСИНТАЗЫ (CYP11B2)

НУРИТДИНОВ Н.А., КАМИЛОВА У.К., ХАМРАЕВ А.А.

*Ташкентская медицинская академия, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить фармакогенетические эффекты полиморфизм гена (rs 1799998) гена альдостеронсинтазы (CYP11B2) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при применении антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР).

**Материал и методы.** Обследовано 134 больных I-III ФК ХСН ишемического генеза узбекской национальности. Средний возраст пациентов составил  $56,7 \pm 6,9$  лет. Контрольную группу составили 102 здоровых лиц узбекской национальности. Молекулярно-генетические исследования проводились методом ПЦР в НИИ гематологии. Для уточнения роли изученных аллелей и генотипов полиморфизма гена CYP11B2 (rs1799998) в развитии ХСН следующим этапом явилось проведение сравнительного анализа различий при приеме АМКР -спиронолактона и эплеренона.

**Результаты исследований.** Для оценки сравнительной эффективности АМКР и фармакогенетических особенностей больные принимавшие антагонисты минералокортикоидных пепторов (АМКР) были разделены на 2 группы: 1 группу составили 71 больных со II ФК (39) и III ФК ХСН (32 больных) которым был назначен препарат спиронолактон в течение 6 месяцев; 2 группу составили 85 больных со II ФК (42) и III ФК ХСН, (43) которым был назначен препарат эплеренон в течение 6 месяцев. Результаты сравнительной эффективности спиронолактона и эплеренона показали, что эффективность комплексной те-

рапии на уровень нейрогормонов почти аналогична в обеих группах у больных с ФК II. Однако у больных с ФК III имеется явное превосходство комплексной терапии с эплереноном, чем с спиронолактоном. В группе больных ХСН, принимавших эплеренон уровень Ал и МНУП снижались на 32,5 и 22,7% соответственно, тогда как в группе спиронолактона на 21,8% и 15,1% соответственно. С целью оценки эффективности спиронолактона и эплеренона на показатели МНУП и Ал, как основные биомаркеры неблагоприятного прогноза и прогрессирования ХСН, нами были проанализированы данные молекулярно-генетических исследований, не ответивших в ходе лечения положительно на уровень МНУП и Ал. Через 6-месячной терапии с применением спиронолактона и эплеренона у 8 больных: в 1 группе у 5 больных, во 2 группе, принимавших эплеренон 3 больных наблюдались высокие показатели уровня Ал, у 10 больных: в 1 группе у 6 больных, во 2 группе – 4 больных уровня МНУП, у 11 больных – в 1 группе у 6 больных, во 2 группе у 5 больных наблюдалось недостоверное снижение показателей Ал и МНУП. Исходные значения МНУП и Ал у больных со сниженным терапевтическим эффектом имели ниже средних значений и составили –  $180,5 \pm 55,28$  и  $173,3 \pm 35,64$ .

**Выводы.** Таким образом, изучение фармакогенетических особенностей АМКР показало, что носительство С аллеля и С/С/генотип оказывал прогностическое действие при приеме препаратов.

## ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ ИНТЕРВАЛА R-R ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ТЕСТ 6 МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВАЛОЛОМ

ОЧИЛОВ И.А., ГАНИЕВ Ж.И., ЗУННУНОВ Х.М.

*Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Сопоставить вариабельность интервала R-R электрокардиограммы и динамику параметров теста 6-минутной ходьбы у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне терапии небивалолом (ФП).

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 21 больных с ФП (-бради, -нормо и тахисистолическими формами) на фоне ДКМП с сохранной функцией левого желудочка (хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов) в возрасте от 30 до 58 лет. В исследо-

вание не включали больных с клапанной формой ФП, а также после хирургического лечения аритмии. Исходно и через курс терапии небивалолом в дозе  $5,6 \text{ мг} \pm 1,1 \text{ мг/сутки}$  проводился тест 6-минутная ходьба. Больные находились на амбулаторном наблюдении в отделении кардиологии многопрофильной клиники ТМА №3.

**Результаты исследования.** У обследованных больных по типу скаттерограммы выявлены 3 варианта вариабельности интервала R-R: «концентрационный» (низкая вариабельность R-R),



«промежуточный» (умеренная вариабельность интервала R-R) и «рассеянный» (высокая вариабельность интервала R-R): при этом в каждой группе присутствовали больные с бради-, нормо-, и тахисистолическими формами ФП. У 13 больных (61,9%) были выявлены «промежуточный» и «рассеянный» типы скаттерограммы, у 8 больных (38,1%) – «концентрационный» тип скаттерограммы. ТШМХ: увеличилась пройденная дистанция (на 17,4%).

**Выводы.** При изучении вариабельности интервала R-R при постоянной форме ФП выявлены 3 типа скаттерограмм: «концентрированный» (низкая вариабельность интервала R-R), «промежуточный» (умеренная вариабельность интервала R-R) и «рассеянный» (высокая вариабельность интервала R-R), а так же регистрировалось увеличение толерантности к физической нагрузке. Использование данного метода исследования, возможно, будет полезным для прогнозирования течения заболевания и для контроля проводимости терапии.

## ДИСЛИПИДЕМИЯ И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РАЗЛИЧНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПЕТРОВА Е.Б.<sup>1,2</sup>, СТАТКЕВИЧ Т.В.<sup>1</sup>, БАЛЫШ Е.М.<sup>1</sup>, ПЛЕШКО А.А.<sup>1,2</sup>, МИТЬКОВСКАЯ Н.П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, <sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценить особенности липидограммы и масштабы атеросклеротического поражения коронарного русла у лиц трудоспособного возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) и различным гормональным статусом щитовидной железы (ЩЖ).

**Материал и методы.** Проанализированы данные 82 пациентов трудоспособного возраста, госпитализированных в период с 2019 по 2021 годы по поводу впервые развившегося острого коронарного синдрома в стационары города Минска. Изучены лабораторные показатели липидного спектра, уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и свободных фракций гормонов ЩЖ. Для оценки масштабов коронарного атеросклероза использовались данные выполненной пациентам в день поступления селективной коронароангиографии (КАГ). Соответственно показателям гормонального статуса ЩЖ было сформировано 3 группы наблюдения. В группу 1 включено 32 пациента с ИБС и субклиническим гипотиреозом (повышение ТТГ более 4,0 мМЕ/л при нормальных концентрациях свободных фракций гормонов ЩЖ). В группу обследуемых 2 – 20 пациентов с ИБС и гипертиреозом (уровень ТТГ менее 0,4 мМЕ/л). Группа контроля включала данные 30 пациентов с ИБС, не имевших нарушений гормонального статуса ЩЖ. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию вредных привычек и степени артериальной гипертензии. Обработка результатов выполнялась с использованием статистических пакетов Excel, Statistica (версия 10.0).

**Результаты исследования.** У пациентов с субклиническим гипотиреозом в сравнении с кон-

трольной группой был выше удельный вес лиц с гиперхолестеринемией и повышением фракции холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП): 68,8% (n=22) против 43,3% (n=13) ( $\chi^2=4,07$ ;  $p<0,05$ ) и 65,6% (n=21) против 33,3% (n=10) ( $\chi^2=6,46$ ;  $p<0,05$ ) соответственно. У пациентов с гипотиреозом удельный вес лиц с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением коронарного русла и наличием многососудистого поражения был выше в сравнении с группой без дисфункции ЩЖ: 62,5% (n=20) против 23,3% (n=7) ( $\chi^2=13,68$ ;  $p<0,001$ ) и 43,8% (n=14) против 16,7% (n=5) ( $\chi^2=5,34$ ;  $p<0,05$ ). У пациентов с гипертиреозом в сравнении с группой лиц без эндокринной патологии достоверного различия по вышеперечисленным лабораторным характеристикам, масштабам атеросклеротического поражения коронарного бассейна (25,0% (n=5) против 23,3% (n=7) ( $\chi^2=0,02$ ;  $p>0,05$ )) получено не было. Установлена прямая, средней силы корреляционная связь между гипотиреозом и наличием гемодинамически значимого атеросклеротического процесса в коронарном бассейне ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ), многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ).

**Выводы.** У пациентов с субклиническим гипотиреозом ишемическая болезнь сердца протекает на фоне повышения общего холестерина и атерогенной фракции ХС ЛПНП, выше удельный вес лиц с гемодинамически значимым, в том числе многососудистым, атеросклеротическим поражением коронарного бассейна.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЧЕЧНЫЙ РЕЗЕРВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДАПАГЛИФЛОЗИН

ПИРМАТОВА Н.В., ГАДАЕВА Н.А., ГАДАЕВ А.Г.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить состояние функционального резерва почек (ФПР) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне применения препарата дапаглифлозин.

**Материал и методы.** 40 больных с ХСН перенесшие COVID-19, находившиеся на лечение в отделение кардиологии. Средний возраст составил  $63,2 \pm 1,2$  года, среди которых было 16 мужчин и 24 женщины. Все больные страдали ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК, с систолической дисфункцией анемнезе перенесшие COVID-19. 1 группа больных – 20 человек в комплексном лечении ХСН дополнительно получали дапаглифлозин в дозе 10 мг один раз в день, 2 группа пациентов ХСН в комплексном лечении получала стандартную терапию без дапаглифлозина.

**Результаты исследования.** Так при исследовании в группе больных, получавших стандартную терапию без дапаглифлозина ФПР составил  $4,9 \pm 0,15\%$ , после проведенного лечения почечный резерв составил  $5,1 \pm 0,12\%$  т.е имеет место незначительное улучшение. В таком случае можно утверждать, что количество нефронов в почке уменьшено, и более того — предположить, что

действующие нефроны при этом функционируют в той или иной мере в режиме гиперфункции, что является важным механизмом прогрессирования почечной дисфункции.

Изучение больных, в комплексном лечении ХСН которые получали дапаглифлозин до начала лечения ФПР составлял  $4,7 \pm 0,19\%$ , что говорило о фактическом отсутствии функционального резерва, после проведенной терапии ХСН с добавлением дапаглифлозина через 4 недели ФПР составил  $5,5 \pm 0,95\%$ , что говорит о том, что имеется положительный сдвиг в сторону улучшения функционального резерва почек до уровня физиологического.

**Выводы.** Таким образом у больных с ХСН 2–3 ФК имеет место снижения функционального резерва почек. в динамике проводимого лечения стандартной терапией отмечается незначительное улучшение в функции почек, а в группе больных, принимавших в комплексном лечении дапаглифлозином отмечается более выраженное повышение ФРП достигающего до уровня физиологического, тем самым можно сказать, что препарат дапаглифлозин оказывает нефропротективный эффект у больных ХСН с систолической дисфункцией ЛЖ.

## ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИКЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

ПЎЛАТОВА Ш.Х.

*Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Ўткир юрак етишмовчилиги бор беморларда метаболликлар самарадорлигини баҳолаш.

**Материал ва усуллар.** Бизнинг илмий текширувизда 44 та «Ўткир юрак етишмовчилиги билан» асоратланган бемор киритилган. Барча беморлар РШТЎИМ Бухоро филиалининг «Кардиотерапевтик реанимация»сида 2019–2020 йиллар оралгида даволанган. Шулардан 28 таси эркак ва 16 таси аёллардан иборат эди. Барча беморларга шикоят, анамнези, лаборатор ва инструментал текширувлар (умумий қон таҳлили, биохимий қон таҳлили, қон ивиш вақти, қон ивиш таҳлили, ЭКГ, ЭХО) асосида ташхис қўйилди. Барча беморларда диуретиклар (фуросемид), нитратлар, антикуагулянтлар, антиагрегантлар, бетта блокаторлар, АПФ ингибиторлари, гормонал терапия ва метаболлик терапия сифатида креатин фосфат (ревартон

1гр) ўтказилди. Беморларда ортиқча инфузияни чеклаш учун, метаболлик терапия сифатида креатин фосфат томир ичига струйно юборилди. Беморларда нафас сони, юрак қисқаришлар сони, пульс, артериал босим, қонда кислород порциал босими текширилди. Беморларда ўртача нафас сони  $26 \pm 4,6$  та, юрак қисқаришлар сони  $92 \pm 7,8$  та, пульс  $88 \pm 8,1$  та, систолик артериал босим  $170 \pm 15,6$  мм.с.м.уст., диастолик босим  $88 \pm 12,4$  мм.с.м.уст ва қонда кислород порциал босими  $90 \pm 3,4\%$  эди. Аксарият беморларнинг шикояти ҳаво етишмаслиги, ҳансираш, юрак соҳасидаги оғриқ ва ношух сегзилар, сийдик миқдорининг камийиши ва танадаги шишлар эди.

**Тадқиқод натижалари.** Беморларнинг ўртача стационар ўрин кунлари  $7 \pm 2,1$  кунни ташкил қилди. Даво муолажалардан кейин уларнинг гемодинамик кўрсаткичлари қуйидаги қийматларни

ташқил қилди: ўртача нафас сони  $20 \pm 2,1$  та, юрак қисқаришлар сони  $62 \pm 3,4$  та, пульс  $68 \pm 3,1$  та, систолик артериал босим  $110 \pm 10,2$  мм.сим.уст., диастолик босим  $70 \pm 8,4$  мм.сим.уст ва қонда кислород порциал босими  $96 \pm 2,5\%$ . Барча беморлар давони яхши қабул қилишди. Леталлик қайд қилинмади. Терапияларнинг нохуш жиҳатлари қузатилмади.

**Хулоса.** 1. Ўткир юрак етишмовчилик билан асоратланган беморларда давога метаболикларни қўллаш ижобий ўзгаришлар беради.

2. Ўткир юрак етишмовчилиги бн асоратланган беморларда инфузияни чеклаб, томир ичига струйно юбориш мақсадга мувофиқ бўларди.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

РАХИМОВА М.Э., ЮЛБАРИСОВ А.А., ТУРАКУЛОВ Р.И.

*Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный центр хирургии и ангионеврологии, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение особенности течения ишемической болезни сердца (ИБС) с некоторыми компонентами метаболического синдрома, такими как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение и оценка функции почек.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели задач был проведен ретроспективный анализ 1247 историй болезни и протоколов ангиографии пациентов с заболеваниями сердечно сосудистой системы (ССС), за период с 2016 по 2020 годы получавшие лечение в Республиканском специализированном центре хирургии и ангионеврологии. У 336 (26,9%) больных наблюдалось поражение одного, у 572 (45,9%) - двух, у 339 (27,2%) - трех сосудистого бассейна.

Изучены распространенность факторов риска, особенности коронарного кровотока и состояние функции почек. Почечная дисфункция (ПД) диагностировалась у пациентов с СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, являющейся достоверным диагностическим критерием снижения почечной функции и не требующим наличия дополнительных признаков почечного повреждения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) классифицировалась в соответствии с рекомендациями ВОЗ для популяционных исследований. Толерантность к глюкозе изучалась путем проведения теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, гиперхолестеринемия (ГХ) фиксировалась при уровне холестерина  $>5,2$  ммоль/л. Ожирение выявлялось по показателю уровня индекса Кетле (расчитанного по формуле  $\text{вес/рост}^2 \times 100$ ). При уровне индекса  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> фиксировалось наличие ожирения.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010 с использованием программы Statistica 10.0.

**Результаты исследования.** Методом отбора была выделена 136 (10,9%) истории болезни больных с поражением коронарных и почечных артерий. Из этой группы у 52 (38,2%) больных выяв-

лено поражение сосудов трех и более бассейнов ( $p < 0,05$ ). Из них у 36 больных выявлено гемодинамических значимых сужения ( $>67\%$ ) почечной артерии ( $p < 0,01$ ). Возраст больных варьировался от 41 до 76 лет. Средний возраст всех больных составил 61,7 ( $+7,4$ ) лет. Среди них 97 мужчин (71,3%) в возрасте 58,2 ( $\pm 8,7$ ) лет, женщины 39 (28,7%) в возрасте 64,5 ( $\pm 6,1$ ) лет. Основными факторами риска явились: артериальная гипертензия 98 (72%), сахарный диабет 27 (5,1%), ожирение 49 (36,0%), стрессовые состояние 73 (53,7%), курение 32 (23,5%), перенесенные инфаркт миокарда 17 (12,5%) и острое нарушение мозгового кровообращения 9 (6,6%). При анализе установлено что у каждого больного кроме не модифицируемых факторов (наследственность, возраст, пол) имелось еще более 2–3 модифицируемых ФР, такие как ожирение, высокое АД, малоподвижные образы жизни и т.д.

У 27 (19,8%) пациентов до ангиографии выявлена ПД ( $p < 0,05$ ), и они были более старшего возраста 67,2 ( $+9,3$ ) лет ( $p < 0,001$ ) и имелось некоторыми компонентами метаболического синдрома, такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение 1–3 степени, перенесенные инфаркт миокард в анамнезе. Было установлено, что у данной группы больных достоверно чаще наблюдалось двухсосудистое (31,8%), трехсосудистое (23,4%) и многососудистое (11,6%) поражение коронарного русла ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, среди лиц с ИБС чаще поражаются сосуды двух и более бассейнов. Наличие ФР таких, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение сопровождаются с прогрессированием ИБС, развитием ПД, инфаркт миокарда и ХСН. Наличие коморбидных заболеваний и высокого кардиоваскулярного риска способствует увеличению продолжительности госпитализации, наступлению инвалидности, препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме, увеличивает число осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ SARS-COV-2 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЈАСИДАН КЕЙИН МИОКАРДИАЛ ДИСФУНКЦИЈАНИ БАХОЛАШДА СТРЕЙН-ЭХОКАРДИОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАШ

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А.<sup>1</sup>, МАРДИЕВ А.А.<sup>2</sup>, ЖУРАЕВ О.Р.<sup>1</sup>, МИРЗАЕВА С.М.<sup>1</sup>, НУРМАТОВА Д.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ўзбекистон Республикаси Президент Администрацияси ҳузуридаги Тиббиёт Бош Бошкармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, Тошкент, <sup>2</sup>«СоғломХаёт» хусусий корхонаси, Навои, Ўзбекистон

**Тадқиқод мақсади.** SARS-COV-2 коронавирус инфекцияси ўтказган беморларда миокард шикастланишларини аниқлаш учун миокард деформацияси турли компонентларининг тахлили билан кенгайтирилган стрейн-эхокардиография (СТЭ) протоколини қўллаш.

**Материал ва усуллар.** «Соғлом Хаёт» клиникасида 2020 йил декабрь ойидан 2021 йил февраль ойлари мобайнида 44 нафар (18 аёл/22 эркак) ПЗР тести мусбат натижаси билан тасдиқланган SARS-CoV-2 коронавирус инфекцияси реконвалесцентлари текширувдан ўтказилди. Уларда трансторакал эхокардиография (ТТЭ) текшируви Mindray DC-80 эксперт УТТ системасида 2–5,5 МГц ли датчикларда бажарилди. Текширувлардан 18 ёшгача булган пациентлар, шунингдек аввалдан сурункали юрак етишмовчилиги, юрак нуксонлари, юрак ишемик касаллиги, бўлмачалар фибрилляцияси, ўпка гипертензияси, ўпка артерияси тромбоземболияси, ўпка сурункали обструктив касаллиги билан касалланган беморлар, шунингдек Гис тутами чап оёкчаси тўлиқ блокадаси ва тасвирлар сифати етарлича яхши бўлмаган беморлар чиқариб ташланди. Миокард деформацияси тахлили СТЭ да қуйидагича амалга оширилди: глобал ва регионал бўйлама деформация барча апикал кесимларда қаватма-қават деформацияни аниқлаш йўли билан баҳоланди. Глобал ва регионал циркуляр ҳамда радиал деформациялар юрак қисқа ўқида апикал, ўрта ва базал парастернал кесимларда аниқланди. Қисқариш зоналари фақат миокарднинг тулиқ қисқаришларини танлаш мақсадида эпикардиал, клапан ва бўлмача структураларини олиб ташлаш билан коррекция қилинди.

**Тадқиқод натижалари.** Текширилганларнинг ўртача ёши  $51,2 \pm 6,8$  ни ташкил қилди. Чап

қоринча биров гипертрофияси 9%, ўртача гипертрофияси ҳам 9% текширилган беморларда аниқланди. Чап қоринча диастолик дисфункцияси 69% текширилган реконвалесцентларда аниқланди. Қуйидаги деформация кўрсаткичлари кузатилди: global longitudinal strain  $15,93 \pm 0,50\%$ , global radial strain: apical  $15,87 \pm 0,56\%$ , global circumferential strain: basal  $15,30 \pm 0,46\%$ , global circumferential strain: apical  $16,10 \pm 0,69\%$ , global circumferential strain: basal  $14,87 \pm 0,51\%$ . Текширилганларнинг 44 нафаридан 33 тасида (75%) чап қоринча қон отиш фракцияси (ЧҚҚОФ) меъерда булган Симпсон бўйича  $>50\%$ . ЧҚҚОФ ўртача  $64,2 \pm 6,4\%$  ни ташкил қилди. ЧҚҚОФ 50% дан кам булганлар улуши 25% ни ташкил қилди. Чап қоринча қон отиш фракцияси меъерда бўлган 33 текширилувчидан 9 нафаридан бўйлама, радиал ва циркуляр стрейнларнинг, айниқса, базал сегментларда бузилиши кузатилди (27% ида).

Олинган натижалар шуни тасдиқлайдики, SARS-CoV-2 таъсирида миокарднинг шикастланиши, ҳаттоки енгил ва ўртача белгилар билан кечганда ҳам, чап қоринча деформациясининг ўзига хос паттернлари билан тафсифланади. Хулосалар.Стрейн-эхокардиография спеклларнинг силжиши билан SARS-CoV-2-инфекциясининг ўткир босқичидан кейинги миокард зарарланишларини аниқлашда мақбул услуб бўлиши мумкин. Традицион эхокардиография қўшимча равишда миокард деформацияси турли компонентларининг анализи билан кенгайтирилган эхокардиография протоколини қўллаганда чап қоринча қон отиш фракцияси меъерда бўлган беморларнинг чорак қисмида бўйлама, шу билан бирга радиал ҳамда циркуляр стрейнларнинг, айниқса, базал сегментларда ўзгаришларини кузатиш мумкин.

## СЕМИЗЛИГИ МАВЖУД АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ҲАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

САЛИХОВ Б.Р.

Марказий Ҳарбий Госпитал, Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқот мақсади.** 1 даражали семизлиги мавжуд артериал гипертензияли (АГ) беморларда турли ҳавф омилларни тарқалганлигини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Ўрта ёшдаги (45–60), эркак жинсига мансуб, АГ ли 46 та ҳарбий хизматчилар текширилди. Уларда наслий мой-



иллик, чекиш, гиподинамия, дислипидемия каби хавф омиллар тарқалганлиги аниқланди.

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, семизлиги мавжуд АГ ли беморларда бу касаллик ривожалинишига ўзини салмоқли ҳиссасини қўшувчи наслий мойиллик каби хавф омили 18 та (39%) изланувчида аниқланган. Чекиш каби хавф омили эса 45,7% (21 та) ҳолатда кузатилган. Жисмоний фаоллик юзасидан сўровлар эса изланувчиларнинг ҳаммаси ҳафтасига 2,5–3,5 соатдан кўпроқ жисмоний машғулотларда иштирок этиши аниқлади. Бу шахсий таркиб вакиллари ҳафтанинг маълум кун ва соати жисмоний машғулотларига жалб қилинганлики ва бундан ташқари кўпгина беморлар мустақил равишда кундалик жисмоний бадан тарбияга эътибори натижасидир. Алкогол истеъмоли масаласида сўров натижалари эса асосан қабул қилмайдиганларнинг фоиз улуши кўплиги қайд қилинди—37 та (80,4%) бемор. Қабул қилиш борасида, регуляр систематик қабул қилувчилар аниқланмади. Маълум шароит юзасидан, баъзан,

жуда оз миқдорда қабул қилувчилар аниқланиб, жами 9 та беморни (19,6%) ташкил қилди. Қондаги умумий ҳолестерин миқдори юқорилиги (гиперхолестеринемия— > 5,0 ммоль/л)—69,6% изланувчида (32 та бемор), триглицеридалар миқдори ортанлиги (гипертриглицеридемия  $\geq$  1,7ммоль/л)—21 та беморда (45,65%) ва юқори зичликдаги липопротеидлар миқдорини пасайиши (эркаклар учун миқдори <1,0ммоль/л паст бўлиши)—19 (41,3%) та текширувга жалб қилинган ҳарбий хизматчиларда кузатилди. Изланиш таркибига кирган беморларнинг ҳаммасида семизлик мавжудлигини инобатга оладиган бўлсак, бу ҳам ўз навбатида муҳим аҳамият касб этувчи хавф омилларидан биридир.

**Хулоса.** Юқоридаги натижалар асосида энг кўп тарқалган хавф омили бўлиб қондаги дислипидемия кузатилди. Кейинги ўринларни чекиш ва наслий мойиллик хавф омиллари эгаллади. Даволаш жараёнида биз эътиборни нафақат гипотензив терапияга, балки бошқариш мумкин бўлган хавф омилларини бартараф этишга ҳам катта эътибор беришимиз лозимдир.

## К ОБОСНОВАНИЮ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО КОНТИНУУМА: «ЛЕГКИЕ – ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.,<sup>1</sup> ТУСУПБЕКОВА М.М.,<sup>2</sup> МУРАВЛЕВА Л.Е.,<sup>2</sup> МУКАТОВА И.Ю.,<sup>1</sup> ЖАУТИКОВА С.Б.,<sup>2</sup> МОЛОТОВ-ЛУЧАНСКИЙ В.Б.,<sup>2</sup> СМАИЛОВА Г.Т.,<sup>1</sup> ЗЕЛЕНСКАЯ В.Н.,<sup>1</sup> ТУРГУНОВА Л.Г.<sup>2</sup>

НАО «Медицинский университет Астана»,<sup>1</sup> Нур-Султан; НАО «Медицинский университет Караганды»,<sup>2</sup> Караганда, Республика Казахстан

**Цель исследования.** Определение клинико-экспериментальных данных для обоснования кардио-респираторной концепции «Легкие—орган-мишень при артериальной гипертензии»

**Материал и методы.** Наблюдалось 466 пациентов с эссенциальной АГ (ЭАГ) и 548 – с АГ на фоне сахарного диабета 2 типа (АГСД) в возрасте от 26 до 75 лет; мужчин – 470 (46,4%), женщин 544 (53,6%). На 290 крысах линии Вистар проведены серии экспериментов: хроническая АГ (18%NaCl-солевая диета); острая АГ (в/в 0,5%адреналин); АГ на фоне аллоксанового СД (в/в 4%аллоксан +солевая диета). Наряду с общепринятыми клинико-функциональными, использованы комплекс биохимических, биофизических, физико-химических и морфологических методов исследования. У 230 больных ЭАГ изучено влияние длительного приема (6–12–18–24 мес.) ИАПФ и БАБ на ФВД и гемодинамику. В эксперименте при хронической АГ и АГСД проводилось лечение (до 6 мес) эналаприлом и метопрололом.

**Результаты исследования.** В 68,6% при АГ (ЭАГ – 67,3%, АГСД – 72,1%) выявлено ухудшение бронхиальной проходимости и легочных объемов (снижение ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ и более значимо МОС75, МОС50, МОС25–75), увеличение R-occlusion. Частота и выраженность нарушений

ФВД, повышение давления в легочной артерии (ДЛА) растет с увеличением степени, длительности АГ и категории риска. Наблюдалось уменьшение кровотока в раннюю фазу диастолического наполнения обоих желудочков и увеличение в период систолы предсердий; утолщение адвентиции и увеличение плотности стенки плечевой артерии (ПЛА). В условиях искусственной артериальной гиперемии ПЛА и по уровню нитрит-иона крови диагностирована эндотелиальная дисфункция. Происходит интенсификация показателей липопероксидации в плазме, эритроцитах, дисбаланс ферментов антиоксидантной системы; снижение поверхностной активности легочного сурфактанта. Вышеуказанные сдвиги тесно коррелируют с нарушением ФВД, более выражены при АГСД. Тезиограммы плазмы при АГСД характеризуются снижением густоты, преобладанием аркадно-петельного характера растрескивания в периферической зоне, уменьшением конкреций с листовидными образованиями в краевой зоне. При экспериментальной хронической АГ выявлен бронхиолоспазм, перибронхиальная лимфоидная инфильтрация, макрофагальная реакция, неравномерная гипертрофия мышечного слоя артерий, при АГСД дополнительно периваскулярный отек, сосудистые инвагинаты. Длительный прием БАБ



приводит к снижению спирометрических показателей, увеличению R-occlusion, повышению ДЛА; ИАПФ не оказывают отрицательного влияния на ФВД и ДЛА. В эксперименте назначение эналаприла сопровождается регрессией лимфоидно-макрофагальной инфильтрации легких, которая уменьшается при лечении метопрололом с сохранением бронхоспастического компонента.

**Выводы.** При АГ наблюдаются выраженные клинико-функциональные и морфологические изменения бронхо-легочной системы, эндотелиаль-

ная дисфункция гиперлипเปอร์оксидация, снижение поверхностной активности легочного сурфактанта прогрессирующие при нарастании степени АГ и категории риска. Указанные изменения взаимосвязаны с гемодинамическими параметрами; вносят существенный вклад в развитие и прогрессирование АГ, что позволяют рассматривать легкие – как орган-мишень при АГ. Однако, данное положение требует проведения дополнительных углубленных и уточняющих клинико-экспериментальных исследований.

## ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., ЖУСУПОВА Г.К., ЗАГОРУЛЯ Н.Л., СМАИЛОВА Г.Т., КУБЕКОВА С.Ж.

*НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Республика Казахстан*

**Цель исследования.** Выявить гендерно-возрастные особенности заболеваемости и смертности больных нестабильной стенокардией (НС) в условиях мегаполиса.

**Материал и методы.** Наблюдались 219 больных НС в кардиологическом отделении городской больницы № 2 г. Нур-Султан в возрасте от 39 до 87 лет, мужчин – 122 (55,7%) и женщин 97 (44,3%). Проведено общепринятые при НС методы диагностики и лечения. Анализ данных Комитета по статистике РК по ежесуточной смертности больных НС среди взрослого населения г. Нур-Султан за последние за 2009–2018 гг. Материалы анализированы по полу и возрасту пациентов: молодой (18–44 лет) средний (45–59 лет) пожилой (60–75 лет) и старческий (75 лет и старше).

**Результаты исследования.** Из 219 больных НС в молодом возрасте было 11 (5,0%), в среднем 49 (22,4%) в пожилом 75 (34,2%) и старческом 84 (38,3%). В молодом и среднем возрасте заболеваемость НС выше среди мужчин (90,1% и 81,6% соответственно), к пожилому возрасту показатели уравниваются (50,7% и 49,3%), в старческом выше у женщин 59,5%. Ангинозные боли более выражены у лиц молодого и среднего возраста. ( $p < 0,05$ ). Для пациентов пожилого и старческого возраста характерны: удушье, слабость, дискомфорт в области сердца, головокружение ( $p < 0,01$ ), а также отягощенный анамнез ИБС, наличие сопутствующих заболеваний (АГ, СД, ХОБЛ), тенденция развития ИМбпST с более низкими показателями тропонина. Обращает на себя внимание преобладание ИМбпST и НС в возрасте 60–74 года (9% и 54%) и возрасте 75 лет и старше (18% и 51%), достоверное снижение скорости клу-

бочковой фильтрации (СКФ)  $84,0 \pm 22,6$  мл/мин у лиц 60–74 лет и  $75,2 \pm 20,5$  мл/мин – 75 лет и старше ( $p < 0,001$ ); так и по полу: у мужчин  $89,2 \pm 23,1$  и  $66,5 \pm 28,8$  мл/мин ( $p < 0,002$ ), у женщин  $78,2 \pm 22,9$  и  $74,0 \pm 20,8$  мл/мин ( $p < 0,001$ ) соответственно при референсных значениях креатинина крови с увеличением возраста.

За 2009–2018 гг. в г. Нур-Султан зарегистрировано 184 случаев смерти больных НС, из них мужчин 100 (54,3%) женщин 84 (45,7%). Следует отметить, несмотря на продолжающийся рост основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в г. Нур-Султан смертность от них снизилась с 209,0 (2009) до 124,8 (2018) на 100 тыс. населения. Подобная динамика смертности наблюдается и при НС от 41 (2009) до 7 случаев в 2018г., Смертность существенно растет с увеличением возраста больных НС: 1,6% – 9,2% – 28,8% – 60,3% соответственно возрастных групп. Причем, в первых 3-х группах превалирует смертность мужчин, особенно в молодом в среднем (в 5,7 раза), в пожилом разница меньше (1,6 раза), в возрасте 75 лет и старше смертность выше среди женщин: (55,9% и 44,1% соответственно)

**Выводы.** Заболеваемость и смертность больных нестабильной стенокардией растет с увеличением возраста в молодом, среднем и пожилом, и снижается в старческом, превалирует у мужчин среди больных молодого и среднего возраста, женщин в пожилом и старческом возрасте. Гендерно-возрастные особенности заболеваемости и смертности больных нестабильной стенокардией должны учитываться при организации и проведении им профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

## ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРИЗА

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М.Каррыева,  
Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить сократительную функцию гипертрофированного сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) во время гипертонического криза (ГК).

**Материал и методы.** Было обследовано 85 больных с АГ во время ГК, которые были разделены на две группы: 1) 37 больных с АГ I степени (АГ I); 2) 48 пациентов с АГ II степени (АГ II). Обе группы были практически сопоставимы по полу и возрасту. В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц. Методом эхокардиографии изучались фракция выброса (ФВ) и внутримиекардиальное напряжение ( $\sigma_{\text{max}}$ ). В процессе исследования были выделены больные с так называемой «адекватной» гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) ( $\sigma_{\text{max}}=150-330 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>), «низкострессовой» ГЛЖ при  $\sigma_{\text{max}}$  ниже  $150 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup> и «высокострессовой» гипертрофией ( $\sigma_{\text{max}} > 330 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>).

**Результаты исследования.** В группе с «адекватной» ГЛЖ ( $213,57 \pm 2,17 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup> при АГ I и  $218,64 \pm 3,59 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup> при АГ II) сократимость миокарда была в пределах нормальных значений (ФВ =  $61,25 \pm 1,14\%$  при АГ I и  $62,31 \pm 1,18\%$

при АГ II) и достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже показателей контрольной группы ( $70,17 \pm 0,78\%$ ). При АГ I с ГЛЖ установлена достоверная отрицательная корреляция ( $r = -0,684$ ;  $p < 0,002$ ): у больных с «высокострессовой» гипертрофией ( $\sigma_{\text{max}} = 516,65 \pm 57,44 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>) отмечались наиболее низкие показатели ФВ ( $51,23 \pm 1,6\%$ ), при «низкострессовой» ГЛЖ ( $126,68 \pm 6,13 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>) – наибольшие показатели ФВ ( $72,12 \pm 4,1\%$ ). При АГ II эта корреляционная зависимость также была достоверной ( $r = -0,374$ ;  $p < 0,001$ ): высоким значениям  $\sigma_{\text{max}}$  ( $576,58 \pm 47,56 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>) соответствовали низкие показатели контрактильной функции ( $52,2 \pm 3,64\%$ ), низким уровням  $\sigma_{\text{max}}$  ( $128,65 \pm 7,43 \times 10^3$  дин/см<sup>2</sup>) – высокие значения ФВ ( $71,14 \pm 1,52\%$ ).

**Выводы.** Внутримиекардиальный «стресс» у больных с ГЛЖ в условиях ГК вызывает снижение сократительной функции сердца. Постоянный контроль гемодинамических показателей функции сердца у больных АГ с «высокострессовой» гипертрофией и своевременное назначение им адекватной терапии способствует снижению риска развития недостаточности сердца.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИБС У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХОЛИКОВ И.Б.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель исследования.** Сравнительная оценка антиишемической эффективности эндоваскулярного стентирования и комбинированной медикаментозной терапии при стабильной стенокардии у больных сохранной систолической функцией левого желудочка.

**Материал и методы.** Коронароангиография была выполнена у 110 пациентов с ИБС и сохранной функцией левого желудочка (фракция выброса не менее 50%). Больные были разделены на 2 группы. 1 группу составило 48 больных с чрезкожное вмешательство (ЧКВ), вторую группу – 62 больных, воздержавшихся от ЧКВ, которым была назначена оптимальная антиангинальная терапия (сочетание  $\beta$ -блокаторов, нитратов и антагонистов кальция). Возраст больных колебался от 44 до 61 года (средний возраст составил  $53,4 \pm 7,6$  года). До исследования 89 (84,8%) пациентов от-

носились к III ФК стенокардии, 16 (15,2%) – к II ФК. Мультифокальный атеросклероз был отмечен у 17 (16,2%) пациентов, сахарный диабет – у 27 (25,7%). Нарушения ритма сердца были выявлены у 15 (14,3%) пациентов, артериальная гипертензия – у 23 (21,9%). В коронарные артерии было имплантировано 121 стента с антипролиферативным покрытием, в среднем одному пациенту было имплантировано 2–3 стента.

**Результаты исследования.** Полная реваскуляризация миокарда была достигнута у 43 (89%) пациентов, неполная – у 5 (11%). Лечение проводилось у 36 (75%) пациентов в один этап, у 12 (25%) – в два и три этапа. ФК стенокардии после ЧКВ: III функциональный класс стенокардии у 2 (4%) пациентов, II ФК – 5 (11%), I ФК – 41 (85%), отсутствие стенокардии у 27 (25,7%) пациентов. Летальных исходов на госпитальном этапе не было. Непо-

средственный ангиографический успех после ЧКВ составил 96,1%. Осложнения: острый тромбоз стента у 1 (2%) пациента, выраженная брадикардия – у 4 (8%), пульсирующая гематома – у 3 (6%).

Как показали результаты исследования, проведенный анализ среди 84 пациентов (76%), у больных подвергшихся ЧКВ гемодинамические показатели сердца по данным ЭхоКГ оставались стабильными, повторных госпитализаций в течение данного периода не было. Во 2-й группе среди пациентов получивших медикаментозное лечение, спустя год 11 (17,7%) больных были госпитализированы по поводу прогрессирования стенокардии, у 2-х (3,2%) отмечался инфаркт ми-

окарда. Летальность имело место у 4 (6%) пациентов. Смерть от больших коронарных осложнений наблюдалась у 3 (4,8%): у 1 (1,6%) пациентов летальный исход был связан с повторным ОИМ, у 2 (2,4%) с желудочковым нарушением ритма. Коронарное шунтирование было выполнено 4 (6,4%) больным, ЧКВ – 7 (11,3%) больным.

**Выводы.** Таким образом, ангиопластика коронарных артерий с последующим стентированием оказалась более эффективным в плане антиишемической терапии у больных с ишемической болезнью сердца. Было отмечено увеличение толерантности пациентов к физическим нагрузкам, улучшение их качества жизни и прогноз заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ С РАЗВИТИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТУЛЯГАНОВА Д.К., АЛЯВИ А.Л., НУРИТДИНОВА С.К., КАЮМОВА Н.К., ТОШЕВ Б.Б.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение взаимосвязи генетических факторов цитокинов с тяжестью ХСН на фоне ишемического ремоделирования ЛЖ.

**Материал и методы.** Обследовано 53 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III ФК, осложненной ХСН II–III ФК по NYHA. Среди них были: мужчин – 41 (77,3%), женщин – 12 (22,6%). Средний возраст составил 61,9±5,8 лет. В 1-ю группу вошли 15 пациентов с ФК II, во 2-ю группу – 26 пациент с ФК III, в 3-ю группу – 12 пациентов с ФК IV. Больные ХСН получали базисную терапию. В исследовании применяли эхокардиографию (ЭхоКГ) и стандартные методы молекулярно-генетического анализа. В лаборатории Биотехнологии Центра Передовых технологий при Министерстве Инновационного развития РУз проводили анализ генотипирования полиморфизма 863С>А гена ФНО-α и полиморфизма С–174G гена ИЛ–6. ДНК выделяли из крови по стандартному протоколу выделения ДНК с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200.

**Результаты исследования.** По данным Эхо-КГ у пациентов с ХСН выявлялись случаи сниженной глобальной сократимости сердца: в 1-й группе в 61,2% случаев, а во 2-й и 3-й группах этот показатель достигал 76,3% и 95,8%. У пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп отмечались нарушения локальной сократимости в 38,2%, 53,8% и 74,8% случаев соответственно. Анализ данных ЭхоКГ показал выраженную тенденцию к нарастанию ремоделирования миокарда ЛЖ по мере увеличения ФК ХСН, в связи с чем КДР во 2-й группе (58,2±1,9 мм) и, в особенности, в 3-й группе (61,4±3,5 мм) явно преобладал (на 5,8% и 11,6% соответственно) над максимальным показателем нормы (до 55,0 мм). Наряду с этим прослеживалось явное снижение инотропной

функции ЛЖ, в особенности в 3-й группе, в связи с чем ФВ ЛЖ оказалась существенно сниженной (35,9±3,9) по сравнению с 1-й группой (48,2±5,1,  $p<0,01$ ). Этим нарушениям сопутствовала явная гипертрофия ЛЖ, прежде всего во 2-й и 3-й группах, и, как следствие этого, – диастолическая дисфункция ЛЖ, как во 2-й, так и в особенности в 3-й группах. Нами изучен полиморфный локус С–174G (замена нуклеотида гуанина на цитозин в регуляторной области гена). У здоровых носителей генотипа G/G полиморфного локуса С–174G гена ИЛ–6 обнаружен повышенный уровень экспрессии цитокина по сравнению с носителями генотипа С/С (5,8±0,3 пг/мл и 4,9±0,2 пг/мл соответственно,  $p<0,05$ ). У здоровых людей, имевших генотип С/С, выработка ИЛ–6 (5,5±0,5 пг/мл) достоверно не отличалась от носителей генотипов С/С и G/G. У больных ХСН по сравнению с группой контроля частота встречаемости аллеля G (62,6% против 48,9) генотипа G/G была выше (39,0% против 22,8%) и следовательно аллель G и генотип G/G являются факторами повышенного риска развития ХСН. Аллель С и генотип С/С, напротив, встречались чаще в контрольной группе по сравнению с больными ХСН. Анализ распределения частот встречаемости генотипов и аллелей гена ИЛ–6 (С–174G) в зависимости от ФК ХСН (NYHA) не выявил каких-либо закономерностей влияния изученного полиморфизма на тяжесть течения заболевания.

**Выводы.** Определенные генетические полиморфизмы, особенно в комбинации с модифицируемыми факторами внешней среды могут способствовать развитию заболеваний и/или определять выраженность клинических проявлений, скорость прогрессирования, а также индивидуальную эффективность терапии.

## ТУРҒУН ЗҶРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ КЕЧИШИГА СУРУНКАЛИ ТОШСИЗ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ТАЪСИРИ

УМАРОВ З.А., ТУРАҚУЛОВ Р.И., ҒОФУРЖОНОВ Д.О.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Турғун зўриқиш стенокардияси кечишига сурункали тошсиз холециститнинг таъсири ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга Тошкент Тиббиёт академияси кардиология ва кардиореанимация бўлимларида даволанган 68 нафар II ва III ФС турғун зўриқиш стенокардияси мавжуд беморлар жалб қилинди. Барча беморлар икки гуруҳга тақсимланди: Асосий гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси сурункали тошсиз холецистит билан бирга кечган 38 нафар беморлар (21 нафар аёл (55%) ва 17 нафар эркак (45%), ўртача ёш—47,0±1,6 ёш), назорат гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси ўт йўллари патологиясиз кечган 30 нафар беморлар (12 нафар аёл (40%) ва 18 нафар эркак (60%), ўртача ёш—53,0±3,1 ёш) ташкил этди.

Барча беморларда қон зардобидида умумий холестерин (УХ), зичлиги паст липопротеинлар (ЗПЛП), зичлиги юқори липопротеинлар (ЗЮЛП), триглицеридлар (ТГ) биокимёвий усул ёрдамида аниқланди. Олинган маълумотлар MS Excel 2016 дастури ёрдамида статистик таҳлил қилинди.

**Тадқиқот натижалари.** Асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳ беморларга нисбатан қонда атеросклероз патогенезида муҳим аҳамиятга эга бўлган умумий холестерин мос равишда 8,1 ± 0,3 ммоль / л ва 5,8 ± 0,5 ммоль / л,  $p < 0,05$ ; ЗПЛП

мос равишда 3,11 ± 0,14 ммоль / л ва 2,34 ± 0,06 ммоль / л,  $p < 0,05$ ; ТГ миқдори мос равишда 3,3 ± 0,13 ммоль / л ва 2,54 ± 0,08 ммоль / л,  $p < 0,05$  ишончли юқори эканлиги қайд этилди.

Атеросклероз кечишига ижобий таъсир кўрсатувчи ЗЮЛП нинг зардобдаги концентрацияси асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳ беморларга нисбатан бирмунча паст эканлиги кузатилди, мос равишда 1,18 ± 0,06 ва 1,06 ± 0,02 ммоль / л,  $p > 0,05$ .

**Хулоса.** Асосий гуруҳ беморларнинг ёши ўхшаш функционал синфга эга бўлган назорат гуруҳ беморларига нисбатан кичикроқ бўлди. ЮИК ривожланишида эркак жинси мустақил хавф омилли бўлишига қарамадан, асосий гуруҳда аёлларнинг улуши нисбатан юқори бўлди. Шунингдек, атеросклероз ривожланишига салбий таъсир кўрсатувчи липопротеинлар ва триглицеридлар ЮИК сурункали тошсиз холецистит билан бирга кечган беморларда ишончли юқори ( $p < 0,05$ ), жараёнга ижобий таъсир кўрсатувчи ЗЮЛП миқдори паст ( $p > 0,05$ ) эканлиги аниқланди. Юқорида маълумотлардан келиб чиқиб айтиш мумкинки, турғун зўриқиш стенокардияси асосида ётган атеросклероз жараёни касаллик сурункали тошсиз холецистит билан бирга кечганда оғирроқ кечади ва иккала касаллик патогенезида умумий звеноларга эга.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю., АХМЕДОВ М.А., МАКСУДОВА М.Г., КУРБАНОВА Ф.Р.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкентская медицинская академия и 1-Республиканская клиническая больница, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность лечения больных с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Исследовано 46 больных (29 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 34 до 68 лет. Все больные страдали АГ I-II стадией в сочетании с кишечными расстройствами: диарея и запоры у 16 (34,78%)—преобладала диарея, запоры у 13 (28,26%), одновременно с субъективными ощущениями на боли в животе и метеоризм у 17 (36,96%), учитывались такие как гастро- и не гастроэнтерологические жалобы больных.

Больным проводили комплексные лабораторно-инструментальные методы исследования с

консультацией невропатолога и других узких специалистов. Контрольная II группа состояла из 20 больных, страдающих АГ без диспепсических расстройств.

Для оценки тревоги и депрессии применяли шкалу Гамильтона, а качество жизни (КЖ) оценивали с помощью шкалы MOS SF-36.

Все больные, страдающие диспепсическими расстройствами, принимали дюспаталин по 200 мг 2 р/сут до еды, с диареей дополнительно назначали лоперамид, а при доминировании запором фитолакс по 2 таб. вечером. Было рекомендовано соблюдение диеты. Всем больным был назначен пропранолол (анаприлин) 40–80 мг/сут, при необходимости и другие гипотензивные препараты. Далее в зависимости от различных пси-



хопатологических расстройств получали препарат просульпин 0,5 мг до 2 р/сут.

**Результаты исследования.** В течение 2–3 месячного курса до и после лечения оценивали следующие параметры: боль в животе, метеоризм, нарушение стула, изменения уровня тревоги, депрессии и КЖ. Параллельно оценивали и уровень АД.

К концу 2–3 месячного курса лечения с вышеуказанными препаратами практически полностью исчезли соматизированные проявления депрессии и тревоги, купировались болевые ощущения, метеоризм, нарушения стула, соматовегетативные дисфункции и улучшенное КЖ больных. Параллельно оценивали эти же параметры и с контрольной II группой. Степень выраженности вышеуказанных симптомов оценивалась по бальной системе и при оценке эффективности их лечения были отмечены хорошие результаты: полное прекращение симптомов, удовлетворительный ре-

зультат и неудовлетворительный результат (без существенных изменений).

После проведенной комплексной медикаментозной терапии дюспаталином (с дополнительным назначением лоперамида или фитолакса, просульпина с включением анаприлина начиная с 10–15 дней стали уменьшаться АД, тревога и депрессии, а к концу 2–3 месячного курса комплексного лечения боли в животе и метеоризм достоверно исчезали, стул становился нормальным. Наряду со снижением уровня АД снизился уровень тревоги и депрессии с повышением уровня КЖ больных.

**Выводы.** Предложенная схема комплексного медикаментозного лечения с использованием лоперамида с включением просульпина, фитолакса и анаприлина является методом, обладающим высокой и достаточной эффективностью до 94%, а также является безопасным, который можно рекомендовать в качестве терапии. Побочных эффектов во время лечения отмечено не было.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИАТОРОВ И ЭФФЕКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ХАЙБУЛЛИНА З.Р., ШАРАПОВ Н.У., ИМ В.М., АБДУЛЛАЕВА С.Д., УМАРОВ М.М.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка уровня эффекторов и медиаторов воспаления у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения функционального класса III (ФК III) и установление их прогностической значимости в развитии MACE в отдалённом периоде после ЧКВ.

**Материалы и методы.** Обследовано 108 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения ФК III, находившихся на лечении в РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова в период с 2012–2019гг. Средний возраст больных составил 60,2 (95%ДИ: 57,9–62,1) лет; мужчин было 92 (85,2%), женщин–16 (14,8%). Всем пациентам выполнено ЧКВ с установкой стентов Ultimaster (Terumo, Япония), Resolute Onix (Medtronic, США), Resolute Integrity (Medtronic, США), Biomime (Meril, Индия). В отдаленном послеоперационном периоде (через 12–15 месяцев) оценивали выживаемость, частоту неблагоприятных клинических событий (смерть, нефатальный ОИМ и рецидив стенокардии, необходимость повторной реваскуляризации), а также прогрессирование коронарного атеросклероза в сегментах артерий, не связанных с проведенным стентированием. Методом построения характеристических кривых (ROC-анализ) проведено изучение прогностической значимости исходного уровня СРБ, ИЛ–6, ФНО-а, фибриногена и СЭФР на отдалённый

результат ЧКВ по величине площади под характеристической кривой АУС.

**Результаты исследования.** Установлено, что предиктивной способностью в определении риска MACE в отдаленном периоде после ЧКВ обладают следующие маркеры: исходный уровень СЭФР более 98,5 пг/мл, ИЛ–6 – более 17 пг/мл; стабильно высокий уровень ИЛ–6 и ФНО-а в течение 5 суток после ЧКВ. Увеличение концентрации СРБ в динамике от 1 к 5 суткам после ЧКВ на фоне увеличения СЭФР на 5 сутки ассоциированы с высоким риском MACE через 12 месяцев после вмешательства. Пристального внимания требуют больные ИБС СС ФК III с высоким уровнем ИЛ–6 до операции и высоким уровнем ФНО-а на 5 сутки после ЧКВ, а также те пациенты, у которых отмечается увеличение СРБ в динамике от 1 к 5 суткам после ЧКВ.

**Выводы.** Лабораторный мониторинг медиаторов и эффекторов воспаления является информативным методом исследования и требуется больным ИБС СС ФК III до и после ЧКВ. По результатам ROC-анализа предиктивной способностью в определении риска MACE в отдаленном периоде после ЧКВ обладают маркеры СЭФР, ИЛ–6, ФНО.



## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

ХАЙБУЛЛИНА З.Р., ЗУФАРОВ М.М., ШАРАПОВ Н.У., ИМ В.М., АБДУЛЛАЕВА С.Д., УМАРОВ М.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Прогнозирование риска неблагоприятных исходов после хирургической реваскуляризации миокарда путем оценки прогностической ценности маркеров воспаления.

**Материалы и методы.** Включено 239 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения ФК III, лечившихся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период с 2012 по 2017гг. Средний возраст больных составил 59,2 (95% ДИ: 58,4–62,7) лет; мужчин было 192 (80,3%), женщин—47 (19,7%). Из 239 больных ИБС, изолированное поражение сосудов коронарного бассейна было у 178 (74,5%), у 61 (25,5%) был мультифокальный атеросклероз с поражением сосудов коронарного, каротидного и бассейна брюшной аорты. Полный кластер метаболического синдрома выявлен у 103 (43,1%) больных ИБС; 40 (16,7%) больных ранее перенесли хирургическую реваскуляризацию миокарда.

**Результаты исследования.** В исходном статусе у пациентов ИБС стабильной стенокардией ФК III с поражением 3 сосудов статистически значимо

увеличивается в крови концентрация интерлейкина-6, фактора некроза опухоли альфа, СРБ, тогда как у больных с однососудистым поражением в крови увеличиваются только медиаторы воспаления—ФНО-а и ИЛ-6, а эффекторы воспаления—С-реактивный белок, фибриноген и СЭФР статистически значимо не отличаются от контроля. У больных коронарным атеросклерозом после реваскуляризации миокарда выявлена сильная прямая корреляционная связь между уровнем СРБ и уровнем глюкозы ( $r=0,86$ ), СРБ и триглицеридов ( $r=0,78$ ), СРБ и мочевой кислоты ( $r=0,88$ ); отрицательная средней силы связь была между СРБ/ЛПВП ( $r= - 0,33$ ), что указывает на опосредованное через воспаление действие факторов кардиометаболического риска.

**Выводы.** Лабораторный мониторинг после ЧКВ требуется больным ИБС СН ФК III с высоким уровнем ИЛ-6 до операции и высоким уровнем ФНО-а на 5 сутки после ЧКВ, а также тем пациентам, у которых отмечается увеличение СРБ в динамике от 1 к 5 суткам после ЧКВ.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

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

**Цель исследования.** Изучить влияние факторов риска на развитие нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте.

**Материал и методы.** Настоящее исследование основывается на результатах клинического наблюдения за пациентами с НВС в отделение экстренной терапии СФ РНЦЭМП в период с 2018–2020 годы. В исследование были включены 230 мужчин с НВС. В зависимости от возраста больные с НВС были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 124 (54,8%) больных с НВС в молодом возрасте средний возраст, которых составил  $38,8 \pm 5,29$  лет. Во вторую группу—104 (45,2%) больных с НВС в пожилом возрасте средний возраст—  $65,9 \pm 4,22$  лет.

**Результаты исследования.** Одним из основных ФР – курение среди больных 1-й группы было выявлено у 77 (61,1%) больных, во 2-й группе у 49 (47,1%)  $p < 0,001$ , АГ в 1-й группе отмечалось у 58 (46,3%) больных, во 2-й группе у 92

(88,5%)  $p < 0,001$ , СД в 1-й группе определялось у 15 (11,9%) больных, во 2-й группе у 20 (19,2%)  $p < 0,001$ , избыточная масса тела отмечалась в 1-й группе у 54 (42,9%) больных, во 2-й группе у 92 (88,5%)  $p < 0,001$ . Отягощенная наследственность в 1-й группе отмечалась у 66 (52,4%) больных, во 2-й группе у 35 (33,6%)  $p < 0,01$ , хронический стресс в 1-й группе было выявлено у 86 (68,3%) больных, во 2-й группе у 44 (42,3%)  $p < 0,001$ . Употребление алкоголя в 1-й группе наблюдалось у 42 (33,3%) больных, во 2-й группе у 35 (33,6%)  $p > 0,05$ , употребление энергетических напитков определялось в 1-й группе у 63 (50%) больных, во 2-й группе у 10 (9,6%)  $p > 0,05$ .

ИМТ в 1-й группе составлял  $24,6 \text{ кг/м}^2$ , во 2-й группе  $27,7 \text{ кг/м}^2$   $p = 0,04$ . Среди больных в 1-й группе нормальная масса тела было выявлено у 72 (57,1%) больных, во 2-й группе 12 (11,5%) больных  $p < 0,001$ , избыточная масса тела в 1-й группе было выявлено у 50 (39,7%) больных, во 2-й

группе у 77 (74%)  $p < 0.001$ , ожирение I степени в 1-й группе у 4 (3,2%) больных, во 2-й группе у 15 (14,4%)  $p < 0.001$ .

У больных 1-й группе неправильное питание отмечалось у 83 (65,9%), во 2-й группе у 74 (71,2%) больных  $p > 0,05$ ; правильное питание в 1-й группе отмечалось у 43 (34%) больных, во 2-й группе у 30 (28,8%) больных  $p < 0,05^*$ .

**Выводы.** Таким образом, анализ данных исследования показал, что больные с НВС в молодом возрасте в большинстве случаев имеют те же ФР, что и пациенты с НВС пожилого возраста, что позволяет расценивать их как потенциальных претендентов к более тяжелому течению ИБС в

дальнейшем. Довольно частым ФР являются курение, стресс, избыточная масса тела/ожирение, отягощенная наследственность, АГ, неправильное питание, употребление алкоголя и энергетических напитков, которые можно корректировать. Возможность прогнозировать риск развития КВЗ у лиц молодого возраста на основе ФР, открывает новые перспективы в формировании стратегического подхода к ведению молодых людей с высоким риском развития неблагоприятных исходов. Кроме того, у больных молодого возраста имели место сопутствующие патологии, которые тоже могли усугублять течение заболевания.

## РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

ХАШИМОВ А.А., ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Выявить предикторы сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с COVID-19 на фоне острого респираторного дистресс синдрома

**Материал и методы.** В исследование включались пациенты с COVID-19 проводили оценку появления симптомов заболевания, качества 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 свидетельствовали 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 (83,3%) 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, тромбозмболия легочной артерии на фоне острого респираторного дистресс синдрома.

**Выводы.** Инфекционное заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), зачастую возникает у больных с различными сердечно-сосудистыми факторами риска и сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые могут оказать влияние на течение инфекционного процесса с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, тромбозмболии 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.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., ДЖУМАЕВ Х.Х., АННАНЕПЕСОВ Т.О.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Научно-клинический центр Кардиологии, Ашхабад, Туркменистан*

**Цель исследования** сравнить течение первичного ИМ молодого возраста в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** Был проведен проспективный и ретроспективный анализ 65 историй болезни пациентов, госпитализированных с первым часом ИМ в реанимационное отделение НКЦК для лечения больных инфарктом миокарда с 2014 по 2020 года. ИМ был диагностирован у всех больных, учитывая наличие типичной клинической картины, зарегистрированной элевации сегмента ST в двух смежных отведениях на ЭКГ, повышение уровня кардиоспецифичных ферментов. В зависимости от сроков поступления в стационар пациентам выполнялись различные виды реваскуляризации миокарда. В первые сутки ИМ: системная тромболитическая терапия, или первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ)–ангиопластика и стентирование коронарных артерий; при более позднем поступлении–отсроченное ЧКВ при наличии показаний. Пациенты получали стандартную терапию.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, Inc. 2001). Статистически значимыми считались полученные результаты при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Результаты ЭхоКГ исследования показали снижение фракции выброса ЛЖ  $< 60\%$  у большинства пациентов – 49 (75,4%) человека и нарушение сократительной

функции сердца в виде гипокинеза или акинеза выявлено у 41 (63,1%).

По данным ЭКГ – исследования, преимущественная локализация ИМ по передней стенке левого желудочка (ЛЖ) наблюдалась у 38 (58,5%) пациентов, ИМ других локализаций выявлен у 27 (46,2%) пациентов нижней стенки–у 24 (36,9%), нижнебоковой стенки–у 3 (4,6%). Гендерных при оценке локализации ИМ, наличия патологического зубца Q не было выявлено.

По данным ангиографического исследования различий в преобладании той или иной инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) в зависимости от гендерных различий получено не было. В основном имелись сужение правой межжелудочковой ветви (52,3%) и правой коронарной артерии (38,5%) и несколько реже огибающей ветви (9,2%). Поражение ствола левой коронарной артерии был выявлен в 6,2%. Гендерных различий в преобладании той или иной инфаркт-связанной коронарной артерии не было выявлено. Однако, наиболее редкой инфаркт-связанной коронарной артерией у женщин была огибающая ветвь левой коронарной артерии–у 2 (3,1%). У мужчин поражение данной артерии наблюдалась значительно чаще 4 (6,2%). Ни в одном случае не было выявлены многососудистого поражения коронарных артерий.

**Выводы.** Для пациентов молодого возраста характерно раннее развитие сердечной недостаточности, наиболее частое вовлечение передней стенки ЛЖ и развитие транс- мурального ИМ.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., АЛЛАБЕРДЫЕВ А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашхабад, Туркменистан*

**Цель исследования.** Сравнить факторы риска развития ИМ у больных разного возраста.

**Материал и методы.** Проведен проспективный и ретроспективный анализ 523 историй болезни пациентов, госпитализированных с ИМ в отделение кардиологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. Все пациенты в зависимости от возраста были разделены на 5 групп: 1 группа–108 пациентов в возрасте до 45 лет; 2 группа–227 пациентов среднего возраста 45–59 лет; 3 группа–164 пациента пожилого воз-

раста 60–74 года и 4 группа 24 пациента старческого возраста 75–89 лет. Всем больным проводилось общепринятое клиничко-инструментальное обследование включая коронарографию.

**Результаты исследования.** Среди пациентов с первичным ИМ было 383 (73,2%) мужчин и 140 (26,8%) женщины. Мужчины были более молодыми (средний возраст составил  $54,8 \pm 5,1$  лет) по сравнению с женщинами ( $65,5 \pm 4,7$  лет,  $p < 0,001$ ). Так среди пациентов молодого и среднего возраста было больше мужчин, чем женщин – 93

(86,1%) и 15 (13,9%) соответственно ( $p < 0,004$ ) и 152 (70,0%) и 75 (33,0%),  $p < 0,0002$ , соответственно). Женщины по сравнению с мужчинами преобладали в группах пожилого и старческого возраста – 101 (61,6%) и 63 (38,4%) соответственно ( $p < 0,0001$ ) и 17 (70,8%) и 7 (29,2%) соответственно ( $p < 0,0001$ ). У женщин чаще выявлялись такие ФР ИБС как: АГ – была выявлена у 132 (94,3%) женщин ( $p < 0,0001$ ), СД – у 35 (25,0%) ( $p < 0,02$ ). У мужчин из факторов риска чаще встречались ожирение – у 158 (41,3%),  $p < 0,02$ ) и курение – у 280 (73,1%) ( $p < 0,00001$ ). В тоже время АГ регистрировалась чаще у пациентов пожилого возраста по сравнению с пациентами среднего и молодого возраста (в 3 группе – 151 (92,1%) пациента, во 2 группе – 179 (78,9%), в 1 группе – 63 (58,3%);

$p < 0,001$ ,  $p < 0,00001$ , соответственно). У пациентов среднего возраста АГ выявлялась чаще, чем у пациентов молодого возраста у 179 (78,9%) больных 2 группы против 63 (58,3%) – 1 группы,  $p < 0,0002$ ). Среди пациентов пожилого и старческого возраста АГ встречалась в равных соотношениях. Пациенты старческого возраста также чаще имели СД по сравнению с молодыми пациентами 6 (25,0%) против 4 (3,7%),  $p < 0,03$ ). Влияние психосоциальных параметров на развитие заболевания, таких как стресс и депрессия, имели место у 81 (75,0%) пациентов.

**Выводы.** Наиболее часто встречающимися факторами риска были: мужской пол, артериальная гипертония и курение, которые наблюдались у большинства больных.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

ЧАПАУ А.Х., МУХАММЕДОВА Н.А., ГУРБАНАЛИЕВ С.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить гендерные особенности качества жизни и физическую активность больных с различными функциональными классами хронической сердечной недостаточности

**Материал и методы.** В Госпитале с научно-клиническим центром кардиологии, в отделении кардиологии обследовано 110 больных от 53 до 75 лет (из них 65 женщин, 45 мужчин) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса (ФВ  $> 50\%$ ). I функциональный класс (ФК) имели 64 больных (34 женщин, 30 мужчин), II ФК – 46 больных (31 женщина, 15 мужчин). ФК ХСН определялся по NYHA. Для определения толерантности к физической нагрузке проводился тест с 6-минутной ходьбой. Качество жизни оценивалось с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ).

**Результаты исследования.** Качество жизни у больных с I ФК было достоверно выше, чем у больных со II ФК ( $p < 0,05$ ), и составило  $23,7 \pm 6,9$  и  $52,0 \pm 7,7$  баллов соответственно. У мужчин по сравнению с женщинами качество жизни при одинаковом ФК ХСН выше:  $13,2 \pm 4,0$  баллов у мужчин против  $39,75 \pm 8,36$  баллов у женщин при I ФК и  $15,2 \pm 0,6$  против  $58,1 \pm 6,9$  баллов при II ФК соответственно. Наблюдалось достоверное различие в средних суммарных баллах, характеризующих различные компоненты качества жизни: для фи-

зического компонента эта величина составила  $11,5 \pm 3,0$  баллов при I ФК и  $25,1 \pm 3,9$  баллов при II ФК ( $p < 0,05$ ), социально-экономического –  $9,1 \pm 1,5$  и  $16,2 \pm 2,0$  баллов ( $p < 0,05$ ), психоэмоционального –  $4,1 \pm 1,4$  и  $10,6 \pm 2,2$  баллов ( $p < 0,05$ ) соответственно. Выявлены достоверные различия в результатах теста с 6-минутной ходьбой, которые для пациентов с I ФК составили  $376 \pm 26,6$  м (у мужчин  $428,3 \pm 21,0$  м, у женщин  $307,85 \pm 2,5$  м,  $p < 0,05$ ), для пациентов со II ФК –  $364,6 \pm 22,7$  м (у мужчин  $419,9 \pm 6,0$  м, у женщин  $334,4 \pm 27,7$  м,  $p < 0,05$ ).

Получена корреляция между толерантностью к физической нагрузке и качеством жизни ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,05$ ). Корреляция между фракцией выброса и толерантностью к физической нагрузке, а также фракцией выброса и качеством жизни не выявлена ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** С прогрессированием функционального класса ХСН качество жизни и толерантность к физической нагрузке ухудшаются как у женщин, так и у мужчин. В большей степени ухудшается (увеличивается) относительное влияние психоэмоционального компонента на качество жизни. У женщин эти показатели хуже, чем у мужчин. Также выявлена достоверная корреляция между толерантностью к физической нагрузке и качеством жизни.



## СТРУКТУРНО–ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ЧАПАУ А.Х., ОРАЗМАММЕДОВА Ш.М., АЛТЫЕВ Г.Б., АННАЕВА Д.А., ТЕКЯЕВА С.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева,  
Госпиталь с научно–клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Выявить структурно–функциональные особенности миокарда у больных с хронической обструктивной болезнью легких на фоне артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Исследования проведены в Госпитале с научно–клиническим центром кардиологии в отделениях кардиологии, внутренних болезней. Обследовано 96 больных, средний возраст которых составил  $56,1 \pm 6,9$  лет, среди них было 25 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) – средний возраст –  $54,1 \pm 6,4$  лет, 25 – с артериальной гипертензией (АГ) – средний возраст –  $55,5 \pm 6,5$  лет, 46 – с сочетанием ХОБЛ и АГ – средний возраст –  $56,9 \pm 7,6$  лет и 20 – группа контроля – средний возраст –  $60,4 \pm 1,7$  лет. Программа обследования строилась с учетом GOLD (2011), Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких (2011) и в соответствии с рекомендациями ВНОК (2009) и ESH (2007). Использованы клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. Всем пациентам проведена эхокардиография (ЭхоКГ) на ультразвуковом аппарате ALOKA-SSD–1700 датчиком 2,5 МГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американской ассоциации эхокардиографии и Европейской исследовательской группы по диастолической сердечной недостаточности. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы statistica (версия 6.0).

**Результаты исследования.** Сравнительный анализ данных электрокардиографического (ЭКГ) обследования показал такие часто встречаемые ЭКГ признаки, как нарушения ритма сердца и проводимости. Так, из 25 больных с изолированным течением ХОБЛ 4 (16%) имели эти нарушения. У 25 пациентов с АГ подобная симптоматика была выявлена у 16 больных (64%). В группе сочетания ХОБЛ и АГ нарушения ритма сердца и проводимости были отмечены у 28 больных (61%). Также у больных с изолированным течением ХОБЛ часто встречалась гипертрофия правого желудочка (ГПЖ) у 8 человек (30%). У больных с АГ признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) регистрировались у 15 (60%) пациентов. У больных с сочетанием ХОБЛ и АГ частота встречаемости признаков ГПЖ оказалась в 2 раза реже в сравнении с изолированной ХОБЛ 4 (15%), а частота встречаемости ГЛЖ регистрировалась у 20 (43%) больных.

По данным ЭхоКГ в сравнении с данными ЭКГ дополнительно выявлено: в группе с изолированной ХОБЛ увеличение частоты встречаемости ГЛЖ и ГПЖ. У больных АГ наряду с ГЛЖ по данным ЭхоКГ выявлена и ГПЖ (в 13% случаев). В группе ХОБЛ с сочетанием АГ зарегистрировано увеличение частоты встречаемости как ГЛЖ (1,2 раза), так и ГПЖ (5,4 раза).

**Выводы.** Таким образом, при сочетании изучаемых заболеваний ХОБЛ и АГ, отмечено достоверное увеличение ИММЛЖ и уровня СДЛА в сравнении с изолированным течением ХОБЛ, свидетельствующие об ухудшении функционального состояния систолической функции сердца при наличии коморбидности.

## ЮРАК RESINXRONLASH AMALIËTI ÛTKAZILGAN BEMORLARDA JISMONIY YUKLAMALARGA CHIDAMLIKNI BAÐOLASH

ЭШМАМАТОВ О.Ф., ҚОРАХОНОВ Р.Қ.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда юрак ресинхронлаш амалиётининг самарадорлигини ўрганиш.

**Материал ва усуллари.** Текширувлар Тошкент Тиббиёт Академияси ва American Hospital клиникасида ўтказилди. Тадқиқотга юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд 49 нафар бемор жалб

қилинди. Уларни ўртача ёши  $59 \pm 1,3$  ёш бўлиб, беморлар ўз навбатида иккита гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳ сифатида юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказилган 9 нафар (5 нафари эркак, 4 нафари аёл, ўртача  $61 \pm 2,7$  ёш) бемор ва назорат гуруҳи сифатида стандарт медикаментоз даво олаётган



юрак ишемик касаллиги негизда ривожланган сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд 40 нафар (19 нафар эркак, 21 нафар аёл, ўртача  $63 \pm 1,4$  ёш) бемор олинди. Тадқиқотга жалб қилинган беморларда сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси уларнинг шикоят, анамнези, объектив кўрик ва лаборатор асбобий текширувлар асосида ҳамда Нью – Йорк кардиологлар ассоциацияси мезонлари асосида қўйилди. Барча беморларда олти дақиқали юриш синамаси ва беморларни клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи мезонлари ҳисобга олинди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар MS Excel 2016 компьютер дастуридан фойдаланиб статистик таҳлил қилинди.

**Тадқиқот натижалари.** Олти дақиқали юриш синамаси асосий гуруҳдаги беморларда  $90,5 \pm 20,6$  метр, назорат гуруҳдаги беморларда  $110,3 \pm 19,4$  метр ташкил қилиб, статистик ишонарли фарқ аниқланмади. Беморларни клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи бўйича асосий гуруҳ беморларда ўртача  $11,4 \pm 2,6$  балл, назорат гуруҳдаги беморларда эса  $9,2 \pm 2,4$  баллни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморларда юрак ресинхрошлаш амалиёти ўтказилгандан икки

ҳафтадан сўнг олти дақиқали юриш синамаси кўрсаткичлари  $90,5 \pm 20,6$  метрдан  $195,1 \pm 31,7$  метрга ортди ( $p < 0,05$ ). Назорат гуруҳидаги беморларда икки ҳафталик стандарт даводан кейин олти дақиқали юриш синамаси натижалари асосий гуруҳга нисбатан камроқ ортиб  $110,3 \pm 19,4$  метрдан  $163,4 \pm 35,4$  метргача ўзгарди ( $p < 0,05$ ). Асосий гуруҳ беморларда юрак ресинхрошлаш амалиёти ўтказилгандан икки ҳафтадан сўнг клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи  $7,3 \pm 1,4$  баллга камайди ( $p < 0,05$ ). Назорат гуруҳидаги беморларда икки ҳафталик стандарт даводан кейин клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи  $7,4 \pm 2,5$  баллга камайди ( $p < 0,05$ ).

**Хулоса.** Асосий гуруҳдаги беморларнинг жисмоний юкламаларга чидамлилиги ва клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи кўрсаткичлари иккала гуруҳ беморларида ҳам даволаш фониди яхшиланди. Бироқ юрак ресинхроглаш амалиёти ўтказган беморларда бу ўзгаришлар сезиларлироқ намоён бўлди. Шу сабабли сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда юрак ресинхроллаш амалиёти қўллаш ижобий натижаларга олиб келиш мумкинлигига тахмин қилишга имкон беради.

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ЮЛБАРИСОВ А.А., РАХИМОВА М.Э., САЛИХОВА М.Ф.

*Республиканский специализированный центр хирургии и ангионеврологии,  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости факторов риска и дисфункции почек (ДП) у больных с ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач был проведен ретроспективный анализ 1247 историй болезни и протоколов ангиографии пациентов с заболеваниями сердечно сосудистой системы (ССС) за период с 2016 по 2020 годы получавших лечение в Республиканском специализированном центре хирургии и ангионеврологии. Методом отбора была сформирована основная группа больных (136 человек) с поражением коронарных и почечных артерий. Из них у 36 больных выявлено гемодинамически значимые сужения ( $>67\%$ ) почечной артерии с одной стороны. Изучены распространенность факторов риска, особенности коронарного кровотока и состояние функции почек. ДП диагностировалась у пациентов с СКФ менее  $60$  мл/мин/  $1,73$  м<sup>2</sup>, являющейся достоверным диагностическим критерием снижения почечной функции и не требующим наличия дополнительных признаков почечного повреждения. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010 с использованием программы Statistica 10.0.

**Результаты исследования.** Проанализированы 136 историй болезни больных с ИБС. Возраст больных варьировался от 41 до 76 лет. Средний возраст всех больных составил  $61,7$  ( $+7,4$ ) лет. Среди них 97 мужчин ( $71,3\%$ ) в возрасте  $58,2 \pm 8,7$  лет, женщины 39 ( $28,7\%$ ) в возрасте  $64,5 \pm 6,1$  лет. Основными факторами риска явились: артериальная гипертония 98 ( $72\%$ ), сахарный диабет 27 ( $5,1\%$ ), ожирение 49 ( $36,0\%$ ), стрессовые состояния 73 ( $53,7\%$ ), курение 32 ( $23,5\%$ ), перенесенные инфаркт миокарда 17 ( $12,5$ ) и острое нарушение мозгового кровообращения 9 ( $6,6\%$ ).

У 27 ( $19,8\%$ ) пациентов до ангиографии выявлена ПД, они были более старшего возраста  $67,2$  ( $+9,3$ ) лет ( $p < 0,001$ ) и имели сопутствующие заболевания в анамнезе такие, как сахарный диабет ( $p < 0,05$ ), артериальная гипертония ( $p < 0,001$ ), перенесенный инфаркт миокарда ( $p < 0,01$ ).

Было установлено, что у больных с ПД достоверно чаще наблюдалось двухсосудистое, трехсосудистое и многососудистое ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$  соответственно) поражение коронарного русла, чем в группе без ПД. Дальнейшие результаты анализа показали, что у 18 пациентов, имевших ПД после реваскуляризации миокарда и почечной артерии, нормализовалась функция почек

и стабилизировалось АД, улучшилась сердечная гемодинамика.

**Выводы.** Почечная дисфункция встречается чаще у больных с ИБС более старшего возраста, имеющих множество факторов риска, в первую очередь артериальную гипертензию, сахарный диабет, ожирение, перенесенный инфаркт миокарда и мозговой инсульт, а также имеющие вредные

привычки и поддающиеся стрессовым состояниям. Наличие коморбидных заболеваний и высоко-го кардиоваскулярного риска способствует увеличению продолжительности госпитализации, развитию инвалидности, препятствует проведению качественной реабилитации в необходимом объеме и увеличивает число осложнений.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ

ЮСУПОВА М.Ш., ХАЙДАРОВА Ф.А., КАМИЛОВА У.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им.акад. Туракулова, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить особенности процессов ремоделирования сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с ФП.

**Материал и методы.** Обследованы 86 больных с ХСН. Больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 41 больной ХСН с синусовым ритмом (ХСН без ФП) и 2 группу—45 больных ХСН с ФП. Длительность заболевания в 1 группе больных составила  $3,6 \pm 1,1$  лет, тогда как во 2 группе больных ХСН с ФП  $4,1 \pm 0,8$  лет. Больным ТШХ, оценку клинического состояния больных по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), параметров качества жизни, эхокардиографию (ЭхоКГ) с доплерографией проводили исходно до лечения.

**Результаты исследования.** Результаты исследования показали, что у обследованных больных на начальных стадиях ХСН в результате адаптационного процесса сохранялись нормальные показатели фракции выброса (ФВ) с достоверным увеличением конечно-систолического и конечно-диастолического размеров (КСР, КДР). С прогрессированием ХСН уменьшались показатели ФВ ЛЖ и  $F_s$ , как основные показатели систолической функции как у больных без ФП и с ФП. У больных ХСН с ФП отмечалось снижение ФВ на 18,1% ( $P < 0,05$ ), по сравнению с показателями ФВ боль-

ных ХСН без ФП. Показатели КДР у больных ХСН с ФП были достоверно выше на 35,3% ( $P < 0,001$ ), а КСР на 15,8% ( $P < 0,01$ ) соответственно по сравнению с показателями в группе больных ХСН без ФП. Показатели меридионального систолического миокардиального стресса (МС), характеризующие нагрузку на стенки ЛЖ, у больных с ХСН с ФП были выше на 25,8% ( $P < 0,01$ ), вероятно, за счет повышения внутримyoкардиального напряжения ЛЖ. Анализ показателей диастолической функции показал достоверное снижение показателя максимальной скорости раннего наполнения левого желудочка (Е) по сравнению с контролем ( $P < 0,05$ ), увеличение максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А) ( $P < 0,05$ ), уменьшение соотношения Е/А ( $P < 0,01$ ), степень снижения показателей Е и Е/А, которые были более выраженной в группе больных ХСН с ФП ( $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ). Развитие ФП у пациентов с ХСН сохраненной ФВ в нашем исследовании, вероятно, было обусловлено, повышением пульсовой нагрузки на ЛЖ, его гипертрофии, по данным ИММЛЖ, и усугублению диастолической дисфункции.

**Выводы.** У больных ХСН с ФП выявлялись более выраженные изменения сократительной способности миокарда и диастолической дисфункции ЛЖ.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., ХАСАНОВА К.М., МАХКАМОВА Н.У.

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

**Цель исследования.** оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина на когнитивные функции в процессе 12-ти месячной терапии у пациентов артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** За период наблюдения было обследовано 39 больных 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 больных составил  $57,3 \pm 12,5$  лет, средняя длительность АГ –  $10,96 \pm 7,3$  лет. Из них женщин – 25 (64,1%), мужчин – 14 (35,9%). Препарат нитрендипин в дозе 5,10 и 20 мг в сутки (в зависимости от степени АГ) назначался пациентам АГ в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Всем больным исходно, а также через 12 месяцев на фоне терапии измеряли офисное систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД). 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. Для оценки уровня тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Результаты представлены как  $M \pm SD$ .

**Результаты исследования.** Анализ показателей офисного АД показал хорошую 12-ти месячную антигипертензивную эффективность с включением нитрендипина у пациентов АГ. В частности, показатель САД исходно составил  $162 \pm 4,0$

мм рт.ст., в динамике –  $123,3 \pm 18,9$  ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $96,9 \pm 14,3$  мм рт. ст. против  $75,6 \pm 5,1$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ); показатель АД<sub>ср</sub> составил  $118,7 \pm 15,97$  мм рт. ст. против  $78,4 \pm 13,3$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ).

Проведенный анализ влияния антигипертензивной терапии с включением нитрендипина на когнитивные функции у пациентов АГ показал повышение общего балла по тесту Мини-Ког: исходно  $3,9 \pm 1,04$  баллов, в динамике  $4,4 \pm 0,93$  баллов ( $p=0,028$ ), а также значительно улучшилось воспроизведение слов: исходно  $2,28 \pm 0,79$  баллов против  $2,62 \pm 0,71$  баллов в динамике ( $p=0,049$ ). В результате проведенного тестирования было выявлено, что по шкале HADS выраженность тревоги на фоне терапии снижалась, но не достоверно ( $7,03 \pm 4,9$  баллов исходно против  $6,7 \pm 4,2$  баллов в динамике,  $p > 0,05$ ), также как и выраженность депрессии ( $5,0 \pm 3,67$  против  $4,8 \pm 3,6$  баллов, соответственно  $p > 0,05$ ).

При этом самооценка памяти и внимания в динамике стала несколько выше, чем исходно, но без достоверной разницы. Так, исходно самооценка памяти составила  $7,5 \pm 1,67$  баллов против  $7,78 \pm 1,65$  баллов в динамике ( $p > 0,05$ ); самооценка внимания была исходно  $8,97 \pm 1,5$  баллов, а в динамике  $9,2 \pm 1,29$  баллов ( $p > 0,05$ ). Исходно и в динамике общий балл по шкале МОСА достоверно не различался ( $24,3 \pm 2,9$  против  $24,4 \pm 3,7$  баллов,  $p > 0,05$ ).

**Вывод.** Таким образом, показана высокая антигипертензивная эффективность и улучшение когнитивных функций на фоне комбинированной терапии с включением нитрендипина у пациентов АГ.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

**Цель исследования.** Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина на показатели центральной гемодинамики и артериальной жесткости в процессе 12-ти месячной терапии у пациентов артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В исследование включено 39 больных 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 больных составил  $57,3 \pm 12,5$  лет, средняя длительность АГ –  $10,96 \pm 7,3$  лет. Из них женщин – 25 (64,1%), мужчин – 14 (35,9%). Всем пациентам были проведены следующие обследования: оценка традиционных факторов риска, физикальное обследование, эхокардиография, суточное мониторирование АД (СМАД,) оценка параметров артериальной жесткости с измерением каротидно-феморальной 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 (в зависимости от степени АГ) назначался пациентам АГ в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Результаты представлены как  $M \pm SD$ .

**Результаты исследования.** Анализ показателей офисного АД продемонстрировал высокую 12-ти месячную антигипертензивную эффективность с включением нитрендипина у пациентов АГ. В частности, показатель САД исходно составил  $162 \pm 4,0$  мм рт.ст., в динамике –  $123,3 \pm 18,9$  мм рт. ст. против  $75,6 \pm 5,1$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ); показатель ДАД составил  $96,9 \pm 14,3$  мм рт. ст. против  $78,4 \pm 13,3$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ); показатель АДср составил  $118,7 \pm 15,97$  мм рт. ст. против  $78,4 \pm 13,3$  мм рт. ст. соответственно ( $p=0,000$ ).

Анализ показателей центральной гемодинамики и артериальной жесткости также выявил значительную 12-ти месячную эффективность антигипертензивной терапии с включением нитрендипина у пациентов АГ. В частности, показатель центрального САД (цСАД) исходно составил  $166,8 \pm 29,4$  мм рт. ст., в динамике  $125,8 \pm 8,12$  мм рт. ст. ( $p=0,000$ ); показатель центрального ДАД (цДАД) составил  $86,3 \pm 18,6$  мм рт. ст. против  $79 \pm 9,8$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ); показатель центрального ПД (цПД) составил  $80,4 \pm 17,5$  мм рт. ст. против  $63,4 \pm 17,2$  мм рт. ст., соответственно ( $p=0,000$ ) и скорость пульсовой волны (СПВ) составила  $11,1 \pm 2,2$  м/с против  $9,4 \pm 1,86$  м/с, соответственно ( $p=0,000$ ).

**Вывод.** Таким образом, показано значимое улучшение параметров центральной гемодинамики и артериальной жесткости на фоне комбинированной антигипертензивной терапии с включением нитрендипина у пациентов АГ.

## BASIC METHODS FOR THE STUDY OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN OCCUPATIONAL DISEASES

KHALMUKHAMEDOV B.T.

*Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

In 2016, pneumoconiosis accounted for 11.6% of the total number of occupational diseases, after occupational bronchitis, 18.8%, pesticide poisoning 17%, and upper respiratory diseases, registered at the clinic of the Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

**The aim** of this study was to evaluate electrocardiographic (ECG) changes in the heart in patients with silicosis and chronic dust bronchitis (CKD).

**Material and research methods.** A retrospective analysis of 77 case histories and outpatient records of patients was carried out. Of these, 60 with a previously diagnosed diagnosis of silicosis, 17 cases with CPD. The age of the patients was from 40 to 70 years. Statistical analysis of ECG results was carried out.

**Results.** In patients with a diagnosis of silicosis, sinus tachycardia was revealed in 15 cases, metabolic changes in the myocardium in 12 cases, dystrophic changes in the myocardium in 5 cases, cicatricial changes and hypoxia in the myocardium

---

in 3 cases, 2 cases of sinus arrhythmia and sinus bradycardia, 3 cases blockade of the anterior branch of the left bundle branch of His, in isolated cases there was a syndrome of premature repolarization of the ventricles, signs of impaired premature intraventricular conduction, atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy. In patients with CKD, in 5 cases dystrophic and metabolic changes in the myocardium, in 2 cases ventricular extrasystole and atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy, in 5 cases cicatricial changes in the myocardium, and in isolated cases sinus bradycardia and tachycardia, myocardial hypoxia, anterior block and the posterior branch of the left pedicle of the bundle of His.

**Conclusion.** Thus, the study of the results of electrocardiographic changes reflecting various disturbances in the rhythm or coronary circulation of the myocardium showed that the development of disturbances in the function of external respiration can affect some systems, including the conduction system and myocardial contractility. The detection of electrocardiographic disorders in the early stages of the development of occupational lung diseases indicates the need for individual monitoring of the functional state of the cardiovascular system and myocardial contractility during contact with industrial factors.

## THE INCIDENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL PULMONARY DISEASES

KHALMUKHAMEDOV B.T.

*Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

**The aim** of this study was to study the incidence of coronary artery disease and hypertension in patients with silicosis, chronic dust bronchitis (CPB) and chronic chemical intoxication (CIHV) and the assessment of electrocardiographic (ECG) changes.

**Material and research methods.** A retrospective analysis of 83 case histories and outpatient records of patients was carried out. Of these, 60 with a previously diagnosed diagnosis of grade I-II-III silicosis, 17 cases of chronic dust bronchitis and 6 cases of chronic chemical intoxication. The age of the patients was from 40 to 70 years. A statistical analysis of the incidence of ischemic heart disease (IHD) and arterial hypertension (AH) among these patients was carried out. IHD was diagnosed after examination by a cardiologist. Statistical analysis of ECG results was carried out.

**Results.** A retrospective analysis of the history of diseases with a diagnosis of silicosis revealed 33 patients with coronary artery disease, respectively: in the first degree 12 cases; in the II degree 15 cases; and in the III degree 16 cases. Among patients with coronary artery disease, patients with exertional angina of the II functional class prevailed. At the same time, postinfarction cardiosclerosis (PICS) was encountered in three cases with II and III degrees of severity of silicosis. In patients with CPD, the number of cases of coronary artery disease was 15, as well as PICS – in 5. One patient had a history of stenting of the coronary arteries. AH of 2 degrees in these patients occurred in 11 cases, AH of 1 degree in 5 cases. In silicosis of hypertension, there were 27 cases, respectively, according to the severity of the disease. In 20 patients diagnosed with silicosis, neurocirculatory dystonia was revealed. Almost all patients with CVI were diagnosed with coronary artery disease and hypertension. In patients with a diagnosis of silicosis, sinus tachycardia was revealed

in 15 cases, metabolic changes in the myocardium in 12 cases, dystrophic changes in the myocardium in 5 cases, cicatricial changes and hypoxia in the myocardium in 3 cases, 2 cases of sinus arrhythmia and sinus bradycardia, 3 cases blockade of the anterior branch of the left bundle branch of His, in isolated cases there was a syndrome of premature repolarization of the ventricles, signs of impaired premature intraventricular conduction, atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy. In patients with CKD, in 5 cases dystrophic and metabolic changes in the myocardium, in 2 cases ventricular extrasystole and atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy, in 5 cases cicatricial changes in the myocardium, and in isolated cases sinus bradycardia and tachycardia, myocardial hypoxia, anterior block and the posterior branch of the left pedicle of the bundle of His.

**Discussion.** Thus, the role of cardiovascular disorders in various occupational diseases is very ambiguous: in some cases, they only accompany the main symptom complex associated with occupational exposure, in others, these disorders at a certain stage become the leading ones that determine the clinical course, outcome and prognosis of the disease. The study of the results of electrocardiographic changes reflecting various disturbances of the rhythm or coronary circulation of the myocardium, showed that the development of disturbances in the function of external respiration can affect some systems, including the conduction system and the contractility of the myocardium. The detection of electrocardiographic disorders in the early stages of the development of occupational lung diseases indicates the need for individual monitoring of the functional state of the cardiovascular system and myocardial contractility during contact with industrial dust aerosols.



## RHYTHM DISORDERS IN PATIENTS WITH STABLE CORONARY HEART DISEASE DEPENDING ON THE CONDITION OF THE CORONARY ARTERIES

PYLOVA T.<sup>1</sup>, TSELUYKO V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education, Kharkiv, Ukraine.

<sup>2</sup>V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine.

**Aim** – to conduct a comparative analysis of the presence, frequency and duration of episodes of myocardial ischemia and arrhythmias based on the results of Holter ECG monitoring in patients with coronary heart disease (CHD) depending on the condition of the coronary arteries (CA).

**Materials and methods.** We examined 53 patients (group I) with stable coronary heart disease and slightly altered coronary arteries (INOCA), who were hospitalized in the period from October 2018 to February 2021 at the City Clinical Hospital № 8 Kharkiv. Group II included 52 patients with a diagnosis of stable coronary heart disease, and according to Coronary angiography (CAG) had stenosis of coronary arteries more than 50 %.

**Results.** According to the results of comparative analysis, it was found that in group I there were signs of myocardial ischemia – depression of the ST segment in 62.3 % (n=33) and elevation of the ST segment in 11.3 % (n=6), compared with group II- 73 % (n=38) and 5.66 % (n=3), respectively.

Ventricular arrhythmias (VE) have been reported in 52 patients of group I, and in 44 patients of group II. VE 4 and 5 type according to Laun, was significantly higher in group II compared with group I ( $p=0.0324$ ). The occurrence of ventricular tachycardia was recorded in 5.7 % (n=3) of patients in group I and 9.3 % (n=5) patients of group II ( $p=0.347$ ). In group II, there was a tendency to more episodes of ischemia compared with group I ( $p=0.072$ ). The duration of ischemia was significantly longer in group I, compared with group II ( $p=0.042$ ).

**Conclusions.** The results of the study did not show significant differences in the development of the number of episodes of myocardial ischemia according to Holter ECG monitoring depending on the condition of the coronary arteries. The duration of episodes of ischemia in patients with INOCA is significantly longer than in patients with obstructive atherosclerosis. In patients with coronary heart disease with obstructive coronary arteries, ventricular arrhythmia was statistically significantly more severe according to Laun.

## AHOLINING TURLI YOSH GURUHLARIDA ARTERIAL GIPOTENZIYAGA OID PROFILAKTIK AMALIYOTLARNI OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA KUCHAYTIRISHNING EPIDEMIOLOGIK OMILLARI

KURBONOVA R., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** aholining turli yosh guruhlarida arterial gipotenziviyaga (ArG) oid profilaktik amaliyotni oilaviy shifokori (OSH) sharoitida kuchaytirishdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** Maxsus skriningli tekshiruvga  $\geq 15-70$  yoshli 7250 ta aholi jalb qilindi. Epidemiologik tekshiruv usullaridan foydalanib ArG ni yoshga bog'liq xolda kelib chiqishi va rivojlanishi xususiyatlari o'rganildi hamda maxsus taxlillar qo'llanilib OSh sharoitida uning profilaktikasini «o'zak xujayralari» – epidemiologik omillari aniqlanib berildi.

**Tadqiqod natijalari.** ArG shakllanishida muayyan yoshning ta'siroti so'zsiz bor va lekin ushbu xissa turlicha ifodalanadi. Uni kelib chiqishida eng ko'p xissasi bor yosh guruhlari bo'lib 15–19, 20–29, 30–39 va 40–49 dagilar xisoblanadi. Jami ArG ning 17,4%-ti–15–19 yosh diapazonida, 29,2%-ti–20–29 yoshda, 21,6%-ti–30–39 yoshda, 15,8%-ti–40–49 da, 7,1%-ti–50–59 da, 5,7%-ti–60–69 da va 3,2%-ti 70 yosh va undan oshganlarda aniqlanadi ( $P<0,001$ ). Demak, yosh guruhlari ham e'tiborga

olinib ArG ni UASH sharoitida birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikasi faol o'tkazilsa–davolash-dispanserizatsiya hamda reabilitatsiya dasturlarini samarasi yanada ortadi. Ayol va erkaklarda neyrokardial ArG–30,4 va 27,1% dan ( $P>0,05$ ), ortostatik ArG–13,1 va 5,9% dan ( $P<0,01$ ), postprandial ArG–12,4 va 5,5% dan ( $P<0,01$ ), ikkilamchi ArG–12,8 va 9,6% dan ( $R>0,05$ ), birlamchi ArG–8,9 va 3,2% dan ( $P<0,01$ ), medikamentozli ArG–11,0 va 10,2% dan ( $P>0,05$ ), fiziologik ArG–14,9 va 7,8% dan ( $P<0,05$ ) va neyrokardial ArG–30,4 va 11,4% ( $P<0,01$ ).

**Xulosalar.** 1) turli yosh guruhlarida ArG tarqalishi bir xil emas va yoshga bog'liq xolda bu tafovutlanish darajasi to 4,1 karragacha yetib ortadi; 2) barcha ArG ning 68,2%-ti 40 yoshgacha bo'lgan yosh aholi guruhida, 28,5%-ti 40 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan populyatsiyada va 3,2%-ti 70 yoshli va undan oshgan aholi guruhlarida uchrab OSh e'tiborini tortadi; 3) ArG ning eng yuqori ko'rsatkichlari 20 yoshgacha bo'lganlarda kuzatiladi; 4) xar 5-chi tekshirilgan

aholida aterosklerotik tabiatli gipotoniyani kuzatilishi ma'lum bo'ladi va bu–ArG ni ham aterosklerotik

kontinuumning xatar omili sifatida e'tirof etish mumkinmi?–degan jiddiy savolni o'z-o'zidan tug'diradi.

## AHOLINING TURLI YOSH GURUHLARIDA ARTERIAL GIPOTENZIYAGA OID PROFILAKTIK AMALIYOTLARNI OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA KUCHAYTIRISHNING EPIDEMIOLOGIK OMILLARI

KURBONOVA R., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** aholining turli yosh guruhlarida arterial gipotenzziyaga (ArG) oid profilaktik amaliyotni oilaviy shifokori (OSh) sharoitida kuchaytirishdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** Maxsus skriningli tekshiruvga  $\geq 15$ –70 yoshli 7250 ta aholi jalb qilindi. Epidemiologik tekshiruv usullaridan foydalanib ArG ni yoshga bog'liq xolda kelib chiqishi va rivojlanishi xususiyatlari o'rganildi hamda maxsus taxlillar qo'llanilib OSh sharoitida uning profilaktikasini «o'zak xujayralari»–epidemiologik omillari aniqlanib berildi.

**Tadqiqod natijalari.** ArG shakllanishida muayyan yoshning ta'siroti so'zsiz bor va lekin ushbu xissa turlicha ifodalanadi. Uni kelib chiqishida eng ko'p xissasi bor yosh guruhlar bo'lib 15–19, 20–29, 30–39 va 40–49 dagilar xisoblanadi. Jami ArG ning 17,4%-ti–15–19 yosh diapazonida, 29,2%-ti–20–29 yoshda, 21,6%-ti–30–39 yoshda, 15,8%-ti–40–49 da, 7,1%-ti–50–59 da, 5,7%-ti–60–69 da va 3,2%-ti 70 yosh va undan oshganlarda aniqlanadi ( $P < 0,001$ ). Demak, yosh guruhlar ham e'tiborga olinib ArG ni UASH sharoitida birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikasi faol o'tkazilsa–davolash-

dispanserizatsiya hamda rehabilitatsiya dasturlarini samarasi yanada ortadi. Ayol va erkaklarda neyrokardial ArG–30,4 va 27,1% dan ( $P > 0,05$ ), ortostatik ArG–13,1 va 5,9% dan ( $P < 0,01$ ), postprandial ArG–12,4 va 5,5% dan ( $P < 0,01$ ), ikkilamchi ArG–12,8 va 9,6% dan ( $R > 0,05$ ), birlamchi ArG–8,9 va 3,2% dan ( $P < 0,01$ ), medikamentozli ArG–11,0 va 10,2% dan ( $P > 0,05$ ), fiziologik ArG–14,9 va 7,8% dan ( $P < 0,05$ ) va neyrokardial ArG–30,4 va 11,4% ( $P < 0,01$ ).

**Xulosalar.** 1) turli yosh guruhlarida ArG tarqalishi bir xil emas va yoshga bog'liq xolda bu tafovutlanish darajasi to 4,1 karragacha yetib ortadi; 2) barcha ArG ning 68,2%-ti 40 yoshgacha bo'lgan yosh aholi guruhida, 28,5%-ti 40 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan populyatsiyada va 3,2%-ti 70 yoshli va undan oshgan aholi guruhlarida uchrab OSh e'tiborini tortadi; 3) ArG ning eng yuqori ko'rsatkichlari 20 yoshgacha bo'lganlarda kuzatiladi; 4) xar 5-chi tekshirilgan aholida aterosklerotik tabiatli gipotoniyani kuzatilishi ma'lum bo'ladi va bu–ArG ni ham aterosklerotik kontinuumning xatar omili sifatida e'tirof etish mumkinmi?–degan jiddiy savolni o'z-o'zidan tug'diradi.

## GIPOTONIK KONTINUUMGA ALOQADOR VA OILAVIY SHIFOKORI FAOLIYATIDA AKSARIYAT UCHRAYDIGAN XATAR OMILLARI

KURBONOVA R., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Gipotonik kontinuumga (GK) aloqador xatar omillarini (XO) epidemiologik tavsiflarini o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** Epidemiologik tekshiruv  $\geq 15$ –70 yoshli aholi guruhi (725 ta) jalb qilinib GK ga (kasallanish, nogironlik, kasalxonaga tushishlar chastotasi) aloqador xatar omillarini [kashandalik, alkogol iste'mol qilish (AIQ), giperxolesterinemiya (GXS), gipertriglitsidemiya (GTG), ortiqcha tana vazni (OTV), meva-sabzavot maxsulotlarini kam iste'mol qilish (MSMKI), nomaqbul oilaviy xolat (NOX), ko'pbolalik (KB), ruxiy zo'riqish omili (RZO), gipodinamiya (GD), surunkali ortiqcha ovqat iste'mol qilish (SOOIQ), yog'li ovqatlarni ortiqcha iste'mol qilish (YoOOIQ), nomuntazam ovqatlanish tarzi (NOT),

go'shtli taomlarni ratsionda ustuvorligi (GOIQU), un maxsulotlaridan tayyorlangan taomlarni ratsionda ustuvorligi (UMTOU), multimorbidlik sindromi (MMB), xamirli ovqatlarni ratsionda ustuvorligi (AQMU)] tarqalishi oilaviy shifokori (OSh) sharoitida o'rganildi. Ular JSST (2019) mezonlari bo'yicha baxolandi.

**Tadqiqod natijalari.** OSh sharoitida GK ni xatar omillari quyidagicha tarqalish darajalari bilan ifodalanadi: kashandalik–31,3%, AIQ–24,0%, GXS–18,4%, GTG–15,5%, OTV–42,7%, MSMKI–15,1%, NOX–3,2%, KB–5,6%, RZO–16,6%, GD–11,3%, SOOIQ–9,6%, YoOOIQ–51,9%, NOT–35,9%, GOIQU–81,4%, UMTOU–83,6%, MMB–75,8%, XOQU–61,1%, IM–5,1% va AQMU–47,4%.

Ushbu 19ta xatar omillari OSh sharoitida asosan ustuvorlik qiladi va ularni GK ga bog'lab o'rganish, shubhasiz, maqsadga muvofiq bo'ladi.

**Xulosalar.** Zamonaviy populyatsiyada GK ga nisbatan epidemiologik sharoitlar alohida tavsifga

ega yoki ilgari epidvaziyatlarni aks etdirmaydilar. Demak, GK ga oid ushbu xolatlar ustidan doimiy monitoring olib borilsa va ulardan kelib chiqib OSh o'z faoliyatini monandlashtirib borsin maqsadga muvofiq bo'ladi.

## OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYANI SKRININGLI ANIQLASH NATIJALARI

KURBONOVA R.R., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Oilaviy shifokori (OSh) sharoitida arterial gipotenziyani (ArG) tarqalishi xususiyatlarini aniqlash va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullar.** OSh sharoitida bir vaqtli epidemiologik tekshiruv shakllantirildi va unda ArG ni chin tarqalishi darajalari aniqlandi hamda baholandi. So'rovnomali, klinik, bioximik va funksional hamda instrumental tekshiruv usullari qo'llanilib jami 603 ta representativ aholi guruhi tekshirildi. ArG deb arterial bosimni 100/60 mm simob ustunidan past darajalari aniqlanganda qabul qilindi.

**Tadqiqod natijalar.** OSh sharoitida ArG ni tarqalishi darajasi 11,4% ni tashkil etadi. > 15–70 yoshli erkaklarda uning aniqlanish darajasi–9,6% ni va shu yoshda bo'lgan ayollar populyatsiyasida esa–13%-ni tashkil qiladi. OSh sharoitida nisbatan ko'p patologik ArG (9,8%), kardioaritmik ArG (7,6%), surunkali ArG (7,5%) va birlamchi ArG (7,0%) aniqlanadi. Ularga nisbatan to 5,4 barobargacha yetib

( $P < 0,001$ ) oz ko'rsatkichlar, fiziologik ArG (1,8%), ikkilamchi ArG (4,5%), o'tkir ArG (4,0%), neyrokardial ArG (6,6%) va postprandial ArG lar (9,8%) qayd qilinadi. Erkak va ayollarda ularni aniqlanish darajalari farqlanib quyidagicha kuzatiladi: birlamchi ArG–5,3 va 8,5% dan ( $P < 0,05$ ), fiziologik ArG–0,7% va 2,5% dan ( $P < 0,01$ ), patologik ArG–7,5% va 11,7% dan ( $P < 0,05$ ), o'tkir ArG–2,8% va 5,0% dan ( $P < 0,05$ ), surunkali ArG–4,6% va 9,9% dan ( $P < 0,01$ ), neyrokardial ArG–3,6% va 9,0% dan ( $P < 0,01$ ), postprandial ArG–6,4% va 4,3% dan ( $P < 0,05$ ), ortostatik ArG–2,5% va 4,3% dan ( $P < 0,05$ ), kardioaritmik ArG–4,3% va 10,5% dan ( $P < 0,01$ ) va medikamentozli ArG–1,8% va 3,0% dan ( $P < 0,05$ ).

**Xulosa.** Skringingli tashxisot ArG ni OSh sharoitida barvaqt aniqlashda muhim ahamiyat kasb etadi va undan kelib chiqib keng qamrovli profilaktika ishlari yoki maxsus aksiyalar tashkil etilsa hamda amalga oshirilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

## OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYANI VEN TAHLILI NATIJALARI

KURBONOVA R.R., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi**–arterial gipotenziyani (ArG) oilaviy shifokori (OSh) sharoitida davolash strategiyasining muvofiqlik darajasini o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** OSh sharoitida ArG bilan bemorlarni tibbiy xujjatlari maxsus farmakoekonomik VEN- tahlil qilib o'rganildi. Uning ob'ekti sifatida ambulator kartalar va kasallik tarixlaridan (jami 69 ta) foydalanildi.

**Tadqiqod natijalari.** Xar 5-chi bemor (20,4) umuman davolanmagan va bundan tashqari, ularning 29,6%da tibbiy nazorat o'tkazilmagan. 50,0% ArG bilan bemorlarda Non-essential (noto'liq davolash amaliyoti) terapevtik strategiya kuzatiladi. Vital preparatlarni qo'llash 20%-ni va essential farmakoterapevtik amaliyotni bajarish esa 30%-ni tashkil etadi.

Demak farmakoepidemiologik xatar omili ham ArG ga nisbatan nomuqobil epidemiologik vaziyatni kelib chiqishida muhim xissasini qo'shib salbiy ahamiyat

kasb etadi-ki, buni–bemorlarga yordamni tashkil etishni takomillashtirishga bag'ishlangan davolash-profilaktika dasturlarida, shubhasiz, e'tiborga olinishi kerak bo'lgan ilmiy asos deb xisoblaymiz.

shundan kelib chiqib, biz, maxsus №1-chi va «2-chi algoritmlarni yaratdik va uni OSh faoliyatiga tavsiya etdik. Undan foydalanish, bizning natijalarimiz bo'yicha, birinchidan, zamonaviy standartlarga tushuvchi farmakoterapiyani kuchaytiradi va ikkinchidan, ArG da farmakoterapevtik xavfni deyarli 10 barobarga yetib ukamaytiradi.

**Xulosalar.** OSh sharoitida ArG ni davolash maqsadida Vital preparatlar (hayotiy muxim amaliyot) faqat 20%-ga yetib, essential preparatlar (ahamiyatli terapiya) 30% va Non-essential preparatlar (ahamiyati kam dori darmonlar) 50% xollarda qo'llaniladi. Bunday nomuvofiqlikni bartaraf flash uchun, birinchidan, muntazam Ven tahlil faoliyati olib borilishi lozim va ikkinchidan, OSh sharoitida maxsus algoritmlardan keng foydalanish darkor.

## OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA ARTERIAL GIPOTENZIYA SHAKLLANISHNING XATAR OMILLARIGA BOG'LIQLIGI DARAJASINI QIYOSIY TAVSIFI

MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., KALANDAROV D.M., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Arterial gipotenziani (ArG) xatar omillariga (XO) aloqadorligi darajasini oilaviy shifokor sharoitida (UASh) o'rganish va baxolashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.**  $\geq 15$ –70 yoshli 725 ta aholi epidemiologik tekshiruv usullari qo'llanilib o'rganildi va ularda ArG bilan xatar omillariga aloqadorliklari darajalari tetraorik koeffitsient ( $\chi^2$ ) ko'rsatkichidan foydalanib baholandi.

**Tadqiqod natijalari.** OSh faoliyati maydonida ArG ijtimoiy-tibbiy XO ga bog'liq xolda quyidagicha tafovut bilan ko'payib aniqlanadi: nomaqbul oilaviy xolatga bog'liq xolda–4,3% gacha ( $\chi=6,4$ ), ko'p bolalilik tufayli–7,2% gacha ( $\chi^2=13,8$ ,  $P<0,01$ ), surunkali ortiqcha ovqat iste'mol qiluvchilarda–5,9% gacha ( $\chi^2=8,5$ ,  $P<0,05$ ), yotarga ortiqcha ovqat iste'mol qilish odatiga bog'liqlik bilan to 55,1% gacha yetib ( $\chi^2=41,2$ ,  $P<0,001$ ), nomuntazam ovqatlanish tarziga sabab bo'lib–40,6% gacha ( $\chi^2=30,6$ ,  $P<0,01$ ), go'shtli ovqat iste'mol qilish ustuvorligiga aloqadorlikda–84,1% gacha ( $\chi^2=62,6$ ,  $P<0,001$ ) va un maxsulotlaridan tayyorlangan ovqatlarni ustuvorligi ta'siri bo'lib 23,2% gacha ortadi ( $\chi^2=24,5$ ,  $P<0,01$ ).

ArG kelib chiqishi kashandalikda–15,9% gacha yetib ( $\chi^2=24,7$ ,  $P<0,01$ ), alkohol tufayli–31,9% gacha ( $\chi^2=28,4$ ,  $P<0,01$ ), giperxolesterinemiya–79,7% gacha ( $\chi^2=57,3$ ,  $P<0,001$ ), gipertriglitsidemiya da–72,5% gacha ( $\chi^2=53,9$ ,  $P<0,001$ ), ortiqcha tana vazniga bog'liq xolda–13% gacha ( $\chi^2=21,6$ ,  $P<0,01$ ), meva-sabzavot maxsulotlari iste'moli kamligi ustuvorligida–73,9% gacha ( $\chi^2=55,8$ ,  $P<0,001$ ), ruxiy zo'riqish omili ta'sirida–76,8% gacha ( $\chi^2=58,2$ ,  $P<0,001$ ), gipodinamiya–71,0% gacha ( $\chi^2=52,7$ ,  $P<0,001$ ), multimorbidlikda–76,8% gacha ( $\chi^2=76,8$ ,  $P<0,001$ ), irsiy moyilikda–8,6% gacha ( $\chi^2=17,5$ ,  $P<0,05$ ) va aqliy mehnat ustuvorligida–34,8% gacha yetib ortadi ( $\chi^2=31,5$ ,  $P<0,01$ ).

**Xulosalar.** OSh sharoitida ArG ga oid faol preventiv faoliyatni muntazam tarzda 8ta ob'ektda, 8ta yo'nalishda va 14ta tashxisiy-terapevtik amaliyotni qo'llab olib borish taqozo etiladi. Bunday tizimli va «mo'ljalli» kompleks faol amaliyot gipotonik kontinuumni bartarafib tibbiy-ijtimoiy va iqtisodiy samara beradi.

## OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA GIPERTONIYA KRIZINING «EPIDEMIOLOGIK ILDIZLARI»

MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., KALANDAROV D.M., QURBONOVA R.R.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Oilaviy shifokori (OSh) uchun muhim «epidemiologik ildizlarni» gipertoniya krizi (GKr) bo'yicha aniqlash va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** 725 nafar 15–70 yoshgacha bo'lgan uyushmagan aholi guruhi (361 nafari ayollar va 364 tasi erkaklar) epidemiologik tekshiruvga jalb qilindi. JSST–GXJ (2005) va Rossiyada (2018) qabul qilingan mezonlar qo'llanilib GKr ni epidemiologik tavsiflari o'rganildi.

**Tadqiqod natijalari.** OSh sharoitida GKr tarqalishi chastotasi 37,2% ni tashkil etadi. Eng kam daraja bilan GKr gipertoniya kasalligining (GK) I-bosqichida (9,1%), unga qiyoslaganda 1,8 barobar ko'p GK II bosqichida (16,6%,  $P<0,05$ ) va 2,4% farq bilan (11,4%,  $P>0,05$ ) GK ning I-II bosqichlarida tafovut bilan quyidagicha qayd qilinadi: GK I bosqichida–3,4 va 5,7% dan ( $P<0,05$ ), GK II-bosqichida–8,0 va 8,9% dan ( $P>0,05$ ) va GK III-bosqichida–6,2 va 5,2% dan

( $P>0,05$ ). Jami GK II turi–19,8 va GK I turi–17,7% darajalarda ( $P>0,05$ ) kuzatildi.

OSh sharoitida GKr eng kam < 20 yoshgacha va 20–29 yoshda bo'lganlarda kuzatilib, yosh ortishi bilan GKr uchrab turish xollari–4,5 barobarga (30–39 yoshda,  $P<0,001$ ), 22,3 barobarga (40–49 yoshda,  $P<0,001$ ), 37,2 karraga (50–59 yoshda,  $P<0,001$ ), 41,6 barobarga (60–69 yoshda,  $P<0,001$ ) va 29,4 barobarga (70 dan oshganlarda,  $P<0,001$ ).

**Xulosalar.** GKr muammosi OSh sharoitida dolzarblashgan, unga oid «epidemiologik ildiz»larni topish hamda ulardan kelib chiqib davolash-profilaktika dasturlarini tubdan o'zgartirib borish muhim faoliyat bo'lib hisoblanadi. GKr ga oid epidemiologik natijalar inobat qilinib farmakoterapiya va samarali antigipertenziv amaliyot ta'minlanadi; ikkinchidan, GK bilan bog'liq aterosklerotik kontinuumni birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikasini samarasi ta'minlanadi.



---

---

## OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA GIPERTONIYA KRIZINI AKSARIYAT OMILLARI VA ULARNING EPIDEMIOLOGIK TAVSIFI

NURDINOV SH.B., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Oilaviy shifokori (OSh) sharoitida gipertoniya krizining (GKr) xatar omillarining epidemiologik tavsiflarini ochish va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** Epidemiologik tekshiruvda 725 nafar 15–70 yoshli aholi guruhi jalb etilib GKr ning xatar omillarini (XO) tarqalishi xususiyatlari aniqlandi va baxolandi. Xatar omillari JSST (2000) tavsiflari bo'yicha ajratildi va o'rganildi.

**Tadqiqod natijalari.** OSh sharoitida quyidagi xatar omillari GKr ga asosan sabab bo'ladilar: ma'lumot darajasini pastligi–5,6%, aqliy mehnat ustuvorligi–47,4%, og'ir jismoniy mehnat ustuvorligi–52,5%, nomaqbul ijtimoiy xolat–15,1%, ortiqcha tana vazni–24,3%, kashandalik–35,8%, alkogol–24,0%, giperxolesterinemiya–35,8%, gipertriglitsidemiya–39,9%, ↑XSPZLP–36,8%, ↓XSYuZLP–37,3%, ↑XSO'PZLP–27,9%, ruhiy zo'riqish xatar omili–81,0%, yurak qisqarish

chastotasini ortishi–10,6%, polipatiya–35,2% va tibbiy nazoratni nomukammalligi–43,3%.

GKr asosan 24ta XO ga bog'liq xolda sodir bo'ladi, ularga bog'liq xolda GKr xavfi OSh sharoitida to 4,8 barobargacha yetib ortadi. Ushbu xatarni barvaqt aniqlash va bartarafash uchun epidemiologik natijalardan kelib chiqib yaratilgan «GKr ni OSh sharoitida prognozlashga asoslangan profilaktika tizimi va davolash strategiyasi algoritmi» dasturidan muntazam foydalanish lozim. Bizning natijalarimiz bo'yicha undan foydalanish davolash-profilaktika amaliyotlarini samarali takomillashtiradi.

**Xulosalar.** OSh sharoitida GKr ga nisbatan muqobil va muvofiq profilaktika hamda davolash dasturlarini tuzishda epidemiologik tekshiruvlardan keng foydalanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Bunday faoliyat amaliyotning natijaviyligini oshirib tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy talofatlarni aholi orasida kamaytiradi.

## YOSHGA BOG'LIQ XOLDA O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPOTONIYANI ANIQLANISHI VA OILAVIY SHIFOKORI SHAROITIDA PROFILAKTIKASI XUSUSIYATLARI

NURMATOVA T.S., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., QURBONOVA R.R.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Oilaviy shifokor (OSh) sharoitida arterial gipotoniyaning (ArG) profilaktikasi tizimini o'smirlarda takomillashtirishning ilmiy asoslarini ishlab chiqishdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** 1500 ta 15–22 yoshli o'smirlar maxsus epidemiologik tekshiruv tashkil etilib o'rganildi. Epidemiologik, klinik, funksional va instrumental tekshiruv usullari qo'llanilib ularda ArG ga oid epidemiologik vaziyat aniqlandi, baholandi va profilaktik texnologiya ishlab chiqildi.

**Tadqiqod natijalari.** O'smirlarda ArG 18,6% darajada tarqalish bilan kuzatiladi. U yoshga bog'liq xolda 4,3 barobarga yetib ko'payadi va uning barcha turlari o'spirinlarda o'smirlarga nisbatan ortiq darajalarda ifodalaniib tavsiflanadi: birlamchi ArG–3,3 barobarga, ikkilamchi ArG–8 martaga, fiziologik ArG–42,5 barobarga, patologik ArG–2,7 barobarga, o'tkir ArG–4,6 karraga, surunkali ArG–3,9 barobarga,

neyrokardial ArG–3 barobarga, ortostatik ArG–2,6 martaga, kardioritmik ArG–2,9 karraga va dori-darmonlardan chaqiriladigan ArG–2 barobarga yetib «o'sish» bilan yoshga bog'liq xolda kuzatiladi.

Ushbu tavsiflarga tayanib ishlab chiqilgan maxsus profilaktik texnologiyani amaliyotda qo'llash maqsadga muvofiqdir, chunki bunday faoliyat 16,7% ArG bilan kasallanish darajasini va 13,3%ga yetib unga bog'liq xolda kelib chiqadigan asoratlarni bartarafash imkoniyatini beradi.

**Xulosalar.** O'smirlar va o'spirinlarda ArG bilan bog'liq «terapevtik chidamli» muammolarni to'liq yechishda OSh uchun epidemiologik tekshiruvlardan keng foydalanish tavsiya etiladi. Buning uchun standartizatsiyalangan skrining usullardan foydalanib va tibbiy xodimlar maxsus tayyorgarlikdan o'tkazilib profilaktik amaliyotlar muntazam amalga oshirilishi darkor.



## ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛЕГКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИССТРЕС ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., КОРАКУЛОВА З.Т., ТИЛЛОЕВА Ш.Ш., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

**Цель исследования.** Изучить параметры качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией после перенесенной covid-19.

**Материал и методы.** Скрининг-анкетирование по Сиэтлскому опроснику проведено у 52 больных. Изучение параметров качества жизни больных ХОБЛ проводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Сиэтлский опросник позволяет оценивать у больного уровень физического и эмоционального состояния профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением.

У больных по показателям доплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию без ДПЖ (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст) и с ДПЖ (толщина передней стенки ПЖ меньше 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ больше 2,5 см).

Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек ( $FEV_1$ , %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно ( $FEV_1/FVC$ , %). Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых волонтеров. В зависимости от уровня среднего легочного артериального давления и наличия структурно-функциональных изменений ПЖ все больные распределены на 2 группы: 1-я группа–25 больных с легочной

гипертензией (ЛГ) и 2-я группа–27 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием  $t$  – критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Установлено, что параметры КЖ снижены у всех больных ХОБЛ с легочной гипертензией после перенесенной covid-19 по сравнению с КГ. Однако выраженность изменений в указанных группах не однозначна. Так, больные 2-й группы хуже адаптированы к умеренной физической деятельности, и среди них достоверно чаще наблюдалось резкое ограничение физической деятельности, затруднения при прогулке, что среди больных ЛГ наблюдалось достоверно реже ( $P < 0,05$ ) соответственно. У больных ДПЖ установлен более выраженный эмоциональный дистресс, проявляющийся низкими баллами оценки эмоционального состояния, по сравнению с больными ЛГ. Больные с ДПЖ достоверно чаще испытывали боязнь физической активности, чем больные с ЛГ ( $P < 0,03$ ).

**Выводы.** У больных ДПЖ степени отмечается более выраженное снижение качества жизни по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий после перенесенной covid-19.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

АЛЯВИ А.Л., УБАЙДУЛЛАЕВ А.М., РАХИМОВА Д.А., АТАХОДЖАЕВА Г.А., ТИЛЛОЕВА Ш.Ш.

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

**Цель исследования.** Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной covid-19.

**Материал и методы.** Клинико-психологического обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени после перенесенной covid-19. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили Допплерэхокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

**Результаты исследования.** У 56% обследованных больных после перенесенной covid-19 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. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельности ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрес-

сирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с  $86,1 \pm 0,9$  ударов в минуту до  $93,5 \pm 0,8$  удара в минуту, схожим образом изменилась максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных после перенесенной covid-19 с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС 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% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** После перенесенной covid-19 у больных по мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными.

## ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЙ ОКСИГЕНАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ЛАПИЦКИЙ Д.В.<sup>1,2</sup>, РЯПОЛОВ А.Н.<sup>1</sup>, ПУПКЕВИЧ В.А.<sup>1</sup>, ЧИРИКОВА Т.В.<sup>1</sup>, АРАБЕЙ А.А.<sup>2</sup>, ГОНЧАРИК А.В.<sup>2</sup>, ИБРАГИМОВА Ж.А.<sup>2</sup>, МИТЬКОВСКАЯ Н.П.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Главный военный клинический медицинский центр МО ВС Республики Беларусь, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>3</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Выявить изменения маркеров эндотелиальной дисфункции в зависимости от нарушений оксигенации артериальной крови у пациентов с ХОБЛ.

**Материал и методы.** Объект исследования: 100 мужчин с ХОБЛ. Медиана возраста – 67 лет. Определялись маркеры функции эндотелия: эндотелин-1 (END1), тромбомодулин (ТМ), васкулярная молекула клеточной адгезии-1 (VCAM-1),

индуцированный гипоксией фактор-1 (HIF-1). Нарушения оксигенации диагностировались одномоментным проведением нагрузочного тестирования (тест с 6-минутной ходьбой – 6МТ; велоэргометрия – ВЭМ) и пульсоксиметрии. Насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом (SpO<sub>2</sub>) определялось компьютерной пульсоксиметрической системой. Выделены стадии нарушений оксигенации: снижение SpO<sub>2</sub> ≤ 4% и не ниже 90%

(стадия 0), снижение SpO<sub>2</sub> ≥ 4% и не ниже 90% (стадия 1), снижение SpO<sub>2</sub> ниже 90% (стадия 2), снижение SpO<sub>2</sub> в покое ниже 90% (стадия 3). Данные представлены: медиана (25%–75% квартили). Сравнение проводилось по способу Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** Уровень END1 при стадиях 2–3 ниже по сравнению со стадиями 0–1 (соответственно 212,1 (205,2–217,5) пг/мл и 219,7 (210,6–224,5) пг/мл;  $p=0,018$ ). Уровень ТМ на стадиях 0–1 ниже, чем в стадиях 2–3 (соответственно 2,4 (0,1–6,9) нг/мл и 8,3 (4,7–11,9) нг/мл;  $p=0,008$ ). Уровень ТМ на стадиях 0–1 ниже, чем на стадиях 2–3 (соответственно 2,4 (0,1–6,9) нг/мл и 8,3 (4,7–11,9) нг/мл;  $p=0,008$ ). Уровень VCAM–1 на стадии 0 ниже, чем на стадиях 1–3 (соответственно 659,0 (540,5–1106,7) нг/мл и 1231,8 (975,0–2304,8) нг/мл;  $p=0,001$ ). Уровень HIF–1 на стадии

0 ниже, чем на стадиях 1–3 (соответственно 0,7 (0,5–1,0) пг/мл и 1,2 (0,6–1,4) пг/мл;  $p=0,033$ ).

#### **Выводы.**

1. Уровень HIF–1 повышается уже с начальных стадий нарушений оксигенации.

2. Уровни маркеров дисфункции эндотелия (ТМ, VCAM–1) увеличиваются при нарушениях оксигенации, сопровождающихся снижением SpO<sub>2</sub> менее 90%.

3. Снижение END1 при нарушениях оксигенации, сопровождающихся снижением SpO<sub>2</sub> менее 90%, свидетельствует о нарушении секреторной функции эндотелия.

4. Нарушения оксигенации, сопровождающиеся снижением SpO<sub>2</sub> менее 90%, у пациентов с ХОБЛ следует считать фактором риска эндотелиальной дисфункции.

## **ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

ЛАПИЦКИЙ Д.В.<sup>1,2</sup>, РЯПОЛОВ А.Н.<sup>1</sup>, ПУПКЕВИЧ В.А.<sup>1</sup>, ЧИРИКОВА Т.В.<sup>1</sup>, АРАБЕЙ А.А.<sup>2</sup>,  
ГОНЧАРИК А.В.<sup>2</sup>, ИБРАГИМОВА Ж.А.<sup>2</sup>, МИТЬКОВСКАЯ Н.П.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Главный военный клинический медицинский центр МО ВС Республики Беларусь, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>3</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Определить распространенность ХДН и ХСН, оценить информативность клинических симптомов для проведения диагностики этих состояний у пациентов с ХОБЛ.

**Материал и методы.** Объект исследования: 100 мужчин с ХОБЛ. Медиана возраста – 67 лет. Пациентам проведен тщательный осмотр и физикальное исследование. ХДН диагностировалась одновременным проведением нагрузочного тестирования (тест с 6-минутной ходьбой – 6МТ; велоэргометрия – ВЭМ) и пульсоксиметрии. Насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом (SpO<sub>2</sub>) определялось компьютерной пульсоксиметрической системой. ХСН диагностировалась с помощью эхо-кардиографии (ЭХО-КГ) и определения уровня N-концевого остатка мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Для оценки информативности клинических симптомов относительно диагностики ХСН и ХДН использовался критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат), ROC-анализ. Рассчитывалась вероятность диагностики ХДН и ХСН по клиническим симптомам.

**Результаты исследования.** У 70 пациентов с ХОБЛ (70,0%) диагностирована ХДН. ХСН с вовлечением левых отделов сердца диагностирована у 39 чел. (39,0%). ХСН с вовлечением правых

отделов сердца установлена у 42 чел. (42,0%). ХСН с вовлечением обоих желудочков выявлена у 36 чел. (36,0%). С ХСН ассоциированы одышка, перебои в работе сердца, отеки, частота дыхания более 18 в минуту (соответственно  $p=0,003$ ,  $p=0,015$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,024$ ). Цианоз ассоциирован с ХСН с вовлечением правых отделов сердца ( $p=0,016$ ). С ХДН ассоциированы цианоз и одышка ( $p=0,007$  и  $p=0,032$  соответственно). Вероятность клинической диагностики ХСН у пациентов с ХОБЛ при наличии симптомов – 81,7%, ХДН – 63,0%. Вероятность отсутствия ХСН при отсутствии симптомов – 87,5%, ХДН – 50,0%.

**Выводы.** 1. У пациентов с ХОБЛ ХСН встречается у каждого второго пациента. Преобладает вариант, характеризующийся вовлечением как правых, так и левых отделов сердца. ХДН выявлена у двух третей пациентов с ХОБЛ.

2. С ХСН ассоциированы одышка, перебои в работе сердца, отеки, частота дыхания более 18 в минуту, цианоз. С ХДН – цианоз и одышка.

3. Вероятность установить диагноз ХСН по клиническим симптомам (81,7%) превышает таковую для ХДН (63,0%). Поэтому у пациентов с ХОБЛ следует проводить первоочередную диагностику ХСН.

## РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКУРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ

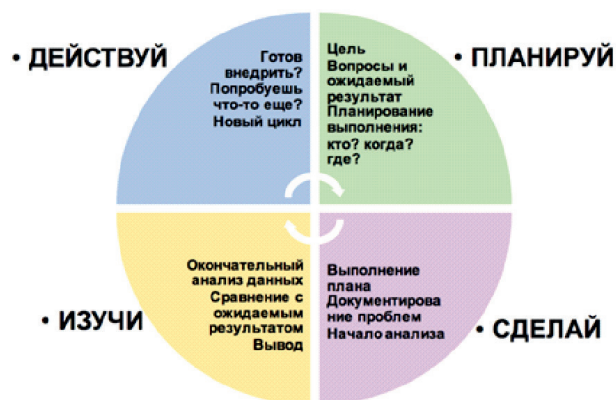
МАВЛЯНОВА Н.Т., АГЗАМОВА Н.В., МАМАТОВА Н.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

В 2014 году ВОЗ опубликовала отчет о состоянии резистентности во всем мире. Это исследование выявило основные пробелы в данных о распространенности антибактериальной резистентности и типах и числе инфекций, вызванных бактериями, которые стали резистентными к антибактериальным препаратам. Применение противомикробных препаратов, каким бы рациональным и консервативным оно ни было, способствует развитию резистентности, однако широко распространенное ненужное и чрезмерное использование антибиотиков приводит к еще более худшим последствиям. Нам нужно продвигать разумное назначение антибактериальных препаратов. Следовательно, возникновение и распространение резистентности—это то, что должно вызвать страх у всех нас. Что можно сделать в связи с резистентностью? В области борьбы с инфекцией мероприятия, связанные с использованием инвазивного медицинского оборудования и соблюдение местных нормативов как для инфекционного контроля, так и для назначения противомикробных препаратов являются центральными элементами для улучшения качества. Существует несколько методологий улучшения качества, используемых в здравоохранении, например, Модель улучшения (Model for Improvement), LEAN, Six Sigma, однако все они используют аналогичные компоненты.

**Модель улучшения** предоставляет собой простой, но мощный инструмент для ускорения улучшения качества, основанный на трех фундаментальных вопросах: 1- Чего мы пытаемся достичь?

Четкие цели—что, сколько, когда? 2- Как мы узнаем, что изменение является улучшением? Изменение процессов и результатов. 3- Какие изменения мы можем создать, чтобы добиться улучшения? 4-Что мы хотим проверить? Чему мы можем научиться с течением времени? Модель использует цикл Деминга (так называемые PDSA-цикл: PLAN, DO, STUDY, ACT – ПЛАНИРУЙ, СДЕЛАЙ, ИЗУЧИ, ДЕЙСТВУЙ) для проверки изменений, которые могут привести к улучшению. Как видно из этой диаграммы, полезно рассматривать цикл Деминга как непрерывный процесс. Принципы стратегии контроля антимикробной терапии могут применяться для быстрого достижения результатов. Примеры реализации можно будет использовать в различных лечебных учреждениях, которые, как мы надеемся, смогут улучшить результаты.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ А.Л., ТИЛЛОЕВА Ш.Ш., БОКИЕВА Ч.Ш.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка состояния центральной гемодинамики и эндотелийзависимой вазодилатации, также определение эффективности комплексной терапии у больных легочной гипертензией после перенесенной COVID-19. Изучение состояния центральной гемодинамики и эндотелиальной функции периферических сосудов у больных хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой с ЛГ после перенесенной covid-19,

**Материалы и методы.** Обследовано 26 больных ХОБЛ (1-я группа) и 21 больных БА (2-я группа), 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 небивалола в дозе 5–10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2011) и озонотерапии (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л).



Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

**Результаты исследования.** До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СмNO. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой группой подобная гиперпродукция 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 ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

**Обсуждение.** При применении небивалола на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях исходной гиперпродукции оксида азота отмеча-

ется ограничение синтеза СмNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раз ( $p < 0,05$ ). При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 7,3%, так и во 2-й группе на 8,8% и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 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 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

**Вывод.** У больных БА после перенесенной covid-19 с легочной гипертензией, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией.

Небивалол корректирует показатели СмNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ Б.А., КОРАНКУЛОВА З.Т.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), после перенесенной covid-19 осложненной легочной гипертензией (ЛГ) в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

**Материал и методы.** Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛГ, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1- 16 больных БА с легочной гипертензией, 2- 12 больных БА с дилатацией правого желудочка сердца.

Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2011) и озонотерапию.

Функциональное состояние периферической изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения.

Эндотелий зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс

циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

**Результаты исследования.** При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода  $0,70 \pm 0,02$ , увеличения показателей амплитуда мода  $36,1 \pm 0,03$ , свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Проведенное КИГ исследование у больных БА осложненной легочным сердцем в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов.

**При повторном исследовании** состояние периферической вегетативной нервной системы, установили уменьшение симпатикотонии ( $p < 0,05$ ). **Также выявлена тенденция к улучшению адап-**



тационного потенциала эндотелий зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2% и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В основе возникновения и развития БА осложненной легочным сердцем лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде сим-

патикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА осложненной легочным приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

## СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ Б.А., САБИРЖАНОВА З.Т., КОРАНКУЛОВА З.Т.

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

**Цель исследования.** Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хронической обструктивной болезнью легких после перенесенной covid-19 в динамике комплексного лечения с небивололом.

**Материал и методы.** Обследовано 34 больных ХОБЛ после перенесенной covid-19 (возраст  $49,7 \pm 2,8$  лет, стаж заболевания  $10,7 \pm 2,9$  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 – 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 – 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали небиволол (Не) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 – 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ.

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 связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего за-

медляется снижение внутривентрикулярного наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения.

При терапии с применением небиволола у больных ХОБЛ после перенесенной covid-19 отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3%, ФПН – на 13,9%, ЛАДср – на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ( $p < 0,05$ ).

ОТ на фоне базисной терапии у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1%, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 4,1%, ФПН – на 9,9%, ЛАДср – на 9,5% ( $p < 0,05$ ). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3% ( $p < 0,05$ ).

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 ОТ и небиволола, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

ОТ и небиволол улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких после перенесенной covid-19 более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

## БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИШ СИФАТИНИ ОШИРИШ

РАХИМОВА Х.М., ЮЛДАШОВА Н.Э., СУЛАЙМАНОВА Н.Э.

*Самарқанд давлат медицина институти, Самарқанд, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Умумий амалиёт шифокорларини назарий ва амалий билимларини ошириш Самарқанд давлат медицина институти ДКТФ умумий амалиёт/оилавий медицина кафедрасига 10 ойлик ихтисослаштиришга ўқишга жалб қилинган курсантлар ва кафедра ўқитувчилари билан бронхиал астма касаллиги бўйича беморларни оила шифокорлари томонидан олиб бориш сифат кўрсаткичини текшириш жараёни махсус тузилган режа асосида олиб борилди. Сифатни яхшилаш мақсадида қарор матрицаси тузилиб, касалликка олиб келувчи асосий сабаблар Ишикава диаграммаси асосида таҳлил қилинди, тиббий тизим харитаси ёрдамида стандарт ва индикаторлар ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди.

**Тадқиқод натижалари.** Утказилган текширувлар шуни кўрсатдики, оилавий поликлиника шароитида бронхиал астма касаллигига чалинган беморларни олиб бориш сифат кўрсаткичи паст бўлиб чиқди.

Бунга асосий сабаблар қуйидагича: бирламчи бўғинда бронхиал астма ва бошқа касалликларни олиб бориш бўйича тиббий баённомалар ва стандартлар етарлича мавжуд эмаслиги, врачларнинг аксариятида далилларга асосланган тиббиёт (ДАТ) бўйича билимлари саёзлиги ва пикфлоуметрларнинг йўқлиги аниқланди. Бронхиал астма касаллигини эрта аниқлаш, замонавий даволаш ва беморларни олиб бориш бўйича муаммоларни бартараф қилиш мақсадида: оилавий поликлиникаларда фаолият юритаётган врачларнинг мазкур касаллик бўйича малакаси оширилди ва қайта тайёрланди.

**Хулоса.** Кафедра ўқитувчилари ўз амалиёти жараёнида барча касалликларни, шу жумладан: бронхиал астма касаллигини олиб бориш бўйича хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш долзарб масала эканлигига эътибор қаратдилар, бу Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан ислоҳ қилиш миллий моделининг асосий негизидир.

## ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМ ТИПЛАРИНИ ЎРГАНИШ

РЎЗИЕВА С.О., КАСИМОВ Д.Х.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Гипертония касаллиги ўпканинг сурункали обструктив касаллиги билан бирга кечганда суткалик артериал қон босими вариабеллигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 50 нафар гипертония касаллиги мавжуд бўлган бемор жалб қилинди. Асосий гуруҳ сифатида гипертония касаллиги ўСОК билан бирга кечган 30 нафар беморлар (25 эркак (83,3%) ва 5 аёл (16,67%); ўртача  $60,0 \pm 9,2$  ёш), назорат гуруҳи сифатида гипертония касаллиги ўСОКсиз кечган 20 нафар бемор (18 эркак (90%) ва 2 аёл (10%); ўртача  $50,0 \pm 10,5$  ёш) олинди. Барча беморларда лаборатор-асбобий ва функционал текширувлар ўтказилди. Периферик артериал қон босими валидирланган тонометрда ўлчанди ва портатив «Contec ABPM04» аппарати ёрдамида суткалик назорат қилинди. *Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар IBM SPSS Statistics 21.0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди.*

**Тадқиқод натижалари.** СМАД кўрсаткичлари таҳлил қилинганда суткалик, кундузги ва кечки систолик артериал қон босими (САҚБ) ва диастолик артериал қон босими (ДАҚБ) кўрсаткичлари асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан юқори

эканлиги аниқланди ( $p > 0.05$ ). Қон босими суткалик индекси тақсимоли ўрганилганда САҚБ бўйича прогностик аҳамияти салбий бўлган non-dipper типи асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўпроқ учради (мос равишда 63.3% ва 35%,  $\chi^2 - 3.86$ ,  $p < 0.05$ ). АҚБ физиологик пасайишини кўрсатувчи dipper типи эса назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан кўпроқ кузатилди (20% га қарши 50%,  $\chi^2 - 4.96$ ,  $p < 0.05$ ). Night-peaker типи асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўпроқ кайд этилди ( $p > 0.05$ ). ДАҚБ бўйича эса физиологик бўлган dipper типи назорат гуруҳида (50%) асосий гуруҳга (20%) нисбатан кўпроқ учради ( $\chi^2 - 4.96$ ,  $p < 0.05$ ). Non-dipper ва high-peaker типлари иккала гуруҳда ишончли даражада фарқ қилмади.

**Хулоса.** Гипертония касаллиги ўСОК билан кечган беморларда клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари назорат гуруҳига нисбатан юқори эканлигини аниқланди. Прогностик салбий аҳамиятга эга бўлган non-dipper типи асосий гуруҳ беморларда, физиологик dipper типи эса назорат гуруҳида ишончли даражада кўпроқ кайд қилинди. Ушбу натижаларга асосланиб айтиш мумкинки, гипертония касаллиги ўСОК билан бирга келганда оғирроқ кечади.

---

---

## ЎСОК БОР БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ

ТОШОВ С.С.<sup>1</sup>, ЕРМЕКБАЕВА А.У.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ Бухоро филиали, Бухоро, <sup>2</sup>Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқод мақсади.** Ўпка сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) бўлган беморларда юрак-қон томир комормидлиги учун хавф омилларини баҳолаш.

**Материал ва усуллар.** 40–60 ёшдаги ЎСОК билан касалланган 91 та бемор текширилди. Биз сўровномалар, объектив текширув ва биокимёвий тадқиқот усулларини қўлладик.

**Тадқиқод натижалари.** ЎСОК билан касалланган беморларда юрак-қон томир хавф омилларининг таҳлили шуни кўрсатдики, насл омили 34,1%, чекиш – 67%, қорин семизлиги – 37,4%, артериал гипертензия – 64,8%, гиперхолестеринемия – 27,5%, гиподинамия – 45,1% беморларда аниқланган. Бир беморда хавф омилла-

рининг пайдо бўлиш частотасини ўрганиш шуни кўрсатдики, хавф омиллари беморларнинг 87,9 фоизида аниқланган, фақат бир хавф омил учраган беморлар 21,9%, 2 та хавф омиллари 30,7%, 3 ёки ундан кўп хавф омиллари 35,2% беморларда кузатилган. Беморларнинг 12,1 фоизида хавф омиллари аниқланмаган. Ёшга қараб хавф омиллари параметрларининг таҳлили шуни кўрсатдики, энг 50–60 ёшда хавф омиллари тез-тез кузатилган. Бу ёшдаги беморларда артериал гипертензия 30–40 ёшли беморларга қараганда 2,5 баробар кўпроқ аниқланган.

**Хулоса.** ЎСОК билан касалланган беморларда юрак-қон томир хавф омиллари орасида артериал гипертензия ва чекиш устунлик қилди.

**ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИДА МИКРОЭЛЕМЕНТЛАР ҲОЛАТИ ВА УЛАРНИ  
КОРРЕКЦИЯЛАШ**

АБДУЛЛАЕВ Р.Б., МАХМУДОВА Л.И.

*Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Хоразм, Бухоро давлат тиббиёт институти,  
Бухоро, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Ичак тасирланиш синдроми (ИТС)да микроэлементлар ҳолатини баҳолаш ва уларни коррекциялаш.

**Материал ва усуллари.** Тадқиқотга 2017 йилдан 2019 йилгача Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг гастроэнтерология бўлимида текширилган ва даволанган ИТС билан касалланган 82 нафар беморнинг сўров маълумотлари умумлаштирилди. Беморларнинг ўртача ёши  $33,2 \pm 0,8$  ёшни ташкил этади.

ИТС билан оғриган беморлар икки гуруҳга бўлинди: ИТСнинг норефрактер (ИТСн–35 бемор) ва рефрактер (ИТСр–47 бемор). Клиник аломатларнинг ифодаланганлигига қараб беморлар ИТСн-д (диарея)–21 нафар (25,6%), ИТСн-қ (қабзият)–14 нафар (17%), ИТСр-д–28 нафар (34,2%) ва ИТСр-қ–19 нафар (13,2%)га ажратилди.

ИТС билан оғриган беморларнинг сочларида 25 та кимёвий элементнинг таркиби аниқланди: К, Na, Ca, Mg, P, Fe, Zn, Cu, Se, I, Mn, Co, Cl, As, Sn, B, Li, N, V, S, Hg, Pb, Cd, Be, Al. Кимёвий элементларни аниқлаш учун индуктив боғланган плазма (ICP-MS)ли гамма–спектрометрия усули Nexion 300D (perkinelmer Inc., Shelton, CT 06484, АҚШ), автосамплер ESI SC–2 DX4 (Elemental Scientific Inc., Omaha, NE 68122, АҚШ) билан жиҳозланган. Ушбу амалиёт аналитикларнинг сезгирлигини бузмасдан шовқинларнинг катта қисмини йўқ қилиш учун Dynamic Reaction Cell (DRC) технологиясини ҳам ўз ичига олган.

**Тадқиқот натижалари.** Биз микроэлементлар номуаносиблиги бўлган ИТС беморларини икки гуруҳга бўлдиқ: биринчи гуруҳ–фақатгина стандарт даволашни олган (16 нафар) беморлар ва иккинчи гуруҳ – стандарт даволаш билан бир қаторда бир ой давомида элементлар мувозанати

бузилишини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар қабул қилган беморлар (18 нафар).

Ошқозон-ичак трактидаги оғриқ ва спастик жараёнларни келиб чиқишига сабабчи бўлган калций ва магнийни ўрнини босиш учун бир ой давомида беморларга Са ва Mg эркин шакллари сақлаган Кальций D<sub>3</sub> ва Магне В<sub>6</sub> (1 таблеткадан кунига 2 маҳал овқат билан) буюрилди. Токсик элементларнинг чиқарилишини яхшилаш учун кўшимча равишда селен буюрилди, бу органик шаклдаги кўшимча селен манбаи бўлиб хизмат қилади (100 мкг–1 таблеткадан кунига 1 маҳал овқат билан).

Тўқималарда элемент мувозанатини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар натижасида ИТС билан оғриган беморлар сочларида Са ва Mg сезиларли даражада ортди ( $288,6 \pm 19,12$  мкг/г дан  $513,1 \pm 5,31$  мкг/г гача ва  $89,6 \pm 14,03$  мкг/г дан  $123,5 \pm 1,15$  мкг/г гача мос равишда), шунингдек As ( $0,9 \pm 0,001$  мкг/г дан  $0,04 \pm 0,02$  мкг/г гача) ва Ni ( $1,24 \pm 0,06$  мкг/г дан  $0,74 \pm 0,01$  мкг/г гача) миқдори ишончли равишда пасайди, бу кўрсаткичлар соғлом одамларнинг кўрсаткичларига яқин. Даволанишдан кейин Se миқдори гарчи у соғлом одамларнинг нормал кўрсаткичларидан биров ошиб кетган бўлса ҳам сезиларли даражада ошмади ( $2,0 \pm 0,09$  мкг/г). Mg, Ca, Se, As ва Ni таркибидаги сочларни фақат стандарт даволаш билан даволанган 16 нафар беморда (даволашдан олдин ва 1 ойдан кейин) ўрганиш пайтида биз ишончли натижаларни олмадик.

**Хулоса.** ИТС билан оғриган беморлар тўқималарида элементлар номуаносиблиги аниқлангандан кейин Са, Mg каби элементлар сақловчи препаратлар билан коррекция қилинди. Комплекс даволашдан кейин ижобий натижалар олиниб, тўқималардаги As ва Ni ишончли даражада камайди.

## ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШАРОИТИДА ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ КЕКСАЛАРДА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

АБДУЛЛАЕВ Р.Б.

*Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Хоразм, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Хоразм вилоятида яшовчи кекса ва қарияларда яра касаллигининг ўзига хос кечишини ўрганишдан иборат бўлди.

**Материал ва усуллари.** Хоразм вилояти тиббий муассасалар рўйхатлари асосида жами 244360 киши ажратилди. Биз уяли-типология усул ёрдамида тасодифий, репрезентатив танлаш натижасида барча катта ёшли аҳолининг 20% ини ажратиб олдик, бу рақам 48872 кишидан иборат бўлди. Шулар орасидан 76,5% ини, яъни 37387 кишини текшириб чиқдик, шулардан 2991 нафарида (8%) ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги аниқланди. Ёш бўйича гуруҳларнинг белгила-ниши қуйдагича: кексалар – эркалар 61 –74 ёш, аёллар 56 – 74 ёш; қариялар – эркалар ва аёлларда 75–90 ёш; узоқ умр кўрувчилар 91 ёш ва ундан юқори.

**Тадқиқод натижалари.** 69,5% беморларда бир марта касалланиш 20,5% беморларда учра-ши касаллиқнинг аста секинлик билан, бир ма-ромда кечишини кўрсатади. Яра касаллигининг асоратлари ўрганилганда унинг энг кўп миқдори стенозга тўғри келди (61,4%), қон кетиш асора-ти эса 20,5% кекса эркаларда учраган. Кекса ва қариялардаги йўлдош касалликлар уларнинг 70,0% ида учради, шулардан мия ва перифе-рик қон томирлари ўзгаришлари 19%, юрак қон томир касалликлари 17,5% беморларда, бошқа гастроэнтерологик касалликлар 22,5% ни, сий-дик ажратиш тизимидаги касалликлар 21,7% ни, асаб тизими касалликлари 17,6% ни ташкил этди. Кўпчилик кекса беморларнинг овқатланиш тарти-бига эътибор бермасликлари (41,0%), шунингдек 66,2% кекса беморларнинг пархез тутмасликла-ри, касаллик кечишига салбий таъсир этувчи ва рецедивларнинг доимо такрорланиб туришига сабабчи бўлади деб хисоблаймиз. Яра касалли-гига чалинган кекса бемор эркалар ва аёлларда оғриқ кўпроқ эпигастрал сохада ва қориннинг ўнг қисмида жойлашган, кўпинча овқатдан сўнг кечик-

қан ва очликдаги оғриқ сифатида намоён бўлди. Ўрганилганларнинг ярмидан кўпида оғриқ аниқ бир жойда кузатилган, 93,5% кексаларда мав-сумийлик яққол намоён бўлган, оғриқнинг асаб билан боғлиқлиги текширилганларнинг 44,5% ида кузатилган. Эътиборимизни тортган хусу-сиятлардан бири, бу кекса беморларда клиник симптомларнинг жуда заиф ёки умуман намоён бўлмаслигида бўлди. Қайт қилиш, кўнгил айнаш, жиғилдон қайнаши, беморларнинг кўпчилигида овқатдан кейин (мос равишда 54,9; 55,0; 24,0%) намоён бўлди. Иштаха текширилганларнинг яр-мидан кўпида (53,0%) пасайганини кузатдик. Агар барча текширилганларнинг 40% ида ичак фао-лияти меъёрида бўлса, 19,5% ида қабзият, 13,0% ида ич кетиши, 25,0% ида қабзият ва ич кетиши-нинг алмашилиб туриши, 38,5% ида метеоризм кузатилди. Эндоскопик текширишлар яраларнинг кўпчилиги чандиқланган (54,6%) ва узоқ битмаган (34,2%) эканлигини кўрсатди. Адабиёт маълумот-ларидан фарқли равишда минтақамизда яшов-чи кекса ёшдаги бемор, эрка ва аёлларда катта ўлчамли ва «гигант» яралар учрамади. Бемор-ларнинг 95,0% ида яралар ўлчамлари 0,5 – 1,0 см гача булди.

**Хулосалар.** 1. Яра касаллигига чалинган кекса бемор эркалар ва аёлларда оғриқ кўпроқ эпига-страл сохада ва қориннинг ўнг қисмида жойлаш-ган, кўпинча овқатдан сўнг кечиккан ва очликдаги оғриқ сифатида намоён бўлди. Ўрганилганларнинг 93,5% кексаларда мавсумийлик яққол намоён бўлган, оғриқнинг асаб билан боғлиқлиги текши-рилганларнинг 44,5% ида кузатилди.

2. Яра касаллиги билан оғриган кекса ёшдаги бемор эрка ва аёлларда диспептик симптомлар кескин ва ўткир намоён бўлади. Яраларнинг эн-доскопик ташхисида бошқа минтақадаги касал-лардан фарқи кўп миқдордаги ва катта ўлчамли яраларнинг умуман учрагани ўзига хос хусусият сифатида талқин этилди.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ КУРЯЩИХ ТАБАК «НАС»

АБДУЛЛАЕВ Р.Б.

*Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии, Хорезм, Узбекистан*

Само слово «нас» арабского происхождения в переводе означает «забыться», «забыть себя». После закладывания табака «наса» под язык в количестве 1–2 г. у человека появляется успокоение – эйфория, приятное ощущение, легкая степень опьянения, способствующая закреплению этой

привычки т.е формируется синдром зависимости. Закладывают «нас» от 5 до 25 раз в день. Табак «нас» может спровоцировать потребление более больших доз, так как создается психологический стереотип привыкания.



Имеются ряд научно исследовательских работ касающихся влиянию табака «нас» в экспериментальных и клинических исследованиях. Ряд учёных изучали состав, распространённость курения «наса», а также юридические и этнические стороны данного табака. Также имеются научные работы об отрицательном влиянии табака вместе с другими вредными привычками. Учёнными доказано что употребление (курение) табака «нас» приводит к онкологическим заболеваниям.

Распространённость употребления «наса» по республикам и областям среднеазиатского региона различна. Так, например из 10135 человек в Джамбульской области было выявлено 14,3%, в Чимкентской области 4,5%, в Таджикистане 19,7%, в Туркменистане 13,6% употребляющих табак «наса». Исследования по изучению влияния табака «наса» на слизистую желудка, полость рта единичные.

Курение, точнее закладывание под язык табака «нас» является вредной привычкой среди населения Центральной Азии. Курительное средства «нас» состоит из измельченного табака, извести, золы, масла. Процентный состав ингредиентов различен в зависимости, где изготавливается «нас».

Целью нашего исследования явилось изучение эндоскопических изменений язвы двенадцатиперстной кишки у 40 больных курящих табак «нас» в зависимости от срока ее употребления.

В контрольную группу вошли 15 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки не курящих табак «нас». В опытную и контрольную группу отбирались больные, у которых кроме курения «наса» не были других вредных привычек, также поло – возрастной состав в обеих группах были идентичными.

Полученные результаты выглядели следующим образом: глубокие и большие по размерам (2см и более) дефекты слизистой оболочки, рецидивирующее упорное течение болезни встречались у больных курящих табак «нас» по сравнению с не курящими ее. По мере увеличения продолжительности курения табака «нас» (более 5лет) нарастает число часто обостряющихся, трудноубцирующихся и осложненных (деформации, стенозы, кровотечение) форм язвы.

Очевидно, известь, находящаяся в составе «наса» попадая со слюной в желудок и двенадцатиперстную кишку, раздражает и чаще приводит к нарушению целостности слизистой оболочки, тем более при язвенном поражении. Дуоденофиброскопические изменения подтверждены морфологическими исследованиями биоптатов.

Полученные нами данные указывают на то, что длительное курение (закладывание под язык) табака «нас» является фактором риска в прогрессировании дуоденальных изъязвлений.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., КУРБАНОВ В.А., АМАНДУРДЫЕВА Ш.О., МИРИЕВА Г.С.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Каррыева, Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить эффективность растительных сборов в лечении АГ с НАЖБП.

**Материал и методы.** На базе Лечебно-консультативного центра им. С.А.Ниязова был обследован 41 больной АГ с НАЖБП (31 женщина и 10 мужчин). Больным проводились электрокардиография и эхокардиография, ультразвуковое исследование печени, компьютерная томография, изучение уровней трансаминаз в биохимическом анализе крови. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа принимала антигипертензивные препараты и гепатопротекторы, 2 группа получала комплексное лечение, включавшее в себя фитосбор (3 столовые ложки (ст. л.) плодов шиповника, 2 ст. л. плодов боярышника, 2 ст. л. листьев крапивы, 1 ст. л. травы зверобоя).

**Результаты исследования.** У всех больных отмечалось стойкое повышение артериального давления с головной болью и головокружением. У 68% больных отмечалась тахикардия, в 23% слу-

чаев–боли в сердце. Проявления НАЖБП были малозаметны и ограничивались чувством тяжести в подложечной области (90,2%), тошнотой (70,7%), неустойчивым стулом (26,8%), дискомфортом или болями в правом подреберье (51,2%). Была выявлена связь НАЖБП с ожирением—у 31, сахарным диабетом—у 6, заболеванием кишечника—у 3 больных.

Данные исследования показывают, что группа, принимавшая антигипертензивные медикаментозные средства и гепатопротекторы дала положительные результаты на 7 сутки терапии в виде уменьшения головных болей и головокружения у 58%, снижения тошноты у 50%, снижения дискомфорта у 46% больных, тогда как остальные жалобы сохранялись. Группа, получавшая комплексное лечение в сочетании с фитотерапией дала положительные результаты на 3 сутки лечения в виде уменьшения головных болей и головокружения у 71%, снижения чувства тяжести в подложечной

области у 45%, снижения тошноты у 25%, снижения дискомфорта у 30%, уменьшения уровня трансаминаз у 10% больных.

**Выводы.** Назначение в комплексном лечении больных фитосборов проявляет свою эффек-

тивность уже на раннем этапе лечения, снижая клиническую симптоматику и нормализуя лабораторные показатели крови, тем самым улучшая течение заболевания, снижая риск развития осложнений.

## ДИНАМИКА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ

ИБРАГИМОВ А.Ю., ФАЗЫЛОВ А.В., ХАИТАЛИЕВ Э.И.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Сравнительная оценка амбулаторного наблюдения за состоянием больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) перенесших желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК).

**Материал и методы.** Нами обследовано 69 больных, находящихся на амбулаторном лечении в ЦП АК УТИ ЯБДПК в возрасте от 18 до 76 лет, средний возраст составил 55,8 лет. В основной 1 группе больных ЯБДПК с осложненным течением в анамнезе отмечено ЖКК у 34 больных, а во 2-й группе ЯБДПК без осложненного течением обследовано у 35 больных (контрольная группа) 25 мужчин и 9 женщин.

Для верификации клинического диагноза и стадии болезни все обследованные больные прошли стандартные лабораторно-инструментальные исследования, эндоскопию и рентгеноскопию ЖКТ, УЗИ и др.

У каждого из обследованных больных с целью профилактики мы регулярно проводили контрольные обследования и регулярно предупреждали о возможности возникновения повторных осложнений.

**Результаты исследования.** В первой группе средняя частота визита терапевта по поводу ЯБДПК составила в среднем 3,6 раза в год, тогда как во второй группе только 1,4 раза в год. Напротив, частота визитов к хирургу во 2-ой группе

было 0,5 раза в год, а в 1-ой группе составила 1,9. Частота выполнения эндоскопического (ЭФГДС) и рентгенологического исследований ЖКТ в год составила: 2,2 раза в первой группе и во 2-й группе—0,9 раза. При этом диагностика *Helicobacter pylori* (НР) проведена у 33 (94,2%) во 2-й группе и у 18 (52,9%) в 1-й группе.

Стандартное двух и трех компонентное комплексное медикаментозное лечение в 1-й группе было назначено только лишь у 12 (35,3%), а во 2-й группе у 34 (97,1%) больных. При неосложненном течении более часто у 31 (88,6%) больных (2 группа) проводилась диагностика НР инфекций, а в 1 группе только у 16 (47,0%) больных.

В течение периода наблюдения повторные кровотечения наблюдались у 9 (26,4%) больных, в одном из них трижды и каждый раз сопровождался с не резко выраженным обострением клинического течения. За период наблюдения операцией на желудке подверглись трое больных, с лечением ацетилсалициловой кислотой и НПВС.

Таким образом, нуждающихся в комплексном медикаментозном лечении во 2-й группе составило 34 (97,1%), а в 1-й группе лишь 18 (35,3%) обследованных больных.

**Выводы.** Низкое число рецидивов кровотечения по нашим данным свидетельствует об отказе больного от вредных привычек (алкоголь, курение) и ulcerогенных лекарственных средств.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ИБРАГИМОВ А.Ю., ФАЗЫЛОВ А.В., МИРЖАЛИЛОВА Г.Ж.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка эффективности использования физических факторов при комплексной терапии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

**Материалы и методы.** Обследовано 44 больных от 18 до 60 лет. Мужчин—28 и женщин—16, с давностью заболевания от 1 года до 8 лет, находящихся на стационарном лечении в физиотера-

певтическом отделении 1-ГКБ. Для верификации диагноза проводились лабораторно-инструментальные методы исследования с включением ЭФГДС и рентгенографии ЖКТ.

Все обследованные больные были разделены на 2 группы: больные 1 группы (20) получали стандартную «тройную» терапию с использованием ингибиторной протонной помпы (ИПП) до еды,

амоксициллин 2,0 г/сут, кларитромицин 1000 мг/сут в течение 10–15 дней. Вторая группа (24)–на фоне общепринятой традиционной терапии больные принимали физиотерапевтические процедуры (ФТП), такие как: чрезкожное низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), электрофорез, ампли пульс, парафин, магнитотерапия и т.д.

**Результаты исследования.** В обследованных обеих группах больных субъективные симптомы, связанные с обострением ЯБДПК были: боль, диспептические явления (изжога, отрыжка, тошнота, рвота), раздражительность и т.д. По динамике их выраженности на фоне проводимого лечебного мероприятия мы судили о клинической ценности проводимого метода лечения. По полученным данным эффективность проводимой терапии в обоих сравниваемых группах показал хороший результат, но тем не менее во 2-группе обследованных больных сроки купирования болевого синдрома были отмечены на 2–4 день терапии у 78%

больных и на 5–10 день у 7%, а более 10 дней у 4%. Аналогичные показатели были отмечены в первой группе и соответственно составили: 51%; 42%; 7%.

Итак, в основной группе болевой синдром купировался раньше (примерно на 2–3 суток) чем традиционный метод лечения.

Использование ФТП-НИЛИ, электрофорез, ампли пульс, парафин, магнит терапия, и др. Процедуры явились мощным лечебным фактором возрастания показателей эффективности микроциркуляции, влияющим на основные звенья патогенеза заболевания ЯБДПК и способствующие успешному их лечению.

**Выводы.** Сочетанное использование против язвенной медикаментозной терапии с включением ФТП обуславливает наиболее раннее купирование обострения ЯБДПК и заживление поверхности язвенного дефекта и тем самым улучшает качество жизни больных.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НАТРОФИЧЕСКИМИ И АТРОФИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ

КАРИМОВА Д.К., СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВ М.М.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить эффективности эрадикационной терапии (ЭТ) у больных с НР-ассоциированными хроническими гастритами в зависимости от морфологической картины слизистой оболочки желудка.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 50 больных (28 мужчин и 22 женщин, средний возраст– $53,4 \pm 3,3$  год) с НР-ассоциированным хроническим гастритом. Верификацию диагноза проводили по данным эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией из 5 точек желудка (2–из тела, 2– из антрального отдела и 1–из малой кривизны желудка) и гистологического исследования. Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Наличие НР подтверждено с помощью неинвазивного дыхательного C14-уреазного теста (HUBT–20P Helicobacter pylori detector). Всем больным с хроническим гастритом В была назначена эрадикационная терапия. Пациенты принимали ИПП, амоксициллин, кларитромицин, висмут трикалия децитарат в течение 10 дней.

**Результаты исследования.** Проведение четырехкомпонентной схемы лечения в включением

препарата висмута в течение 10 дней показало лучшие результаты по обоим тестам на НР. Так, по результатам дыхательного теста эрадикацию удалось достигнуть у 85% больных. По результатам уреазного теста эрадикация была отмечена у 85% больных. При суммировании обеих методов исследования, полная эрадикация НР-инфекции была отмечена у 85% больных, что можно оценить как относительно удовлетворительный результат.

Анализ неудачных ответов эрадикационной терапии у 15% показал определенные закономерности. Полученные результаты показывают, что при отсутствии атрофии и при наличии 0–1 до 3 стадии и степени атрофии слизистой оболочки желудка по системе OLGA эрадикация НР была успешной. Однако, при наличии в слизистой оболочке желудка атрофии 3–4 стадии и степени, эрадикации добиться не удалось.

**Выводы.** Эффективность ЭТ у больных с натрофическими НР-ассоциированными хроническими гастритами достоверно выше по сравнению с больными имеющие атрофические процессы в слизистой оболочке желудка.

## ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ADIPOQ (+276G>T) И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

КАРИМОВ М.М., СОБИРОВА Г.Н., ДУСАНОВА Н.М., ДАЛИМОВА Д.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Определение взаимосвязи между распространённостью аллелей и генотипов полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T и инсулинорезистентностью, нарушениями липидного и углеводного обменов у больных НАЖБП узбекской национальности.

**Материал и методы.** Было включено 94 больных с НАЖБП узбекской национальности и 49 здоровых лиц. Проводились клинико-биохимические исследования (аминотрансферазы, липидный спектр), а также молекулярно-генетические исследования полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T. Изучались значения HOMA-IR и объёма талии (ОТ) у обследованных больных.

**Результаты исследования.** Дисперсионный анализ по методике ANOVA показал, что при выборе зависимой переменной ОТ обнаружены достоверные ассоциации величины ОТ и гена-кандидата ADIPOQ +276G>T ( $p=0,0024$ ). Средние значения ОТ у больных НАЖБП в группах – носителях генотипов G/G, G/T и T/T полиморфного маркера G/T гена ADIPOQ различались статистически значимо. Так, у пациентов с генотипом G/G величина ОТ была достоверно ниже, чем у больных с генотипами G/T и T/T полиморфного маркера G/T гена ADIPOQ ( $p=0,00226$ ). Кроме

того, при сравнении величин HOMA-IR у больных НАЖБП с разными генотипами полиморфного маркера rs1501299 ADIPOQ было обнаружено, что значения HOMA-IR у больных генотипом T/T были достоверно выше, чем у пациентов с генотипами G/T и G/G ( $p=0,00024$ ). Дальнейший анализ полученных данных показал наличие ассоциации между параметрами липидного спектра. Так, была выявлена прямая положительная корреляция между такими показателями, как липопротеиды низкой плотностью (ЛПНП) и G/T полиморфизмом гена ADIPOQ ( $p=0,0090$ ) и отрицательная между липопротеидами высокой плотности (ЛПВП) и G/T полиморфизмом гена ADIPOQ ( $p=0,074$ ). Кроме того, была выявлена значимая положительная связь между ТГ и T/T полиморфизмом ( $p=0,0001$ ) и показателем триглицериды (ТГ)/ЛПВП и T/T полиморфизмом ( $p=0,018$ ).

**Выводы.** Исследования подтверждают наличие существенных сдвигов в нарушении углеводного обмена и липидного обменов, а также снижение чувствительности тканей к инсулину у больных НАЖБП узбекской национальности с наличием патологического полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ

КАРИМОВ М.М., СОБИРОВА Г.Н., ДУСАНОВА Н.М., ИСМАИЛОВА Ж.А., РУСТАМОВА С.Т.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинического течения впервые выявленного неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Материал и методы.** Были исследованы особенности клинического течения 78 больных с впервые верифицированным диагнозом НЯК (мужчин 40, женщин 38, средний возраст 35, 9 лет).

**Результаты исследования.** Обследования больных включало в себя помимо общеклинических исследований, также определение фекального кальпротектина, ирригоскопию, фиброколоноскопию. Оценку тяжести течения НЯК проводили согласно критериям Truelove-Witts. Наблюдения показали, что основными клиническими проявлениями болезни были диарея (89%). Кишечные кровотечения (78%). Менее было выражено абдоминально-болевого синдром (30%). По ре-

зультатам проведенной колоноскопии было установлено: острое течение у 35%, фульминатное у 8%, НЯК непрерывного течения 30% и НЯК рецидивирующего течения у 27% больных. Тяжесть течения НЯК по критериям Truelove-Witts составляло: легкое течение у 32%, среднетяжелое течение у 53% больных и тяжелое течение у 15%. Уровень фекального кальпротектина зависело от тяжести заболевания и при легком течении составляло до 200 ед, при среднетяжелом течении до 700 ед и при тяжелом течении до 1400 ед.

**Выводы.** Таким образом, наблюдения показали, что при первичной диагностике НЯК у большинства больных наблюдаются среднетяжелое и тяжелое течение, что свидетельствует о поздней диагностике заболевания на уровне первичного здравоохранения.



## ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГАНТА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ

КАРИМОВ М.М., ДУСАНОВА Н.М., ИСМАИЛОВА Ж.А., ИСЛАМОВА Ш.З.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения впервые выявленного неспецифического язвенного колита (НЯК) по Узбекистану за период 2020–2021 годы.

**Материал и методы.** Были исследованы особенности контингента больных с неспецифическим язвенным колитом, клинико-инструментальная верификация которых была проведена в ГУ «РСНПМЦТ и МР» по обращаемости в период 2020- 2021 гг..

**Результаты исследования.** Воспалительные заболевания кишечника. В т.ч. и НЯК до последнего времени считались заболеванием присущим исключительно индустриально развитых стран с частотой от 30- до 120 человек на 100000 населения, средний возраст которых составлял 20- 40 лет. До последнего времени по Узбекистану реестра больных с НЯК не имелось. В ГУ «РСНПМЦТ и МР» за последние 2 года было выявлено 78 больных, где, по результатам клинико-инструментального

обследования было впервые поставлен диагноз НЯК. Из них 40 больных было мужчин и 38 женщин. Средний возраст больных **составлял 35, 9 ± 5, 5 лет** (от 17 до 61 года). Средний период от первого обращения в различные медицинские учреждения начиная от первичного медицинского звена до ГУ «РСНПМЦТ и МР» где было верифицировано диагноз НЯК составлял от 1 до 4-х лет и зависело от региона проживания пациента. Например если в г. Ташкенте средний срок верификации диагноза НЯК составлял до 1- 2-х лет, то в некоторых регионах средний срок верификации диагноза составлял до 2–4 лет.

**Выводы.** Таким образом, проведенная наблюдения показали, гендерные различия в НЯК по Узбекистану отсутствовали. Средний возраст больных с НЯК соответствовали общемировым показателям. Однако, средние сроки верификации диагноза НЯК отставали от среднемировых данных на 1–2 года.

## ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ COVID–19

РАИМКУЛОВА Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

По данным многих мировых литературных источников известно, что в декабре 2019года весь мир услышал о новой вспышке пневмонии, неизвестной этиологии, которая впервые появилась в городе Ухане Китайской народной республики. А уже 9 января 2020года Китайский центр по контролю и профилактике болезней, дал официальное сообщение об обнаружении агента, вызывающего данный вид пневмонии. Им оказался новый коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома 2-го типа – SARS-CoV–2. Коронавирусы – семейство вирусов, включающее на январь 2020г. 40 видов РНК-содержащих вирусов, объединенных в два подсемейства которые поражают человека и животных. Геном коронавирусов (CoV) представлен одноцепочными (+)РНК, обладающими способностью к быстрой мутации и рекомбинации. Название семейства связано со строением вируса, шиповидные отростки которого напоминают солнечную корону. Назначение «короны» у коронавирусов связано с их специфическим механизмом проникновения через мембрану клетки путем имитации «фальшивыми молекулами» молекул, на которые реагируют трансмембранные

рецепторы клеток. После того как рецептор захватывает фальшивую молекулу с «короны», он продавливается вирусом в клетку, и за ним следует РНК вируса.

Мировое сообщество врачей столкнулось с новой коронавирусной инфекцией, возбудителем которой является SARS-CoV–2, клинические проявления очень разнообразны и имеют широкий диапазон и вариабельность клинических проявлений. Одним из которых является поражения желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерологические проявления при COVID–19 включают в себя разнообразную симптоматику: диарею, тошноту, рвоту, абдоминальную боль, тяжесть в эпигастриальной области, метеоризм, урчание, «опоясывающего характера боли в эпигастриальной и подложечной области», «зловонный» стул, извращение вкуса, лихорадка, общая слабость, утомляемость и многие другие проявления.

У многих больных имеет место, поражение печени при COVID–19. Точный механизм повреждения печени в рамках данной инфекции, остается неизвестным. Предполагают ученые, что данный феномен может быть индуцирован прямым вирус-



ным действием на гепатоциты и холангициты, иммуноопосредованным воспалением («цитокиновый шторм»), а также гипоксией на фоне тяжелой пневмонии или полиорганной недостаточности.

Помимо этого, в генезе повреждения печени при COVID-19 нельзя исключить факт гепатотоксичности применяемых для лечения данной инфекции лекарственных средств. Таких как, антибактериальные, противовирусные, глюкокортикостероидные препараты, и многие другие гепатотоксичные лекарственные средства.

Биопсия печени умерших пациентов от COVID-19 при вскрытии показала, что у данных пациентов наблюдался микровезикулярный стеатоз с признаками невыраженного лобулярного воспаления, характерного для лекарственно-индуцированного поражения печени.

По данным российских медиков которые обследовали 150 больных с COVID-19 находящихся на стационарном лечении в Университетской клинической больнице N1 ГАОУВО «Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М.Сеченова» Минздрава РФ. за период с 25 апреля 2020г. по 5 июня 2020г. Во время обследования больных, был назначен ряд обследований, как общеклинических так и биохимических,

а именно: аланинаминотрансфераза-АЛТ, аспаратаминотрансфераза -АСТ, общий билирубин, глутамилтрансфераза- ГТГ, щелочная фосфатаза, маркеры вирусных гепатитов С- HBV и HCV, С-реактивный белок- СРБ. У пациентов с тяжелым течением COVID-19 с желудочно-кишечными симптомами должна быть проведена оценка пищевого риска. В целом энергетические потребности пациента и состояние ЖКТ должны быть своевременно оценены и соответствующим образом скорректирована программа энтерального/парентерального питания.

Единого механизма описанных патологических изменений пока нет, но, специалисты продолжают изучать патогенез возникновения различных клинических проявлений новой коронавирусной инфекции COVID-19 и ее осложнений, которая требует дальнейших наблюдений и пристального изучения клиницистов и учёных всего мира данной проблемы.

В заключении хочется отметить, что борьба человечества с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 продолжается и по сей день, и требует дальнейшего пристального и глубокого изучения данной проблемы, как с диагностической, так и лечебной целью.

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ СЕЛЕЗЕНКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

РАХИМОВА З.Р., ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить изменения селезеночной гемодинамики у больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** всего было обследовано 110 пациентов в возрасте от 17 до 66 лет, средний возраст составил  $48 \pm 1,8$  лет. Все пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 37 больных хроническим гепатитом различной этиологии в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст составил-  $42 \pm 2,1$  года – 23 (62,2%) мужчин и 14 (37,8%) женщин. Вторую группу составили 52 больных циррозом печени от 19 до 66 лет, средний возраст –  $49 \pm 1,8$  лет, 22 (42,3%) мужчин и 30 (57,4%) женщин. Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц без патологии печени в возрасте от 19 до 50 лет, средний возраст составил-  $31 \pm 2,3$  года, 8 (40%) мужчин и 12 (60%) женщин. Для оценки селезеночного кровотока в селезеночной вене (СВ) и селезеночной артерии (СА) определяли диаметр сосуда (D, см) максимальную линейную скорость кровотока ( $V_{max}$ ), минимальную скорость кровотока ( $V_{min}$ ), объемную скорость кровотока ( $V_{vol}$ ). В СА так же определяли индекс резистентности (IR),

пульсационный индекс (PI), систоло -диастолический индекс (S/D) и усредненную во времени скорость (TAMX).

**Результаты исследования.** У больных ХГ при сравнении с КГ в СВ  $V_{vol}$  и TAMX увеличились на 25% и 29% соответственно ( $P < 0,001$ ). Диаметр сосуда увеличился на 0,1 см, но результат оказался не достоверным. В СА существенной разницы между больными ХГ и КГ выявлено не было. У больных ЦП диаметр СВ увеличился на 46% с 0,6 см до 1,1 см ( $P < 0,001$ ) в сравнении с контролем. Объемная скорость кровотока увеличилась до 796,6 мл/мин ( $P < 0,001$ ) у больных ЦП, что выше на 76% чем в КГ. В СА максимальная скорость увеличилась на 26%, IR на 19%, PI на 24% соответственно. Увеличение этих параметров являются косвенными признаками портальной гипертензии. Выявлена прямая корреляционная зависимость между диаметром СВ и объемной скоростью ( $r=0,76$ ). При сравнении показателей гемодинамики в СВ между больными из групп ХГ и ЦП, можно увидеть тенденцию к увеличению максимальной скорости кровотока с 19,1 см/с в группе пациентов ХГ до 22,3 см/с груп-

пе больных ЦП, что составило 14,4%. Увеличился диаметр сосуда на 37% в группе больных ЦП в сравнении с группой больных ХГ. Наблюдалось так же достоверное увеличение объемного кровотока в СВ в три раза (68,1%) у больных ЦП в сравнении с больными ХГ. Что касается изменений в СА, то значимые изменения происходили в основном в группе больных ЦП.

**Выводы.** таким образом, полученные нами результаты свидетельствует о том, что изменения гемодинамики начинаются уже на стадии гепатита и касаются в основном СВ, что проявляется уве-

личением диаметра сосуда и скорости объемного кровотока. В СА у больных ХГ значимые изменения не выявляются. У больных ЦП изменения гемодинамики проявляются прогрессивным увеличением диаметра и объемного кровотока в СВ, как в сравнении с КГ так и в сравнении с группой ХГ. Кроме того, изменения происходят в СА, которые проявлялись увеличением  $V_{max}$ , IR и PI, что в свою очередь свидетельствуют о нарастании сосудистого сопротивления в сосудах портальной системы и косвенно указывают на развитие портальной гипертензии.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

САДИКОВА С.И., ДЖАЛИЛОВА С.Х.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить показатели качества жизни (КЖ) у больных хроническим вирусным гепатитом перенесших Covid-19.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 больных хроническим вирусным гепатитом, которые перенесли Covid-19, из них 23 женщин и 22 мужчин, в возрасте от 22–56 лет, давность Covid-19 от 6 месяцев до 1 года. Качество жизни изучали индекс качество жизни (ИКЖ), индекс выбранных шкал (ИВШ), индекс тяжести болезни (ИТБ).

**Результаты исследования.** При оценке показателей КЖ модифицированным методом Я.Н. Рутгайзера пациенты чаще всего были озабочены необходимостью ограничений трудовой деятельности (83,4%), контактов с друзьями и родственниками (87,4%), необходимостью длительно постоянно лечиться (78,7%), ограничивать себя в выполнении физических усилий (73,2%), ограничивать занятием умственным трудом (73,9%), половой жизнью (75,1%). Реже но в достаточно большом проценте случаев (59–67%), больные выбирали шкалы касающихся необходимости систематически соблюдать диету, ограничивать занятия физ-

культурой и спортом и проведения досуга. В 41–47% случаев пациенты указывали, снижение КЖ у них вызывало понижение в должности, а также снижение заработной платы. И лишь одна шкала – запрещение курения в связи с болезнью – не вызывала негативной оценки, большинство обследуемых указывали, что рады этому, или отнеслись безразлично. Переживали по этому поводу всего 26,5% больных хроническим гепатитом перенесших Covid-19.

Интегральные показатели КЖ в среднем составляли: ИВШ– $1,82 \pm 1,65$ ; ИКЖ– $12,8 \pm 2,2$ ; ИТБ– $7,9 \pm 2,1$ , что также свидетельствует о снижении КЖ.

**Выводы.** Таким образом, все показатели КЖ у больных хронически вирусном гепатитом перенесших Covid-19 значительно снижены. Это обусловлено, по-видимому, тем, что при хроническом вирусном гепатит перенесенным Covid-19 длительное время вирусоносительство приводит к истощению адаптационных, метаболических процессов, местных факторов и механизмов психологической защиты.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

САДИКОВА С.И., ДЖАЛИЛОВА С.Х.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** ретроспективный анализ частоты поражения печени у пациентов с коронавирусной инфекции COVID-19, находившихся на стационарном лечении.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ госпитальных историй болезни пациентов с коронавирусной инфекции COVID-19., в количестве 350 историй болезни, из

них 76 больных тяжелым случаем и 274 легким случаем (В легких случаях COVID-19 наблюдались такие симптомы, как сухой кашель, лихорадка, общая слабость, миалгия и диарея. В тяжелых случаях вирусная пневмония, одышка и гипоксемия которые возникали через 1 неделю после начала заболевания), которые находились на стационарном лечении в отделениях Многопрофильной

клиники ТМА за период июль-август 2020 года. Диагноз коронавирусной инфекции COVID-19 устанавливался на основании положительного исследования мазка из носоглотки на SARS-CoV-2 методом ПЦР, рентгенографии грудной клетки, КТ легких. Поражение печени устанавливали на основании общепринятых клинико-лабораторных критериев, подтвержденных результатами биохимического исследования (уровень билирубина, активность АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТ) и данных объективного осмотра.

**Результаты исследования.** Установлено, при изучении 350 историй болезни пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 у 126 (36%) пациентов отмечено поражение печени, так повреждения печени у пациентов с тяжелой формой COVID-19 варьировалась от 58% до 78%, а при легкой формой от 12%–23% на что, главным образом, указывали повышенные уровни АСТ,

АЛТ и общего билирубина при слегка сниженных уровнях альбумина. Было отмечено, что существенному ухудшению протекания COVID-19 соответствовали высокий сывороточный уровень аспартатаминотрансферазы (АсТ  $\leq 8,84$  Ед/л), аланинаминотрансферазы (АлТ  $\leq 7,35$  Ед/л), общий билирубин (Бил.  $\leq 22,30$  мкмоль/л) и более низкие сывороточные уровни альбумина ( $\geq 4,24$  г/л).

**Выводы.** На основе изучения истории болезни 350 пациентов с подтвержденным COVID-19 можно сделать вывод, что нарушение функции печени, выявленное анализом сыворотки крови (АЛТ, АСТ, уровень общего билирубина и альбумина), действительно связано с тяжелым течением инфекции COVID-19. С клинической точки зрения, следует уделять особое внимание мониторингу возникновения дисфункции печени у пациентов с инфекцией COVID-19.

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

СОБИРОВА Г.Н. ЗАРГАРОВА Н.Р.КАРИМОВ М.М., ЗУФАРОВ П.С.

*Ташкентская медицинская академия, Хорезмский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка особенностей клинических проявлений нарушений желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших COVID-19 в Хорезмской области.

**Материал и методы.** Ретроспективным методом были изучены истории болезней 60 больных, перенесших COVID-19 в 2020 году в Хорезмской области. Было проанализировано наличие гастроэнтерологических проявления до и после заболевания.

**Результаты исследования.** Проведенные исследования показали, что до заболевания у 28,3% больных имелось наличие сопутствующей гастроэнтерологической патологии. Так, у 3,3% был диагностирован хронический гепатит В и С, у 8,3% хронический холецистит, у 6,7% хронический гастрит тип В, у 3,3% язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и 6,7% – синдром раздраженного кишечника. После стационарного лечения через 1- 3 месяца у 46,7% появились и сохранялись те или иные желудочно-кишечные проявления. Наиболее частым симптомом явились боли в правом подреберье, эпигастальной, в мезо- и гипогастальной области – у 23,3% человек, нарушения стула, проявляющееся диареей или чередованием поносов и запоров у 20,0% лиц, метеоризм или флатуленция – у 30,0%. У некоторых пациентов метеоризм имел преимущественно локальный характер, когда газы скапливались в том или ином участке кишки. Значительная ча-

стота этих симптомов указывает на развитие вторичных изменений в толстой кишке, обусловленных нарушением микрофлоры и кинетики кишки. У большинства больных отмечалось наличие астеновегетативных признаков. У подавляющего большинства больных (53,3%) отмечалась раздражительность. Вследствие этого у 18,3% больных имела место бессонница, а 30,0% больных ощущали беспричинную усталость. На общую слабость жаловались 51,6% обследованных.

У 18 (30,0%) больного отмечалось сочетание симптомов дисбиоза с синдромом неязвенной диспепсии (чувство тяжести и переполнения в подложечной области, тошнота, отрыжка), что, скорее всего, объясняется нарушением моторики пищеварительного тракта. У 20 (33,3%) больных это выражалось изжогой. 13 (21,7%) пациент жаловался на чувство раннего насыщения, что могло быть одним из симптомов синдрома избыточного роста бактерий.

С целью оценки нарушений биоценоза и определения степени тяжести дисбактериоза у 28 (46,7%) больных с гастроэнтерологическими проявлениями были проведены бактериологические исследования.

По результатам бактериологического исследования фекалий, проведенного у больных, перенесших COVID-19, группы пациентов были обнаружено, что I степень выраженности дисбактериоза выявлена у 15 (53,5%) больных; II – у 6 (21,4%);

III – у 2 (7,14%); IV – у 3 (10,9%). У 2 (7,14%) больных дисбактериоз отсутствовал. Независимо от степени дисбактериоза наблюдался более или менее выраженный дефицит бифидо- и лактобактерий, наличие которых является непременным условием правильной работы кишечника. Так, де-

фицит бифидобактерий наблюдался у 16 (57,1%) пациентов, а лактобактерий у 14 (50,0%).

**Выводы.** Клинические проявления заболевания больных, перенесших COVID-19 в Хорезмской области ассоциировались с нарушением кишечной микрофлоры толстого кишечника у 43,3% пациентов.

## COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН, ЖИГАР ФЕРМЕНТЛАРИ ОШГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ТАҲЛИЛИ

СОБИРОВА Г. Н., БАФОЕВА З.О., МИКЛИЕВ З.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** коронавирус касаллиги (covid-19) тасдиқланган, жигар ферментлари ошган 110 нафар беморнинг клиник хусусиятларини таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар.** Биз 2021 йилнинг июнь ойида Республика махсус 2-сонли Зангиота шифохонсидаги 3 «А» бўлимида Covid-19 ташхиси тасдиқланган, 204 нафар беморлардан 110 таси яъни жигар ферментлари ошган касалларни танлаб олдик, проспектив усулда таҳлил ўтказдик. Улар билан махсус сўровнома ўтказдик, уларнинг касаллик тарихларини ўрганиб чиқдик, керакли маълумотларни ёзиб олдик.

**Тадқиқот натижалари.** Касалларнинг 43.6% (48 та) аёллар, 56.4% (62 та) сини эркеклар ташкил этди. Беморларнинг ўртача ёши  $47.27 \pm 1.42$  га тенг. Жами беморларни ёш бўйича тақсимлаган: 25 ёшдан кичиклар 6 та, ёшлар (26–44 ёш) 42 та, ўрта ёшлилар (45–60 ёш) 41 та, қарилар (61–75 ёш) 20 та, кексалар (76 ёш  $\leq$ ) 1 та.

Энг кўп қилинган шикоятлар иситма, йутал, томоқда оғриқ, хансираш, умумий холсизлик, мушак ва бўғимларда оғриқ эди. Ҳазмга доир шикоятлардан эса иштаха пасайиши 75.5% (83 та),

таъм ва ҳид сезгиси бузилиши 48.2% (53 та), кўнғил айниши 31% (34 та), қусиш 7.2% (8 та), диарея 9.2% (10 та) ва ҳ.к.

Ҳамроҳ касалликлар бўйича, Юрак ишемик касаллиги 33 та (30%), бронхит 28 та (25%), гипертония 16 та (14.5%), холецистит 10 та (9%), семизлик 9 та (7.3%), қандли диабет 7 та (6.4%), яра касаллиги 6 та (5.3%), гастрит 5 та (4.4%), гепатит ва панкреатит 3 та (2.8%) дан.

Лаборатор таҳлилларда гемоглобиннинг патологик ошиши ( $209.39 \pm 3.06$ ), «С» реактив оқсилнинг қонда кўп миқдорда пайдо бўлиши ( $41.9 \pm 4.63$ ), қон биокимёвий таҳлилида АСТ нормадан бир баробарга ( $64,77$ ), АЛТ эса 3 баробарга (120) ошгани аниқланди.

**Хулоса.** 110 та коронавирус ташхиси тасдиқланган, АЛТ ва АСТ ферментлари ошган беморларни асосан эркеклар, ёшлар ҳамда ўрта ёшлилар ташкил қилган. Асосий шикоятлари иштаха пасайиши ва таъм, ҳид сезгиси йўқолиши бўлган. Лаборатор таҳлилларда гемоглобин, «С» реактив оқсил ошиши, АСТ ва АЛТ бир неча баробарга ошиши аниқланди.

## ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ПЕПСИНОГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВ М.М., АБДУЛЛАЕВА У.К., ИСЛАМОВА Ш.З.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** исследовать уровень сывороточного пепсиногенов (PG) I и II у больных с хроническим гастритом (ХГ).

**Материалы и методы.** В исследование было включено 80 больных ХГ в возрасте от 38 до 69 лет. Больные были разделены на группы: 1-я группа – 28 пациентов с хроническим неатрофическим гастритом с сохраненной секреторной функцией; 2-я группа – 18 больных с слабоатрофическим гастритом с умеренной секреторной недостаточ-

ностью; 3-я группа – 19 пациентов с умеренным атрофическим гастритом с выраженным нарушением секреции; 4-я группа – 15 пациентов с тяжелым атрофическим гастритом с выраженным нарушением секреции. Всем больным был проведен клинико-биохимический и эндоскопический мониторинг. Контрольная группа, включала 30 здоровых добровольцев с отсутствием диспепсических жалоб и нормальной эндоскопической картиной. Уровень PG I в сыворотке крови измеряли у всех



пациентов методом твердофазного иммуноферментного анализа.

**Результаты исследования.** У больных ХГ отмечалось обратное взаимосвязанное с распространенностью и тяжестью атрофии слизистой оболочки желудка (СОЖ) уменьшение уровня PG –1 по сравнению с контрольной группой: в 1-й группе – на 15%, во 2-й группе – на 29,5% ( $p < 0,01$ ), во 2-й группе – на 35,5% в 3-й группе – на 61,6% ( $p < 0,001$ ). Количество PG –1 в 4-й группе значительно отличалось от значений 1-й и 2-й групп: снижено на 54,8% и 45,6% соответственно. Данные изменения подтверждают научные данные о целесообразности использования PG –1 в качестве серо-

логического маркера атрофии СОЖ. Сывороточная концентрация PG –1 в среднем по основной группе была достоверно снижена относительно значений контрольной, 1-й и 4-й групп – на 34,6; 23 и 38,6% соответственно, проявляла тенденцию к снижению при сравнении с аналогичным показателем 2-й группы и превышала данные больных распространенным атрофическим гастритом на 70,5% ( $p < 0,001$ ). Указанные изменения согласуются с общепринятым научным мнением о роли атрофических изменений СОЖ в канцерогенезе.

**Выводы.** Таким образом, пороговые значения уровня PG I в сыворотке являются значимыми для скрининга предраковых заболеваний желудка.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., ГАРОВОВ Г.Я.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М.Каррыева, Ашгабат, Туркменистан*

**Цель исследования.** Изучить распространенность вирусной инфекции у больных эрозивной формой ГЭРБ.

**Материал и методы.** При помощи иммуноферментного анализа (ИФА) и эзофагогастродуоденоскопии (ЕГДС) были выявлены 39 пациентов (23 мужчин и 16 женщин) с хронической вирусной инфекцией и эрозивной формой ГЭРБ. В контрольной группе у 25 больных (15 мужчин и 10 женщин) с эрозивной формой ГЭРБ вирусы не обнаружены. Больные обеих групп принимали ингибитор протонной помпы пантопразол в дозе 80 мг в сутки на протяжении всего курса лечения. Больные основной группы дополнительно получали противовирусную терапию лавомаксом (125 мг) по схеме. Повторная ЕГДС проводилась через 28 дней после начала терапии.

**Результаты исследования.** У больных обеих отмечались основные клинические симптомы ГЭРБ: изжога (65,4% и 68%), регургитация (53,8%

и 58,1%), дисфагия (43,6% и 40%). ГЭРБ проявлялась также внепищеводными (атипичными) симптомами: боль за грудиной (23,1% и 25,6%), кашель (12,8% и 12%), одышка (0,05% и 0,08%).

В основной группе при ИФА у 69,2% пациентов обнаружен вирус простого герпеса, у 59% – цитомегаловирус, у 25,6% пациентов – вирус Эпштейна–Барр. При этом у 35,9% пациентов отмечено сочетание различных вирусов – от 2 до 3 видов.

Под влиянием медикаментозной терапии уменьшение симптомов и сокращение сроков эпителизации эрозивных дефектов слизистой оболочки пищевода наблюдалось в основной группе у 89,7%, а в контрольной группе у 56% больных.

**Выводы.** Хроническая вирусная инфекция слизистой оболочки пищевода широко распространена среди пациентов, страдающих эрозивной формой ГЭРБ. Применение противовирусной терапии в сочетании с ингибиторами протонной помпы ведет к сокращению сроков лечения.

## ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ

ХАМРАЕВ А.А., ЮЛДАШЕВА Д.Х.

*Тошкент тиббиёт Академияси, Тошкент, Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Жигар ноалкогол ёғ хасталиги (ЖНАЁХ) ни стеатоз ва стеатогепатит босқичида клиник-лаборатор маркёрлари орқали баҳолаш

**Материал ва усуллари.** Тадқиқотга ЖНАЁХ ташхисланган 98 нафар беморни клиник, лаборатор ва инструментал текшириш натижалари маъ-

лумотлари олинди. Беморларнинг 53 (54%) нафари аёл, 45 (46%) эркак жинсига мансуб бўлиб, ёшлари 20–75 (ўртача  $49,2 \pm 4,2$ ) йилни ташкил этди. ЖНАЁХ билан хасталанган 98 нафар бемордан 67 (68,3%) жигар стеатози (ЖС) босқичи, 31 (31,6%) стеатогепатит (СГ) босқичидаги беморлар киритилди. Алкоголли жигар ёғ хасталиги-



ни инкор этиш учун анамнез (даврий алкогольли ичимликлар ичмаслиги) йиғилди ҳамда махсус CAGE сўровномаси орқали ажратиб олинди. Текшириш давомида амалий 24 нафар соғлом шахслар (ёши 20–65) билан қиёсий баҳоланди. Қон зардобда липид профилини текшириш: умумий холестерин (ХС), холестерин зичлиги паст бўлган липопротеидлар (ЗПЛП), холестерин зичлиги жуда паст липопротеидлар (ЗЖПЛП), холестерин зичлиги юқори бўлган липопротеидлар (ЗЮЛП), триглицеридлар (ТГ) текширувларни ўз ичига олган. ЗПЛП ва ЗЖПЛП кўрсаткичи қўйидаги формула орқали ҳисобланди:  $ZЖПЛП = ТГ/2$ ,  $ZПЛП = ХС_{қон} - (ZЖПЛП + ЗЮЛП)$ . Олинган натижалар Атерогенлик коэффициенти (АК) формуласи орқали ҳисобланди:  $АК = ХС_{зплп} + ХС_{зжплп} / ЗЮЛП$ . Семизлик даражаси Кетле индекси бўйича:  $ТМИ = оғирлик (кг) / бўй (м^2)$ . Олинган маълумотлар Стъюдентнинг t-мезони қўлланган ҳолда статистик қайта ишланди ва  $P < 0,05$  эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Тадқиқот натижалари ва таҳлиллар. ЖНАЁХ га хос бўлган асосий клиник белгилар мажмуаси қуйидагилар: ўнг қовурға остида оғирлик ва нохус сезги, жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, кекириш, метеоризм, ич қотиши, кашасимон ич келиши, тез чарчаш, ҳолсизлик. Тадқиқот ишидан, ЖНАЁХ СГ да учрайдиган клиник белгилар жигар стеатозига нисбатан юқори частотада учради. Ундан ўнг қовурға остида нохушлик, оғирлик ҳисси 58,06%. Беморларда учраш кўрсаткичи юқори кейинги белги кекириш бўлиб, СГ да (67,7%), жигар стеатозига 47,7% ни ташкил этди. ЖНАЁХ да

кейинги клиник белги ич қотиши бўлиб, бу белги СГ да 54,8% ни, ЖС да эса нисбатан камроқ учраб, 31,3% ни эгаллади. ЖНАЁХ да жигар функционал ҳолатини ўрганишда унинг липид метаболизмини текшириб, таҳлил қилинди. ЖНАЁХ да дислипидемия ТГ 1,9 ммоль/л дан юқорилиги, ХС ЗЮЛП  $< 1$  ммоль/л дан пастлиги тавсифланди. Бу бузилишлар липид метаболизми чуқурроқ бузилганда янада сезиларли бўлди. Олинган натижалар ЖНАЁХ беморларида стеатоз ва стеатогепатит босқичида атероген дислипидемия мавжудлигини кўрсатади. Бизнинг тадқиқот натижаларимиздан АК 6 ммоль/л дан юқори қайд этилди. ЖНАЁХ да стеатоз ва стеатогепатит босқичида жигарнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун пигмент алмашинуви, цитолиз ва холестаза параметрлари ўрганилди. Билирубин даражаси назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада ошди. ЖС да цитолиз кўрсаткичлари даражаси аспаратаминотрансфераза (АСТ) 20,9 (ТБ/л) аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 27,6 ни ташкил қилди, СГ да бу кўрсаткич соғлом ва ЖС га қараганда юқорироқ АЛТ 88,6 6- 8 марта ва АСТ 48,2 3–4 марта кўрсаткич юқорилиги аниқланди. Ишқорий фосфатаза СГ да 1,5–2,5 марта юқорилиги кўрилди.

Шундай қилиб, ЖНАЁХ да клиник белгилар, лаборатор таҳлиллар, пигмент алмашинуви, цитолиз ва холестаза натижалари ЖС га нисбатан СГ да нисбатан юқорилиги баҳоланди. Бизнинг корреляцион таҳлилимиз ЖНАЁХ стеатоз, стеатогепатит босқичида, умумий холестерин ЗПЛП билан ЗЮЛП ўзаро манфий боғлиқликда бўлди.

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ ВА ЎТХАЛТА ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК–ЛАБОРАТОР ПАРЕЛЕЛЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИНИ ЎРГАНИШ

ШЕРАНОВ А.М., АРИПОВ Ш.М., УМАРОВ И.Ж., ВОХИДОВ Ж.Ж.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Самарқанд вилоятида жигар ноалкогол ёғ хасталиги (ЖНЁХ) ва ўт халта тош касалликларининг клиник–лаборатор паралелларини ўзига хос кечишини ўрганиш.

**Материал ва усуллари.** Белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун 30 нафар ЖНЁХ касаллари текширилади. Ишда қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилади: клиник, лаборатория. Тадқиқот объекти стеатоз ва ўт тошлари касаллиги босқичида ЖНЁХ билан касалланган беморлар бўлади. Умумий клиник текширув шикоятларни аниқлаштириш, анамнезни йиғиш, органлар ва тизимларнинг ҳолатини баҳолашни ўз ичига олган стандарт схема бўйича амалга оширилади. Текширилган беморларнинг холсизлик (15%), иш қовурғанинг сусайиши (17%), ун қовурға ёғи ости соҳасидаги оғирлик хисси (21%), оғиз аччик булиши (12%), кўнгил

айниши (5%) учради. Барча беморлар қайта-қайта поликлиника ва касалхонада текширилади. Кенг қамровли текширувда қоннинг тўлиқ текшируви, сийдик текшируви, билирубин, АЛТ, АСТ, Г-ГТ, гидроксида фосфатаза, холестерин, триглицеридлар, албумин текширувлари мавжуд.

**Тадқиқот натижалари.** Биринчи марта қўшма патологиянинг клиник ва лаборатор текширув хусусиятлари ўт халта тош касаллиги билан ЖНЁХ ўрганилди. Стеатоз босқичида ЖНЁХ курсининг хусусиятларини комплекс клиник ва лаборатория баҳолаш амалга оширилади. Кенг қамровли тадқиқотда тарқалиш даражаси ўрганилади, шикоятлар, клиник хусусиятлар, стеатоз босқичида ЖНЁХ нинг асосий хусусиятларини акс эттирувчи гепатобилиар тизимнинг функционал хусусиятлари таҳлил қилинади ва таққосланади. Ўт пуфаги-

даги тошларнинг биргаликда патологияси мавжудлиги 100% ҳолларда ЖНЁХ билан бирга келади, бу эса этарли даражада гепатопротектив терапия зарурлигини асослайди.

**Хулоса.** Олинган натижалар ЖНЁХ ни стеатоз босқичида эрта ва дифференциал диагностика қилиш учун ишлатилиши мумкин. ЖНЁХ шаклланиши ва унинг жигар фибрози ривожланишига ўтиш хавфи бўлган беморларни аниқлаш учун прогноз тизими ишлаб чиқилади, бу эса гепато-

билиар тизимнинг функционал бузилишларини ўз вақтида тузатишга ва жигар циррози билан касалланишни камайтиришга имкон беради. Диагностика ва даволашнинг ишлаб чиқилган усуллари стеатоз босқичида ЖНЁХ беморларини бошқариш амалиётига киритилади. Бу даволанишни оптималлаштириш ва самарадорлигини ошириш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтиришга имкон беради.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ И ПИТЬЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД «ЧИНАБАД» НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

ЮЛДАШЕВА Г.Р., ЖАББОРОВА Д.Х.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить эффективность амплипульстерапии и питье минеральных вод «Чинабад» при дисфункции билиарного тракта.

**Материал и методы.** Было исследовано 30 больных с дисфункции билиарного тракта. Для верификации диагноза всем больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и ЭГДФС для исключения других заболеваний пищеварительной системы. Активность воспалительного процесса оценивалась на основании показателей клинического анализа крови, активности амилазы в сыворотке крови и моче, С-реактивного белка аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АЛТ и АСТ), а также общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП). При изучении трофологического статуса пациентов из лабораторных показателей учитывались сывороточный общий белок, альбумин, холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой и очень низкой плотности, рассчитывалось абсолютное количество лимфоцитов. При анализе жалоб больных выделялись следующие основные клинические симптомы: боль, диспепсия, метеоризм, нарушение стула, диарея или запор, потеря массы тела.

**Результаты исследования.** Проведенное исследование на 30 больных с билиарной патоло-

гией показало, что после применения амплипульстерапии и питье минеральных вод «Чинабад» болевой синдром купировался, уменьшилось содержание нейтрального жира и жирных кислот в кале. На фоне комплексного лечения больные субъективно стали чувствовать себя лучше, уменьшились жалобы на метеоризм, нормализовался стул. В результате проведенного клинического исследования пациенты и специалисты пришли к заключению, что применения амплипульстерапии и питье минеральных вод «Чинабад» является эффективным методом при лечении не только при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, но и при других патологических состояниях, которые сопровождаются нарушением пищеварения (ХБХ, ХГ, ЖКБ, ПХЭС...), особенно когда имело место выраженный болевой синдром.

**Выводы.** Таким образом, клиническая оценка применения амплипульстерапии и питье минеральных вод «Чинабад» при дисфункции билиарного тракта с наличием абдоминальным синдромом выявила его хорошую эффективность и безопасность, а также способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АЛИАХУНОВА М.Ю., НУРИТДИНОВА С.К.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы с определением характера ее изменения у больных ревматоидным артритом (РА) в процессе терапии.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 40 больных с диагнозом РА, преимущественно женщины (37 чел.), в возрасте от 17 до 58 лет, длительностью заболевания и среднем  $8,69 \pm 1,25$  лет, с медленно прогрессирующим (72,5%) и реже (27,5%) с быстро прогрессирующим течением полиартрита, II (70%) и III (25%) степенью активности, с IV (45%) рентгенологической стадией I и II (по 20%), II (57,5%) и I (35%) степенью функциональной недостаточности. Клинические проявления поражения сердца наблюдался у 25% больных. Пациенты с сопутствующей ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией в наблюдение не включались. Обследование больных при поступлении в стационар проводили с использованием общепринятых современных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования и повторяли при необходимости в конце госпитализации (в среднем 10 дней). Применяли ЭКГ, одномерно (в М-режиме), двухмерную (секторальное сканирование) и доплер ЭхоКГ. После оценки клинического статуса, с помощью использованных методов исследования получены сведения, позволяющие судить о состоянии сердечно-сосудистой системы у больных РА. В комплексной терапии больных РА наряду с основными патогенетическими средствами использовали метаболические препараты, восстанавливающие свойства клеточных мембран, улучшающие энергетический обмен и микроциркуляцию, обладающие вазодилатирующим и кардиотоническим эффектами в адекватных, общепринятых дозах.

**Результаты исследования.** После комплексной терапии существенно уменьшилось число

больных РА с кардиальными нарушениями (от 70% в начале наблюдения до 47,5% через 6 месяцев,  $p < 0,05$ ). Признаки недостаточности кровообращения обнаружили наблюдения у 7,5% ( $p < 0,05$ ) больных РА по сравнению с 25%. За период наблюдения уменьшилось количество пациентов, страдающих РА, с кардиалгией, сердцебиением и одышкой от 25% до 7,5% ( $p < 0,05$ ). По данным ЭКГ сократилось количество больных РА с нарушением функции автоматизма от 35% до 10% ( $p < 0,01$ ), изменениями в миокарде от 52,5% до 30% ( $p < 0,05$ ). Если в начале наблюдения отметили объемную перегрузку и дилатацию левого желудочка, увеличение размеров его полости в систолу (КСИ) и диастолу (КДИ), индекса конечного систолического объема (ИКСО), левого предсердия (ИЛП) и правого желудочка (ИПЖ), расширение корня аорты, уменьшение подвижности МЖП, и передней митральной створки. Через 6 месяцев существенно уменьшились размеры и гипертрофия левого предсердия и левого желудочка, улучшилась подвижность его задней стенки.

**Выводы.** Определили, что более выраженный характер наблюдаемых нами структурных нарушений отмечался при медленно прогрессирующем течении РА. Выявленные изменения на ЭхоКГ возрастали с увеличением продолжительности заболевания и рентгенологической стадии артрита, чаще встречались у пациентов, серопозитивных по ревматоидному фактору. За год наблюдения изменилась структура кардиальной патологии за счет уменьшения количества пациентов с миокардитом (от 27,5% до 12,5%,  $p > 0,05$ ), с миокардиострофией (от 40% до 30%,  $p > 0,05$ ), эндокардитом (от 22,5% до 17,5%,  $p > 0,05$ ), не обнаружили признаков перикардита (2,5%,  $p > 0,05$ ), увеличилось число больных РА с относительно «интактным» сердцем (от 30% до 52,5%,  $p < 0,05$ ).

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

АЛИАХУНОВА М.Ю., БАБАЕВ М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить диагностические возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) для оценки изменений крестцово-подвздошных суставов (КПС) у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

**Материал и методы.** МРТ и рентгенография КПС проведена 18 больным с определенным АС. Медиана возраста пациентов составляла около 22 лет, а медиана длительности клинических симптомов 3 года, что позволяет говорить об относительно ранней стадии АС у наблюдавшихся нами больных. У 13 пациентов заболевание началось в возрасте старше 16 лет. Несмотря на небольшую длительность заболевания, у 14 больных имелись основания для установления диагноза определенного АС (воспалительные боли в нижней части спины, двухсторонний сакроилиит не менее – II ой рентгенологической стадии). МРТ проводилась на аппарате «PHILIPS MULTIVA» с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Воспалительные изменения КПС анализировались в субхондральной кости, костном мозге, капсуле сустава, полости сустава и в межкостных связках. Активность АС оценивалась с помощью BASDAI. HLA-B27 выявлен у 16 из 18 больных. У всех пациентов имелись рентгенологические признаки сакроилиита: у 15 больных двухстороннего (у 13 – II или III стадии по Kellgren, у 1-го – I и III стадии) и у 3-х больных – одностороннего II стадии, в общей сложности в 31 из 36 анализировавшихся КПС. МРТ-признаки воспаления КПС обнаружены у всех 15 больных также в 28 из 30 (93%) КПС (только в суставах, измененных рентгенологически). Отек субхондральных отделов крестца и/или подвздошной кости выявлен у 13 больных в 23 КПС; отек костного мозга – у 16 в 20 КПС; отек полости сустава – у 16 в 21 КПС; отек капсулы – у 10 в 12 КПС; признаки воспаления межкостных связок – у 2-х в 3-х КПС. Воспалительные изменения во всех 5 анализи-

ровавшихся анатомических областях были выявлены в одном КПС, 4-е локализации воспаления – в 9 КПС, сочетание 3-х различных локализаций – в 13 КПС; в одном КПС воспаление локализовалось только в капсуле. Структурные изменения выявлены у 14 больных в 22 из 30 (73%) КПС. Частота обнаружения структурных МРТ-изменений КПС при II рентгенологической стадии сакроилиита составляла 67%, а при III стадии – 83%. Сочетание воспалительных и структурных изменений отмечено в 22 из 30 КПС (73%), примерно одинаково часто при разных рентгенологических стадиях сакроилиита. Изолированные признаки воспаления, не сопровождавшиеся структурными изменениями, обнаружены в 3-х КПС у 5-х больных. Воспалительные изменения отмечались одинаково часто в КПС, в области которых больными отмечались (81%) или не отмечались (88%) боли. У больных с высокой (BASDAI >40) и невысокой (BASDAI <40).

В результате чувствительность применявшихся структурных МРТ-признаков обнаружения сакроилиита, диагностированного с помощью МСКТ, составила 46,5%, специфичность – 98,0%, положительная прогностическая ценность – 24,1%, а отрицательная прогностическая ценность – 70,5%.

**Выводы.** Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой частоте воспалительных изменений в области крестцово-подвздошных суставов, выявляемых с помощью МРТ у больных с достоверным диагнозом АС. Несколько реже наблюдались структурные изменения КПС. Для тех и других МРТ-изменений была характерна высокая специфичность: они выявлялись только в тех илиосакральных сочленениях, которые были изменены рентгенологически. Полученные данные позволяют считать, что изучение возможностей МРТ-визуализации КПС для ранней (дорентгеновской) диагностики АС обосновано и перспективно.

## РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

АЛИАХУНОВА М.Ю., НУРИТДИНОВА С.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Исследовать роль системного воспаления и дисфункции эндотелия как факторов кардиоваскулярного риска у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

**Материал и методы.** В исследование включено 100 пациентов с достоверным (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям) диагнозом анкилозирующего спондилита. Критериями



исключения были: наличие ИБС, манифестного периферического атеросклероза, цирроза печени, поражения почек с развитием хронической почечной недостаточности. У всех пациентов осуществлялся скрининг артериальной гипертензии (АГ) и классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: курения, гипер- и дислипидемии (исследовались уровни общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов с расчетом уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и индекса атерогенности), избыточной массы тела (при индексе массы тела [ИМТ]  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>), наследственности, сахарного диабета. Диагноз АГ устанавливался при трехкратном выявлении артериального давления выше 140 и 90 мм рт.ст. В контрольную группу включены 30 практически здоровых человек в возрасте  $36,2 \pm 10,3$  лет, не имеющих АГ, сахарного диабета, ИБС и ее эквивалентов.

**Результаты исследования.** У 31 (31%) пациента зарегистрирована АГ 1-й и 2-й степени. Адекватную гипотензивную терапию среди них получали 15 пациентов (48,3%). При анализе нарушений липидного обмена обращает на себя внимание высокая частота сниженного уровня ЛПВП (61%) при относительно низкой (13%) частоте выявления гиперхолестеринемии. У пациентов с АС уровень общего холестерина значимо ниже аналогичного показателя в группе контроля. Уровни ЛПНП и триглицеридов оказались сопоставимыми с соответствующими показателями здоровых лиц. Одновременно у больных АС отмечено значительное снижение уровня антиатерогенных ЛПВП. Таким образом, липидный профиль у пациентов с АС можно охарактеризовать

как проатерогенный, что связано не с гиперлипидемией, а с низким уровнем ЛПВП. Среднее значение ИМТ составило  $23,4 \pm 4,6$  кг/м<sup>2</sup>, большинство пациентов (64%) имело нормальную массу тела (ИМТ =  $18,5 - 24,9$  кг/м<sup>2</sup>), 7% больных имели дефицит массы тела (ИМТ  $< 18,5$  кг/м<sup>2</sup>), в том числе 11% – ожирение (ИМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>). Уровень С-реактивного белка, превышающий 10 мг/л, отмечен у 54% пациентов. Уровень фибриногена у пациентов с АС также вполне ожидаемо превышает показатель у лиц контрольной группы ( $7,2 \pm 2,4$  и  $3,5 \pm 0,8$  г/л, соответственно,  $p < 0,05$ ). О связи между активностью воспаления и изменениями в системе гемостаза свидетельствует значимая корреляция уровня СРБ с уровнем фибриногена,  $p < 0,05$ . У 31 (31%) пациента зарегистрирована АГ 1-й и 2-й степени. Адекватную гипотензивную терапию среди них получали 15 пациентов (48,3%). Показатели липидного профиля пациентов и лиц группы контроля представлены в табл. 3. У пациентов с АС уровень общего холестерина значимо ниже аналогичного показателя в группе контроля. Уровни ЛПНП и триглицеридов оказались сопоставимыми с соответствующими показателями здоровых лиц.

**Выводы.** Таким образом, риск развития ИБС и фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с АС, рассчитанный с учетом только классических факторов риска, является близким к общепопуляционному. Результаты анализа дополнительных факторов риска указывают на наличие у пациентов с АС признаков повреждения, дисфункции эндотелия и повышенного протромбогенного потенциала, непосредственно связанных с активностью системного воспаления.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

АРИПОВА Н.А., ДЖУРАЕВА Э.Р., ГАНИЕВА Н.А., ЗИЯЕВА Ф.К., БЕКЕНОВА Г.Т.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение клинического значения сывороточного цитокина ИЛ-4 при системной склеродермии с различными вариантами течения.

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 45 жен и 15 муж в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматология и артрологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла в среднем  $8,22 \pm 7,1$  лет. У 45 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 15 – диффузная (дССД). Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной

патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, иммунофлюоресцентным методом антицентромерные антитела, антитела к Scl-70 и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). ИЛ-4 определяли в сыворотках больных непрямым твердофазным иммуноферментным методом.

**Результаты исследования.** Все больные имели характерную для ССД периферическую и висцеральную симптоматику, включавшую поражение кожи (плотный отек – у 24 больных, индукция – у 14, средний кожный счет –  $8,1 \pm 7,3$  балла), сосудистую патологию (синдром Рейно у всех больных, трофические сосудистые нарушения – у 24), поражение опорно-двигательного аппарата



(артрит – 9, миозит –2, мышечная слабость – 5) и внутренних органов (склеродермическое поражение пищевода –31, легких – 29, сердца –24, почек – 1, легочная гипертензия – 8). При сравнительном анализе отмечено, что ИЛ–4 значительно чаще выявлялся в группе больных с меньшей длительностью заболевания, прогрессирующим течением ССД, поражением кожи в стадии плотного отека. У 30% больных обнаружены ССД специфические аутоантитела: Scl–70 (20%) или антицентромерные антитела (15%).

**Выводы.** Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ–4 при ССД может рассматриваться как маркер активной фазы фиброзного процесса. На основании повышения его уровня в крови возможно выделение больных с прогрессирующим течением заболевания, нуждающихся в применении иммуносупрессивной терапии и в дальнейшем использования сывороточно-го уровня ИЛ–4 в мониторинге прогрессирования ССД.

## ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ

АРИПОВА Н.А., ДЖУРАЕВА Э.Р., ГАНИЕВА Н.А., АСҚАРОВ Н.Л.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение иммунологических показателей системной склеродермии с различными вариантами течения.

**Материал и методы.** В исследование было включено 60 больных (20 мужчин и 40 женщины), соответствующих критериям ССД Американской коллегии ревматологов/Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR). Определяли уровни сывороточных цитокинов (интерлейкины – ИЛ 1 $\beta$ , 4) и всем пациентам проводилось иммунологическое обследование, включающее определение антител к топоизомеразе I (анти-Scl–70), к центромерам (АЦА).

**Результаты исследования.** В нашем исследовании большинство больных были женского пола, среднего возраста, с умеренной длительностью заболевания. Преобладали пациенты с лимитированной формой (54,3%), 38,7% больных имели диффузную, 5,8% –перекрестную (overlap-синдром); <1% –висцеральную и ювенильную формы ССД. Также определяли цитокинов — интерлейкинов (ИЛ) 1 $\beta$ , 4 с помощью иммунофер-

ментного анализа (ИФА). Уровни цитокинов–1 $\beta$ , ИЛ–4 были увеличены как при ОСД, так и при ССД. Наиболее часто из ССД-ассоциированных антител (приблизительно у половины пациентов) были выявлены анти Scl–70. АЦА имели место лишь у 44 (14,6%) пациентов. Сочетание позитивности по АЦА и анти-Scl–70 было отмечено у трех пациентов с лимитированной ССД, в том числе у одной –с ранней формой заболевания. Среди них преобладали пациенты с лимитированной и перекрестной формами ССД. Поражения почек в данной группе пациентов не отмечалось.

**Выводы.** Исследование метаболизма цитокинового профиля и аутоантител может быть использовано для дифференциальной диагностики ОСД и ССД. Особенности нашей исследования являются преобладание лимитированной формы ССД и частое выявление анти-Scl–70 как при диффузной, так и при лимитированной форме ССД; отсутствие корреляций анти-Scl–70 с быстрым прогрессированием патологического процесса, патологией почек.

## ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

АХМЕДОВА Н.А., КАСИМОВА М.Б., АЛИЕВА К.К.

*Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение вариабельности минеральной плотности костной ткани и некоторых генетических маркеров при остеоартрозе (ОА) коленных суставов.

**Материал и методы.** обследованы 98 больных гонартрозом (ГА), находившихся на лечении в Республиканском ревматологическом центре Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, из них 85 женщин и 13 мужчин. Средний возраст 53,2 $\pm$ 0,3 года. Больных в возраст-

те до 50 лет было 36 (36,7%), 50 лет и старше 62 (63,3%).

Из анамнеза было установлено, что с длительностью болезни до 1-го года был 41 (41,8%) больной; до 5 лет 43 (43,8%); 10 лет и более 14 (14,8%). Проводились рентгенологические, денситометрические исследования, определяли индекс массы тела (ИМТ).

**Результаты исследования.** По острофазовым показателям только у 27 (27,6%) больных была

умеренно выражена степень воспалительной активности, что указывает на перманентность течения воспаления. У 72% женщин и 90% мужчин обнаружено ожирение, преимущественно абдоминального типа. Избыточная масса тела (ИМТ > 25) ассоциировалась с повышенной частотой ГА коленных суставов.

При рентгенологическом исследовании коленных суставов I степень изменений обнаружена у 28 больных, причем 23 из них женщины; II степень имела место у 24 больных, в том числе у 23 женщин, III степень у 46 больных, из них 39 женщин. У большинства больных продолжительность заболевания была до 5 лет.

Изучение состояния костей у больных ГА показало, что только у 8 (8,1%) больных костная система оставалась в норме. Остеопения обнаружена у 50 (51%) обследованных, системный остеопороз (ОП) констатирован у 20 больных, причем 18 из них женщины. Данное обстоятельство указывает

на наиболее частое сочетание ГА и ОП у женщин в силу снижения репродуктивности и климактерического периода. Исследование показало, что показатели минеральной плотности костной ткани дистального отдела предплечья у больных ГА были статистически ниже, чем в контрольной группе, причем снижение плотности кости у больных ассоциируется с увеличением возраста и длительностью заболевания, уменьшением массы тела, отсутствием регулярных физических нагрузок.

**Вывод.** Прогрессирование рентгенологической стадии ГА коррелировало с уменьшением показателей костной плотности. Это обстоятельство указывает на необходимость всестороннего изучения состояния минеральной плотности костной ткани у больных ГА, особенно у женщин, независимо от давности и рентгенологической стадии заболевания.

## РЕВМАТОИД АРТРИТИ БЕМОРЛАРДА ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ПСИХОФЕНОТИПГА БОҒЛИҚЛИГИ

АШУРОВ Д.Ў., МУҲАММАДИЕВА С.М., БЕКЕНОВА Г.Т., УМБАРОВ М.О.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Ревматоид артритли (РА) беморларда фармакотерапия самарадорлигини психофенотипга боғлиқлигини ўрганиш ва беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология ва кардиоревматология бўлимида даволанаётган 50 нафар РА билан оғриган беморлар олинди. Шундан 40 нафари аёл (80%), 10 нафари ( 20%) ерак жинсига мансуб беморлар. РА ташхиси Америка ревматологлари ассоциациясининг (ACR 2010) ташхисий мезонларига асосан қўйилган. Беморларнинг ёш кўрсаткичи 20 дан 60 ёшгача бўлиб, ўртача  $38 \pm 3,4$  ни ташкил этди. Беморларнинг барчасига умумкилик текширувлардан ташқари махсус Мориски-Грина тест сўровномаси, темпарамент типини аниқлаш учун Айзенко тести ва комплементлик аниқлаш тестларидан фойдаланилди.

**Тадқиқот натижалари.** РАли беморларнинг 33 тасида (66%) DAS 28 индекси бўйича 3 фаоллик даражаси, 20тасида—1 даража, қолган беморларда—2 даража аниқланди. 30та беморда (60%) касалликнинг ревматоид омил (РО) бўйича серопозитив кечиш шакли аниқланди. РАли беморларнинг 40 тасида (80%)—касалликнинг 2 ва 3 рентгенологик босқичи, 42тасида (84%)—бўғимлар функционал бузилишининг II ва III босқичи аниқланди. 50та РАли беморларнинг 11тасида (22%) тизимли белгилари кузатилди. Ёш кўрсаткичи бўйича беморлар қуйидагича тақсимланади: 20–35 ёшдаги

беморлар 36,55% ни, 36–45 ёшлилар энг кўп фозини (51,53%) ва 45 ёшдан катта беморлар эса энг кам миқдорни (10,92%) ташкил этди. Тадқиқот мақсадидан келиб чиқиб беморлар 2 гуруҳга ажратилди: I – гуруҳига базис препарат қабул қилган ва ҳозир маълум сабабларга кўра ичмай қўйганлар. II- назорат гуруҳига эса базис препарат (метотрексат 10мг/ҳафтасига) қабул қилаётган беморлар танлаб олинди. Тадқиқотда беморлар психофенотипини аниқлаш учун Мориски-Грина тест сўровномаси, Айзенко тести темпарамент типини аниқлаш учун ва комплементлик аниқлаш тестларидан олинган натижалар бўлимида даволанган 32 нафар бемор шифокор тавсия этган базис препаратни қабул қилмай қўйган кўрсатди. Бу беморларнинг психофенотиплари ўрганилганда 30% беморлар дори воситарини ножўя тасиридан қўриқиб, 20% беморларга базис препаратлар ичиш кераклиги тўғрисида етарлича тушунча берилмагандан, 30% беморлар касаллиги тузалишига ишонмаслигидан базис препарати ичмай қўйган. Бу ҳолат беморларда касалликнинг зўрайишига ва стационар даво олишга муҳтожликни келтириб чиқарган. Назорат гуруҳидаги беморлар базис препаратларни ўз вақтида қабул қилганлиги сабабли касаллик авж олиши ва асоратлар бериши камайган.

**Хулоса.** Олинган натижалар шуни кўрсатадики, РА ли беморларнинг психофенотипини яхши ўрганиш лозим ва ҳар бир беморга базис препаратлар тўғрисида етарлича тушунча беришимиз шарт.

РА ли беморларни даволашда шифокорлар ва беморлар ўзлари йўл қўйган камчиликларни эрта аниқлаш ва келажақда ундан тўғри хулоса

чиқариб ишлашни ўрганган ҳолда уларнинг ҳаёт сифатини ошириш учун ҳаракат қилишимиз

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ SARS-COV2

ГАДАЕВ А.Г., АМОНОВ М.К.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

**Цель исследования** является сравнительное изучение проявления клинических симптомов и лабораторных изменений повреждения почек при SARS-COV2.

**Материал и методы.** В исследование включены 58 пациентов с утвержденным диагнозом SARS-COV2. Из них 28 (48%) мужчин, 30 (52%) женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты находились на обследовании и лечении на базе инфекционной больницы Бухарской области. Диагноз SARS-COV2 установлено на основе полимеразы цепной реакции диагностики антигена коронавируса. Для оценки повреждения функции почек проведены лабораторные анализы как, определение микроальбумина и нефрина в моче иммуноферментным методом. Определение креатинина, скорость клубочковой фильтрации. СКФ и функциональный резерв почек (ФРП) который, является разницей между максимальной (стимулируемой) и базальной величинами клубочковой фильтрации. В группу контроля вошли 10 здоровых добровольцев (5 мужчины, 5 женщин в возрасте от 19 до 55 лет) не перенесшие SARS-COV2.

**Результаты исследования.** У 12,8% больных была кратковременная азотемия (увеличение уровня мочевины до 26 мкмоль/л), а у 33, 7% больных была зафиксирована микроальбуминурия (МАУ).

Так же оценивали фильтрационную функцию почек у больных с наличием микроальбуминурии и без нее на фоне коронавирусной инфекции. Так, скорость клубочковой фильтрации в среднем составила  $65,96 \pm 8,72$  и  $117,96 \pm 7,65$  мл/мин (в норме  $> 90$ ) соответственно. Определили и оценивали ФРП и показатели составили следующие: у больных с коронавирусом без МАУ у 63,4% больных выше 10%, 26,4% ниже 5% и в 10,2% случаях обнаружено «отрицательный» показатель (от -3 до -12%)

Показатели нефринурии (НУ), превышающие по уровню 50-й перцентиль в контрольной группе, (т.е. практически не встречающиеся у здоровых), мы принимали за «положительные» значения (НУ положительный  $> 3,78$  нг/мл).

НУ положительный выявлялась, в среднем, у 81,1% (47 из 58) больных с SARS-COV2. При этом НУ положительный у 63% больных без МАУ.

Установлено что, повышенные показатели НУ ( $> 5,73$  нг/мл) встречались у больных с гипертонической болезнью в анамнезе.

**Выводы.** Заболевания почек являются фактором риска инфицирования коронавирусом. Раннее выявление, коррекция фильтрационной и выделительной функции почек, включая адекватную гемодинамическую поддержку, может улучшить прогноз выздоровления пациента с COVID-19.

## ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ЗАҲИРАСИНИ БАҲОЛАШНИНГ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ

ГАДАЕВ А.Г., АХМЕДОВА Н.Ш.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади** клиник белгилари мавжуд бўлмаган, аммо иккиламчи нефропатиялар ривожланишиги олиб келувчи хавф омиллари бўлган беморларда буйрак фаолияти бузилиши эрта ташхислаш маркерларининг солиштирма таҳлилини ўтказиш ва уларнинг прогностик аҳамиятини ўрганишдан иборат

**Материал ва усуллар.** Тадқиқот ишида 120 нафар бемор жалб қилинган бўлиб, 65% (78 та) - эр-

каклар ва 35% (45 та) аёллар. Ўртача ёш  $57,2 \pm 2,8$  ни (20–75 ёшгача) ташкил этди. Назорат гуруҳини 40 нафар (20 та эркак ва 20 та аёл) нефропатия клиник белгилари мавжуд бўлмаган ва уни келтириб чиқарувчи хавф омиллари аниқланмаган соғлом кишилар ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморлар 3 га бўлинди: қандли диабет 2 типи бўлган беморлар, артериал гипертония ташхиси қўйилган беморлар ва қандли

диабет + симптоматик гипертензия мавжуд бўлган беморлар гуруҳи.

Барча беморларда қон зардобиди креатинин, мочевино, буйрак фаолияти бузилиши эрта диагностик маркери сифатида томир эндотелийси ўсиш омили (VEGF-A) иммунофермент усулда (ELISA), подоцитлардаги патологик ўзгаришларни баҳолаш учун сийдикда нефрин миқдори иммунофермент усулда, шунингдек буйрак коптокчалари филтрацион тезлиги (БКФТ)- СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ва буйрак функционал резерви (БФР) аниқланди.

БФР ни аниқлашда дастлабки ва стимулланган (оқсилли юкламадан кейин) БКФТ орасидаги фарқ ҳисоб чиқилди ва 10% кам, манфий натижалар бўлган беморларда БФР камайган деб баҳоланди.

**Тадқиқот натижалари.** Асосий гуруҳдаги беморларда БКФТ ўртача 74,7 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (мос ҳолда 75,9;79;68.2), артериал гипертензия билан оғриган беморларнинг 54,8% БКФТ ошганлиги (гиперфилтрация) кузатилди. БФР 17,2% беморларда манфий курсатгич (-5-32% гача), 51,4% беморларда 5% дан кам, 8,6% беморда 10-5% орасида ва 22,8% беморда 10% дан юқори кўрсаткичларни берди.

Деярли барча беморларда сийдикда нефринурия аниқланди ва БФР кўрсаткичлари ва нефринурия орасида ишончли мусбат боғлиқлик кузатилмади.

VEGF-A миқдори ва БФР кўрсаткичлари солиштирма ўрганилганда БФР паст ва манфий бўлганда VEGF-A миқдори, БФР сақланган беморлар кўрсаткичларига қараганда пастроқ натижалар мавжуд. 95 (65,8;229,44) ва 101,8 (63,4;271,5) пг/мл, ( $p > 0,05$ ).

VEGF-A и нефринурия кўрсаткичлари орасида юқори даражадаги корреляцион боғлиқ мавжудлиги аниқланди ( $p = 0,0002$ ).

**Хулоса.** 18,6% беморларда нефропатия клиник белгилари мавжуд бўлмасида, БФР пасайиши ва яққол намоён бўлган нефринурия аниқланди.

Клиник белгилари мавжуд бўлмаган, аммо иккиламчи нефропатия ривожланишиги олиб келувчи хавф омиллари мавжуд бўлган беморларда сурункали буйрак касаллиги келиб чиқишини башоратлаш ва унинг зурайиб боришини олдини олиш мақсадида нефропатияларни эрта аниқлашчи маркерлар (нефрин, VEGF) ни таҳлили қилиш ва БФР ни аниқлаш муҳим диагностик ва прогностик аҳамиятга эга.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ПОКАЗАТЕЛЕМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

ГАНИЕВА Н.А., НАБИЕВА Д.А., ДЖУРАЕВА Э.Р., АРИПОВА Н.А.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Проведение Холтеровского мониторирования сердечно – сосудистой системы у больных ССД на фоне пульс – терапии.

**Материал и методы.** Обследовано 65 больных системной склеродермией (ССД) в возрасте от 14 до 49 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 10 лет. Всем больным проведены общеклинические методы исследования, Холтеровское мониторирование, ЭКГ, ЭхоКГ до и после проведения пульс – терапии.

**Результаты исследования.** По результатам исследования наиболее часто наблюдалось поражение миокарда (79,8%) с минимальными изменениями на ЭхоКГ. Эндокардит диагностирован у 12%, перикардит – у 8,2% больных. У больных ССД при проведении Холтеровского мониторирования до пульс-терапии выявлено нарушение ритма сердца в виде тахикардии (100%), в сочетании с наджелудочковой (ПЭС) и желудочковой

(ЖЭС) экстрасистолией у 30,4% и 66,6% больных соответственно, у 3% больных диагностированы множественные эпизоды депрессии интервала ST. Необходимо отметить, что у большинства больных ССД данные изменения не были обнаружены на ЭКГ. После курса пульс-терапии наблюдалось урежение частоты тахикардии у 88,2% больных, уменьшение эпизодов ЖЭС и ПЭС, а также депрессии ST.

**Выводы.** Вовлечение в основной процесс сердца при ССД – один из частых висцеритов – характеризуется поражением всех оболочек сердца (преимущественно миокарда) при мало выраженных клинических проявлениях. Выявление с помощью Холтеровского мониторирования скрытых нарушений ритма, не обнаруживаемых при проведении традиционных клинических и инструментальных исследований, а также применение пульс – терапии позволяет предупредить развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных ССД.



## ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТОЧНОГО ЦИТОКИНА ИНТЕРЛЕЙКИНА–6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ГАНИЕВА Н.А., РИЗАМУХАММЕДОВА М.З., ДЖУРАЕВА Э.Р., АРИПОВА Н.А.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить уровни ИЛ6 в сыворотке крови у больных системной склеродермией (ССД).

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 40 жен и 20 муж в возрасте старше 18 лет, в среднем 50,40±15 лет находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет. Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. У 40 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 20 – диффузная (дССД). Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). Уровень ИЛ–6 и растворимых рецепторов ИЛ–6 в сыворотке измеряли у пациентов с ССД (n=60) и здоровых людей в контрольной группе (n=20). Были из-

учены связи между уровнем ИЛ–6 в сыворотке и С-реактивным белком и ключевыми клиническими исходами при ССД.

**Результаты исследования.** Уровень ИЛ–6 в сыворотке часто был повышен у пациентов с ССД, особенно у пациентов с диффузным ССД и повышенными маркерами острой фазы. Выраженная экспрессия в коже наблюдалась в дермальных фибробластах, моноклеарных клетках и эндотелиальных клетках у пациентов с ранним диффузным ССД. Высокая экспрессия ИЛ–6 на ранней стадии диффузным ССД, по-видимому, связана с более тяжелым поражением кожи через 3 года и худшим долгосрочным выживанием, чем у пациентов без повышенных уровней ИЛ–6.

**Выводы.** Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ–6 при ССД может рассматриваться как маркер воспаления и фиброза, но также может быть клинического исхода при этом заболевании. Эти данные также служат обоснованием для клинических исследований, а также в качестве потенциальной антифибротической терапии ССД.

## ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОСТЕОАРТРИТА НА ЖИЗНЬ ЛЮДЕЙ

ДАМИНОВ Б.Т., МИРЗАЕВА Б.М., ГАЗИЕВА Х.Ш.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить распространенность остеоартрита и качество жизни среди взрослого населения в возрасте 45 лет и старше.

**Материалы и методы.** Были обследованы 100 пациентов от 45 до 75 лет, которые находились на стационарном лечении в РСНПМЦТ И МР. Средний возраст составлял 62 года, из них 54,2% – женщины и 45,8% мужчины

**Результаты исследования.** Распространенность остеоартрита по самооценке составила 9,9%. Колени и руки были наиболее частым местом поражения. Распространенность ОА была выше у женщин и у участников без профессиональной деятельности. Наличие ОА было выше у участников с сопутствующими заболеваниями. Большинство людей в какой-то момент своей жизни уже проходили курс лечения от этого заболевания: 94,5% получали медикаментозное лечение, 49,5% – физиотерапию и 19,8% – физическую активность. Боль была связана с ростом, с некоторыми участками болезни, в частности, шея, по-

ясничный отдел позвоночника и плечи, оценка качества жизни SF12 и меры воздействия на повседневную жизнь участников, тяжесть заболевания и инвалидность. Воздействие ОА на повседневной основе было сильнее у людей, которые взяли отпуск по болезни или прекратили работу из-за ОА, имели более слабое физическое и психическое здоровье и демонстрировали большую тяжесть заболевания.

Наше исследование подтверждает, что распространенность остеоартроза была выше у женщин и связана с возрастом. Среди субъектов с остеоартритом колени и руки были наиболее частыми участками болезни, о которых сообщали сами. ОА был связан с меньшим количеством лет обучения и пропусками занятий. Воздействие на повседневную жизнь было самым важным параметром пациентов, связанным с этим заболеванием, которое также было связано с ухудшением физического и психического здоровья и с более высокой степенью тяжести заболевания.



## РЕВМАТОИД АРТРИТДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

ЖЎРАБОЕВА Г.Б., АГЗАМОВА Г.С.

*Фаргона шаҳар кўп тармоқли поликлиника, Фаргона, Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Олимлар томонидан ўтказилган тадқиқот муҳокама ва замонавий тиббиётда беморларни ўрганиш энг фойдали, хавфсиз, қулай ва самарали усулларини аниқлаш.

**Материал ва усуллари.** Буйрак шикастланиши кўп беморларда кузатилади. Буйраклар зарарланиши нафақат беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилади, балки юрак-қон томир тизимидаги асоратларнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлади. Ревматоид артрит касаллигида буйрак функционал ҳолатини баҳолашнинг бир неча усуллари мавжуд бўлиб, уларни баъзи олимлар бемор қон таҳлилида Цистатин–С оқсилни, мочевина, креатининни аниқлаш орқали, баъзилари эса морфологик усулда, яъни буйракни нефробиопсия қилиш орқали аниқлаганлар. Креатинин буйрак функциясининг кўрсаткичи сифатида камчиликка ридан ҳоли эмас: унинг жинсига, ирқига, тана вазнига, овқатланишига, яллиғланиш касалликларининг мавжудлигига ва беморнинг ёшига боғлиқ.

**Тадқиқод натижалари.** Буйрак етишмовчилигида Цистатин–С концентрациясини аниқлаш лаборатория диагностикасининг замонавий усули бўлиб, бу буйрак патологиясини эрта босқичда аниқлаш имконини беради. Бу протеин оқсилни организмдан, фақат, буйраклар орқали чиқарилади, шунинг учун ҳам буйрак фаолиятини аниқлашда асосий ўринда туради. Жаҳон тиббиёти қон плазмасида Цистатин–С даражасини аниқлаш, бирин-

чи навбатда, яширин ёки прогрессив сурункали буйрак касаллигини аниқлашда муҳим эканлигини қайд этмоқда. Цистатин–С тести, асосан, қандли диабет, миокард инфаркти, инсульт ва юрак етишмовчилиги каби касалликларда буйрак шикастланишини аниқлаш учун ишлатилади. Олинган таҳлиллар буйракларнинг бу жараёнда иштирок этиш ёки этмаслигини аниқлашга ёрдам беради. Бу эса касалликнинг прогнози ва кейинги даволаш тактикаси учун жуда муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Цистатин–С кўрсаткичларини креатинин кўрсаткичлари билан биргаликда ўрганиш буйракларнинг фильтрация функциясини тўлиқроқ баҳолаш имконини беради.

**Хулоса.** 1. Цистатин–С оқсил билан буйрак патологиясини эрта босқичда аниқлаш имконини бериши мумкин;

2. ҳозирги кундаги текширув усулларида энг мукамал, замонавий ва бемор учун хавфсиз бўлган усул бўлиб, у орқали буйракнинг функционал ҳолатини ўрганиш қулай ҳисобланади.

Касалликнинг дастлабки босқичда нефропотектив даवони аниқлаб, беморни сурункали буйрак етишмовчилик асоратидан сақлаб қолиш ва шу орқали ногиронликни олдини олишга эришилади. Шунинг учун бу текшириш усули бугунги кун тиббиётида самарали даво муолажаларини ўтказиш, аҳоли соғлигини таъминлаш, соғлом ҳаёт тарзини яратиш учун муҳим омил эканлиги билан аҳамиятлидир.

## ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМ ТИПЛАРИНИ ЎРГАНИШ

КАСИМОВ Д. Х., РЎЗИЕВА С.О.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Гипертония касаллиги ревматоид артрит билан кечаётган беморларда суткалик қон босими профилларини баҳолаш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга 60 нафар бемор жалб қилинди. Асосий гуруҳ сифатида гипертония касаллиги ва ревматоид артрит ташхиси қўйилган, ўрта фаолликда кечаётган, яллиғланишга қарши базис терапия қабул қилаётган 30 нафар бемор (22 аёл (73%) ва 8 эркак (27%); ўртача  $48,2 \pm 8,1$  ёш), назорат гуруҳи сифатида гипертония касаллиги мавжуд, ревматоид артрит бўлмаган 30 нафар бемор (13 аёл (43%) ва 17 эркак (57%); ўртача  $49,6 \pm 11,8$  ёш) олинди. Бар-

ча беморларда лаборатор-асбобий ва функционал текширувлар ўтказилди. Периферик артериал қон босими валидирланган тонометрда ўлчанди ва Ambulatory Blood pressure monitor «Contec ABPM50» аппарати ёрдамида суткалик назорат қилинди. Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар IBM SPSS Statistics 21.0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди.

**Тадқиқот натижалари.** Асосий гуруҳдаги клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари назорат гуруҳга нисбатан юқориқлиги аниқланди ( $p > 0,05$ ). Артериал қон босим типлари тақсимоли ўрганилганда даво самарадорлиги пастлигини

англатувчи чин ва яширин артериал гипертензия типлари асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳга нисбатан деярли уч баробар кўпроқ учраши аниқланди (мос равишда 46,6% ва 16,7%,  $\chi^2=6,24$ ,  $p<0.05$ ; 30% ва 10%,  $\chi^2=3,75$ ,  $p<0.05$ ). Самарали давони билдирувчи чин нормотония эса назорат гуруҳ беморларда асосий гуруҳга нисбатан сезиларли кўпроқ учради (мос равишда 56,6% ва 16,7%,  $\chi^2=10,33$ ,  $p<0.01$ ). Қон босими суткалик индекс тақсимоли солиштирма таҳлил қилинганда салбий прогностик ахамиятга эга бўлган ёмон бўлган night-peaker типи фақат асосий гуруҳ беморларда қайд этилди (13,3%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p<0.05$ ). Физиологик бўлган dipper типи эса назорат гуруҳ беморларда асосий гуруҳга нисбатан ишончли даражада кўпроқ учраган (мос равишда 26,7% ва 6,7%,  $\chi^2=4,32$ ,  $p<0.05$ ). Non-dipper ва over-

dipper типларининг тарқалганлик даражаси бўйича гуруҳлар ўртасида фарқлар етарли даражада ишончли бўлмади.

**Хулоса.** Гуруҳлар ўртасидаги фарқ статистик ишончли бўлмаса ҳам, гипертензия касаллиги ревматоид артрит билан кечган беморларда клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари назорат гуруҳга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Артериал қон босим типлари таҳлил қилинганда даво самарадорлиги пастлигини англатувчи чин ва яширин артериал гипертензия типлари, прогностик салбий ахамиятга эга бўлган night-peaker типи асосий гуруҳ беморларда ишончли юқори улушларда учраганлиги қайд этилди ( $p<0.05$ ). Ушбу маълумотлар гипертензия касаллиги ревматоид артрит билан бирга келганда оғирроқ кечилиши тахмин қилиш имконини беради.

## ОЦЕНКА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

КАСИМОВА М.Б.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Выявить и оценить наиболее значимые и часто встречающиеся ВП у больных АС.

**Материал и методы.** В исследование были включены 74 больных с достоверным диагнозом АС, соответствующим модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Все пациенты находились на стационарном лечении или наблюдались амбулаторно в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в течение не менее 5 лет. В исследуемой группе было 69 мужчины и 5 женщин. Средний возраст больных составил  $29,3\pm 0,9$  лет, возраста начала болезни —  $18,4\pm 0,6$  лет, продолжительность болезни —  $10,5\pm 0,4$  лет. У 10 (13,5%) пациентов заболевание началось в возрасте до 16 лет (ювенильное начало). Аксиальная форма АС (с изолированным поражением осевого скелета) наблюдалась у 35 (47,3%) человек, периферический артрит — у 39 (52,7%). Всем больным проведено комплексное обследование, с оценкой всех проявлений АС. Всем пациентам выполнялись клинико-лабораторные тесты, включавшие клинический анализ крови и мочи, определение креатинина, мочевины, печеночных трансаминаз, билирубина, СОЭ, острофазовых показателей, инструментальные исследования, включавшие ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ или при необходимости МСКТ внутренних органов, консультация узких специалистов.

**Результаты исследования.** Анализ группы пациентов с АС продемонстрировал частое развитие ВП: почти у половины за период течения болезни отмечается какое-либо из ВП, причем, у трети (33%) — несколько ВП, что под-

тверждает представление об АС как системном воспалительном заболевании. Наиболее характерным ВП для АС является увеит. Это проявление важно не только в клиническом, но и в диагностическом отношении. Другие ВП — воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), псориаз, нефрит — также могут протекать с тяжелыми клиническими проявлениями. Среди наших больных у 4 — выявлен увеит, у 5 поражение клапанов сердца, у 6 — тяжелое течение ВЗК, у 3 — псориаз, поражение кожи с высоким значением индекса PASI, у 5 развилось поражение почек с последующим нарушением функции почек. Приступы у больных АС каких-либо внеаксиальных поражений (периферический артрит, увеит или изменения клапанов сердца/аорты, поражение почек), по-видимому, влечет за собой повышенный риск развития других ВП. Причем, реализация этого риска может осуществляться в течение длительного времени. Например, увеит может манифестировать за несколько лет до начала других проявлений АС, в то время как поражение клапанов сердца и аорты чаще возникает в более поздний период болезни, даже у больных с тяжелым течением спондилита и периферическим артритом.

**Выводы.** Таким образом, на основании полученных данных и данных других исследований ВП можно определить как патологический процесс воспалительной природы и проявление основного заболевания, который может развиваться на любом этапе течения болезни, часто коррелирует с активностью АС и поддается лечению при лечении основного заболевания.

## ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГИНИНГ ҲОЛАТИ

КАСИМОВА М.Б., ҚАХХАРОВА Ш.Б.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Тизимли склеродермияли (ТСД) беморларда суюқ минерал зичлиги (СМЗ) камайишини анъанавий хавф омиллари ва клиник кўрсаткичлар билан боғлиқликда ўрганиш.

**Материал ва усуллари.** Тадқиқотда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология ва кардиоревматология бўлимларида даволанган ТСД ташхиси аниқ бўлган 40 бемор аёллар иштирок этдилар. Назорат гуруҳини анамнезида РК бўлмаган 40 та аёл ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши  $45,85 \pm 1,45$  йил бўлиб, назорат гуруҳи ёш кўрсаткичига мос келди. Касаллик давомийлиги ўртача  $8,31 \pm 0,81$  бўлди. ТСД I даражали фаоллиги 12 (30%), II даража—24 (60%) ва III даража эса 4 (10%) беморда аниқланди. Суюқ тўқимаси ҳолатини баҳолаш учун «Ostesys SONOST-300» (Жанубий Корея) аппаратида товон суягининг ултратовушли денситометрияси ўтказилди. Z ва T кўрсаткичлар ҳисоблаб чиқилди. ОП ташхиси БЖССТ тавсияларига мувофиқ қўйилди. T-индекснинг  $-1,0$  до  $-2,5$  SD даражасида бўлиши СМЗнинг остеопения сифатида характерланувчи камайиши деб,  $-2,5$  SD ва ундан паст бўлиши эса ОП диагностик белгиси деб баҳоланди. Олинган маълумотларнинг статистик ишловида статистик таҳлиллар учун дастурлар пакетидан (Statistica for Windows версия 10.0 (StatSoft Inc., USA)) фойдаланилди.  $P < 0,05$  бўлганда фарқлар аҳамиятли деб баҳоланди.

**Тадқиқод натижалари.** СМЗ меъёрий кўрсаткичлари ТСДли беморлар гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан анчагина кам ҳолатларда аниқланди ( $p < 0,05$ ). T-индекс  $1,74$ -  $-3,36$  оралиғида бўлди. Текширилган 40 беморнинг 23 тасида (57,5%) ОП ва остеопения аниқланди.

ОП умумий учраш сони репродуктив ёшдаги аёлларга нисбатан постменопаузадаги аёлларда юқорироқ бўлди. Постменопауза давридаги ССДли беморларда илгари олиб борилган пилот тадқиқотларда ОП кўрсаткичи 29–39%ни ташкил қилган. ТСДнинг СМЗ ҳолатига таъсирини ўрганиш учун беморларда клиник ва лаборатор кўрсаткичлар ўрганиб чиқилди. ОП ва остеопениянинг фаоллигининг юқори ва ўрта даражаларида энг кўп тарқалганлиги қайд этилди. ТСД авж олиши ва бошланғич босқичидан тарқалган ва терминал босқичларига ўтиши билан ОП учраш сонининг ортиши кузатилди ( $p < 0,05$ ). ОПнинг касаллик давомийлиги билан боғлиқлиги аниқланди ( $p < 0,05$ ). ОП ва остеопения аниқланган беморларда эритроцитлар чўкиш тезлиги кўрсаткичлари ҳам юқори бўлди ( $p < 0,05$ ). ОП ва остеопения бор ёки йўқлиги бўйича ТСДли беморлар хавф омилларини аниқлаш учун гуруҳларга тақсимланди. ОП аниқланган ва аниқланмаган беморлар ўртасида ёши, тана вазни ва тана вазни индекси каби хавф омиллари бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланди. Чекиш, овқат билан бирга қабул қилинаётган кальций миқдори бўйича статистик ишонарли фарқлар қайд этилмади.

**Хулоса.** ОП ва остеопения ТСД кўп учрайдиган асоратларидан бири ҳисобланади ва беморларнинг 57,5% ида аниқланди. ТСДда остеопороз учраши соғлом аҳолига нисбатан анча юқори. ТСДда ОП касаллик фаоллиги юқори бўлганда ва касаллик ҳамда менопауза даври узокроқ давом этганда ривожланади. ТСДли беморларда касаллик аниқланган вақтдан бошлаб ултратовушли денситометрияни мунтазам ўтказиб туриш ОП ва остеопорозни эрта аниқлаш имконини беради.

## ОПЫТ УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РИТУКСИМАБА

КИРЕЕВ В.В., УСМАНБЕКОВА Х.Т., КАЧАЛОВА С.Н.

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан*

Ревматоидный артрит (РА) часто поражает женщин фертильного возраста, что значительно ухудшает качество жизни, а прием базисных препаратов (иммунодепрессантов) делает беременность противопоказанной. Особняком стоят генно-инженерные препараты (ГИП), которые позволяют достичь длительной ремиссии заболевания и значительно улучшить качество жизни. Кроме того, беременность не является противопоказанием к

назначению ГИП. Многочисленные литературные данные показывают возможность успешной беременности и рождения здорового ребенка у женщин с аутоиммунными заболеваниями (РА, СКВ и даже системными васкулитами), получавшими генно-инженерные препараты, число которых в настоящее время доходит до 60.

Практической иллюстрацией данной возможности является больная Г, 32 лет, диагноз ревмато-

идный артрит. Болеет в течении 7 лет, заболевание развилось спустя 2 месяца после замужества. Первоначально принимала метотрексат, преднизолон, сульфосалазин. Периодически отмечались обострения заболевания, с повышением СОЭ до 32 мм/ч, С-реактивного белка до 12 мг/л. При рентгенологическом исследовании кисти: ревматоидный артрит II ст. Со стороны внутренних органов без патологии.

На фоне лечения препаратом ритуксимаб–блокатора В-клеток, являющегося базисным препаратом, позволяющим достичь длительной ремиссии РА удалось достичь устойчивой ремиссии.

Препарат вводился 3 раза, первый раз в дозе 500 мг, а затем по 100 мг с интервалом 3 месяца. После наступления ремиссии были отменены какие-либо препараты, кроме периодического приема НПВС, и спустя 7 месяцев от момента отмены метотрексата женщина забеременела. Следует отметить, что отмечен регресс рентгенологической симптоматики. Беременность протекала нормально, завершилась нормальными срочными родами с рождением здорового мальчика весом 3700 г. Во время родов, учитывая то, что родовой акт является с рессорным компонентом, проводилась профилактика обострения РА и надпочечниковой недостаточности гидрокортизоном согласно

рекомендациями АРА (1987). Спустя месяц после родов отмечено небольшое развитие обострения заболевания и появление болей в суставах, в связи с чем поучила ритуксимаб в дозе 100 мг. В течении года пациентка чувствовала себя хорошо, кормила грудью ребёнка, какие-либо препараты не принимала. Спустя 14 месяцев после родов отмечено небольшое обострение заболевания, развитие умеренной деформации IV пальца правой кисти. Больная вновь поучила ритуксимаб в дозе 500 мг, в поражённый сустав IV пальца введен 1 мл гидрокортизона, после чего вновь отмечена ремиссия заболевания.

Данный случай иллюстрирует возможность достижения ремиссии больных аутоиммунными заболеваниями и в частности РА и развитие беременности у данной категории пациентов, которая была ранее противопоказанной. Назначение ГИП возможно во время беременности, т.к. ввиду того, что размеры молекулы всех ГИП очень велики (молекулярный вес достигает миллионы килодальтон), они не могут проникать через плацентарный барьер, а возможность выделения таких молекул через грудное молоко низка и даже если и будут выделяться с грудным молоком, то пищеварительная система ребенка расщепит их, тем самым инактивировав, делая его безопасным для ребенка.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛИМУМАБА В ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

КИРЕЕВ В.В., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка эффективности адалимумаба в поддержании индигирования ремиссии РА.

**Материал и методы.** Адалимумаб применен у 50 больных РА, имевших I степень активности заболевания. Средний возраст пациентов составил  $38,4 \pm 5,7$  лет, продолжительность заболевания  $11,2 \pm 4,8$  лет. Ранее пациенты получали различное лечение, направленное на достижение ремиссии заболевания: пульс-терапию дексаметазоном (метилпреднизолоном, бетаметазоном), среднедозовое введение метотрексата (30–50 мг внутривенно капельно в 2–3 приема), циклофосфан однократно в дозе 600–1000 мг однократно, ритуксимаб, тоцилизумаб, ремикейд до нормализации клинико-лабораторных показателей. На момент применения СОЭ составила  $20,3 \pm 1,71$  мм/ч, С-реактивный белок  $5,8 \pm 0,15$  мг/л.

Адалимумаб вводился подкожно в стандартной дозе 40 мг в готовом шприце. Перед введением

препарат оставляют на 15–20 минут при комнатной температуре (хранится в условиях холодильника при температуре не более 5С) для согревания, после чего вводится подкожно в область предплечья. За пациентом наблюдают в течении 25–30 минут, после чего при отсутствии каких-либо реакций и жалоб, отпускают.

**Результаты исследования.** Наш опыт применения адалимумаба в течении 2 лет показал высокую эффективность препарата, обеспечивая поддержание ремиссии. Препарат вводился с интервалом в 2 недели, а затем ежемесячно или ежеквартально. Необходимо отметить, что среди пациентов оказалась больная с ранней стадией РА, которая на фоне глубокой ремиссии забеременела. Остальные пациенты находятся в фазе ремиссии, чувствуют себя хорошо.

**Вывод.** Таким образом, применение адалимумаба позволяет достигать ремиссии РА в течении длительного времени.



## РЕМИКЕЙД В ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.

КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., АРИПОВА Т.У., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение клинической эффективности ремикейда в терапии РА.

**Материал и методы.** Ремикейд применен в терапии у 50 больных РА. Диагноз заболевания устанавливали согласно критериям АРА (1987) в модификации российской ассоциации ревматологов (2003). Все пациенты имели II-III степень активности заболевания (СОЭ  $37,45 \pm 12,86$  мм/ч, С-реактивный белок  $20,61 \pm 5,23$  мг/л). Продолжительность заболевания составила  $13,2 \pm 6,23$  года. Ранее пациенты получали различное лечение, включая глюкокортикоидные гормоны (преднизолон, дексаметазон), пульс-терапию дексаметазоном, бетаметазоном и метилпреднизолоном, метотрексат, циклофосфан. Назначение ремикейда осуществляли согласно критериям EULAR. Перед назначением препарата пациенты обследовались на отсутствие инфекции, им выполнялись рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ внутренних органов, клинико-биохимическое исследование, исследование иммунологических показателей. Ремикейд вводился согласно инструкции в дозе 100 мг на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно медленно в течение 2 часов с премедикацией 2 мл дексаметазона, вводимого внутривенно капельно на 100 мл физиологического раствора. В ходе введения препарата, за исключением одного случая (пирогенная реакция, купированная введением анальгина и димедрола), каких-либо реакций не наблюдалось.

**Результаты исследования.** Уже на следующий день после введения ремикейда отмечалась улучшение общего состояния: значительное уменьшение болей в суставах, увеличение амплитуды движений в суставах, улучшение общего самочувствия. Отмечалось достоверное снижение показателей воспалительной активности, снижение СОЭ до  $21,45 \pm 1,78$  мм/ч. Следует отметить, что нарастание эффекта отмечалось не сразу, а в течение 4–5 дней. Эффект от препарата сохранился от 1 месяца до года, что позволило улучшить качество жизни пациентов и уменьшить расходы на поддерживающую терапию, сократить примерно в 3 раза число принимаемых НПВС-препаратов, снизить в 1,5–2 раза дозу глюкокортикоидов у гормонозависимых пациентов. Также следует отметить, что отмечалась тенденция к нормализации показателей кроветворения, повышение уровня гемоглобина и повышение числа эритроцитов, у пациентов с исходной тромбоцитопенией отмечалась нормализация числа тромбоцитов, у пациентов с лейкоцитозом отмечалась нормализация числа лейкоцитов.

Важно отметить, что отмечалась тенденция к нормализации иммунологических показателей.

**Вывод.** Таким образом, применение ремикейда позволяет значительно улучшить результаты лечения РА.

## АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТДА ОСТЕОПОРОЗНИ ДАВОЛАШДА АЛФАКАЛЬЦИДОЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

МИРАХМЕДОВА Х.Х., НАБИЕВА Д.А., МУХАММАДИЕВА С.М.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Анкилозловчи спондилитли (АС) беморларда остеопороз (ОП)нинг давосида витамин Д (алфакальцидол) препаратининг самарадорлигини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотда Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасининг ихтисослашган артрологик амбулатор даволаш курси бўлимида назоратда бўлган АС билан касалланган ва ОП аниқланган 52 беморлар иштирок этдилар. ОП аниқланмаган беморлар, ОП ривожланишига сабаб бўлувчи дори препаратлари қабул қилган беморлар тадқиқотга киритилмади, ёш кўрсаткичи 17 дан 70 ёшгача бўлган беморлар иштирок этдилар. Беморлар ўртача ёш кўрсаткичи  $38,52 \pm 1,41$  ни ташкил этди. Ёш кўрсаткичи бўйича

беморлар куйидагича тақсимланди: 20 ёшгача ва 20–29 ёшдаги беморлар деярли тенг миқдорда, 40–49 ёшлилар энг кўп фоизни (36,55%) ва 60 ёшдан катта беморлар эса энг кам миқдорни (1,92%) ташкил этди. Беморларга умумклиник, рентген денситометр текширувлари ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Фаоллик даражаси бўйича АС ли беморлар – 9 та (17,3%) да касалликнинг минимал (I) фаоллик даражаси, 37 та бемор (71,2%) да (II) ўртача ва 6 та (11,5%) беморда касалликнинг юқори (III) фаоллик даражаси қайд этилди. Кузатувда бўлган беморларнинг энг кўп қисми – 26 (50%) беморда касалликнинг марказий шакли (умуртқа поғонаси ва думғаза-ёнбош битишмалари зарарланиши устунлиги билан) таш-



кил қилди. Ризомелик (шарсимон, яъни елка, тоссон бўғимлари зарарланиши билан) ва периферик (умуртқа поғонаси ва қўл-оёқларнинг периферик бўғимлари зарарланиши билан) шакллари мос равишда 24% ва 26% ни ташкил этди.

Текширувнинг асосий кўрсаткичлари (рентген денситометр бўйича):

ВМС–суяк тўқимасининг минерал ҳолати кўрсаткичи, граммларда ўлчанади.

ВМД–тўқиманинг минерал зичлиги,  $г/см^2$  да ўлчанади.

T–мезон: олинган суяк зичлигининг нормал зичликка нисбати.

Z–мезон: олинган суяк зичлигининг ушбу ёшдаги ва жинсдаги одамлар гуруҳининг ўртача кўрсаткичига нисбати.

Одатда T–мезон  $-0,9$  дан  $+2$  гача бўлса суяк тўқимасининг меъёрий ҳолатини кўрсатади. Суяк тўқимаси патологиясининг биринчи, яъни остеопения белгилари пайдо бўла бошласа T–мезон  $-1,5$  дан  $-2,5$  гача камаяди, қачонки бу мезон  $-2,5$  дан паст кўрсаткичларгача камайса ОП ҳақида ўйлаш мумкин.

ОП аниқланган АСли беморлар 2 гуруҳга ажратилди ва уларга қуйидаги даволаш курси тайин-

ланди: 1-гуруҳни альфакальцидол «Минеральф» препаратини қабул қилган ОПли 24 та бемор, 2-гуруҳни кальций препаратлари қабул қилган 28 та бемор ташкил қилди. Бунда 1-гуруҳ беморларига кунига  $0,5-1$  мкг минеральф препарати, 2-гуруҳга эса кунига 1000 мг кальций препарати тайинланди. Барча кўрсаткичлар даволашдан олдин ва ундан 6 ой кейин қайта ўрганилди.

Беморлар 6 ой мобайнида алфакальцидол билан даволанганларида суяклар ва умуртқа поғонасидаги оғриқ 27,2% га ( $P<0.001$ ) камайди, мушак кучи эса 16,1% га ( $P<0,05$ ) ортди. Назорат гуруҳида эса ижобий клиник натижалар деярли кузатилмади. Беморлар алфакальцидолни яхши қабул қилишди. Ножўя таъсирлар деярли кузатилмади. Фақатгина 1 беморда кунига 1 мкг доза қабул қилганда гиперкальциемия, бошқа бирида эса бош оғриғи кузатилди.

**Хулоса.** Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб шуни айтишимиз мумкинки, Витамин Д етишмовчилиги ОП ривожланиш хавфининг асосий факторларидан бири ҳисобланади. Демак, бошқа сабабли ОПлар каби, АСда ривожланган ОП ни даволашда ҳам витамин Д, хусусан минеральф препарати самаралидир.

## ИНТЕРЛЕЙКИН–1В ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ РЕВМАТОИД АРТРИТНИНГ ФАРМАКОТЕРАПИЯСИДА АСОРАТЛАР ХАВФИНИ ПРОГНОЗ ҚИЛИШ

МИРХАМИДОВ М.В., НАБИЕВА Д.А., БЕРДИЕВА Д.У., ГАНИЕВА Н.А., АРИПОВА Н.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқод мақсади.** Интерлейкин–1 $\beta$  ген полиморфизмини ўрганиш орқали ревматоид артритнинг фармакотерапиясида асоратлар хавфини прогноз қилиш.

**Материал ва усуллар.** РАли беморлар ТТА 1-клиникаси кардиоревматология ва артрология ИАДК бўлимларида текширувдан ўтдилар. Тадқиқотга РА билан хасталанган ўртача ёши  $54,72 \pm 12,32$  ёш бўлган 63 бемор, шулардан 2 эркак ва 61 аёл киритилди. Касалликнинг ўртача давомийлиги  $8,63 \pm 7,56$  йилни ташкил қилди. Беморларнинг рентгенологик босқичлари [35] бўйича тақсимланиши қуйидагича бўлди: I босқич–19%, II–50,8%, III–27% и IV–3,2%. DAS28 кўрсаткичлари фарқини ҳисобга олиб EULAR мезонлари бўйича баҳоланди. Барча текширилган беморлар 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ метотрексатга ижобий жавоб бўлган 22 бемор, 2-гуруҳ–метотрексат фонида глюкокортикостероидлар (ГКС) ёки бошқа базис препарат қабул қилган 13 бемор, 3-гуруҳ–метотрексатга ножўя реакция ривожланган 28 бемор. Метотрексат ҳафтасига 10–25 мг дозада ёки бошқа ЯҚБП (сульфасалазин, лефлуноמיד, плаквенил) қўлланилди. IL–1 $\beta$  генининг бир нуклеотидли T–31C ўриндошининг учраш даражасини ўрганиш учун клиник материалдан РНК/ДНК

экстракцияси учун «АмплиПрайм-РИБО-преп» тўплами ёрдамида беморлар (РАли 63 бемор (асосий гуруҳ), 81 назорат гуруҳи) қони таркибидаги лейкоцитлардан олинган геном ДНК намуналари материал бўлиб хизмат қилди.

**Тадқиқот натижалари.** Бўғимлар функционал етишмовчилигининг II ва III синфлари бўлган (ACR, 1992 г.), касалликнинг экстраартикуляр белгилари бор беморлар сони кўпчилиқни ташкил қилди (88,9%). DAS28ни ҳисобга олиб фаоллик даражаси 7,7% ҳолатларда енгил, 58,4% – ўртача, 33,7% – юқори деб белгиланди ва  $4,93 \pm 0,57$  ни ташкил қилди. 90,9% беморларда профессионал ва непрофессионал мажбуриятларни бажаришда чекланишлар қайд этилди (II ва III функционал синф бўйича (ФС)). HAQ индекси ўртача қиймати  $2,63 \pm 0,71$  бўлди. Ревматоид омил (РО) бўйича позитивлик текширилганларнинг 42,9% ида аниқланди. DAS28  $< 3,2$  бўлиб даволаш жараёнида 1,2 балдан кўпроқ қийматга камайса даволаш самарадорлиги юқори, DAS28 динамикаси 0,6 баллдан 1,2 балл оралиғида бўлса даволаш самарадорлиги қониқарли деб, кўрсаткичлар фарқи DAS28  $< 0,6$  бўлганда самарадорлик йўқ, DAS28 қиймати 3,2 билан 5,1 балл оралиғида (касаллик фаоллиги ўрта даражада сақланиб

турганда) бўлиб, DAS28 < қиймати 0,6 дан кам бўлмаган қийматга камайса даволаш самарадорлиги қониқарли деб баҳоланди, шу гуруҳга кирган бошқа беморларда самарадорлик аҳамиятли деб ҳисобланди. DAS28 бўйича касаллик фаоллиги юқори бўлиб қолаверса (5,1 баллдан юқори), у ҳолда DAS28нинг аҳамиятга молик даражадаги динамикасида, яъни DAS28 1,2 баллдан ортиқ қийматга камайганда, даволаш самарадорлигини қониқарли деб ҳисоблаш мумкин. IL-1 $\beta$  гени T-31C генотиплари вариант ва аллелларининг

ўзбек популяциясига мансуб РАли 63 беморда тақсимланиш сонининг таҳлили С аллелнинг 49,2% гача ошиши фонида Т аллелнинг камайганлигини (50,8% гача) кўрсатди.

**Хулоса.** Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиш шуни айтишимиз мумкинки, ўзбек жорий этилган Ревматоид артрит билан касалланган беморнинг генотипик хусусиятларидан боғлиқ ҳолда даволашга персонифицирланган ёндашув усули самарадор, уни амалиётга жорий этиш мақсадга мувофиқдир.

## КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

НЕГМАТОВА Г.Ш., ХАЛИМОВА З.Ю.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии  
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан имени акад. Ё.Х. Туракулова, Ташкент,,  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить клинико-биохимическую характеристику пациентов с ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** За период с 1 января 2015 г. по 1 января 2021 г. были обследованы 40 пациентов с ревматоидным артритом, из них 28 – женщины и 12 – мужчины.

Всем 40 пациентам выполнялись все исследования, включавшие общеклинические, биохимические, гормональные, иммунологические исследования крови в лаборатории биохимии Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан имени акад. Ё.Х. Туракулова, а также электрокардиограмму, ультразвуковое исследование внутренних органов, рентгенологические исследования, консультация узких специалистов, а также статистические методы.

**Результаты исследования.** Пациенты предъявляли жалобы на: головные боли – 23 (57,5%), головокружение – 18 (45%), боли в суставах – 40 (100%), утреннюю скованность – 40 (100%), снижение памяти – 15 (37,5%).

Далее нами был проведен сравнительный анализ содержания С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), мочевая кислота (МК), антистрептолизин – О (АСЛО) в сыворотке крови пациентов сравниваемых групп. Так, было установлено среднее содержание РФ было в пределах  $48,3 \pm 7,2$  Мед/мл (в группе контроля  $16,6 \pm 3,6$  Мед/мл, в норме < 30 Мед/мл,  $p < 0,05$ ), среднее содержание СРБ –  $11,7 \pm 2,02$  мг/л (в группе контроля  $2,3 \pm 0,4$  мг/л, в норме < 5 мг/л,  $p < 0,05$ ), среднее содержание АСЛО –  $244,02 \pm 13,09$  МО/мл (в группе контроля  $133,6 \pm 8,3$  МОд/мл, в норме до 200 МОд/мл,  $p < 0,05$ ) и среднее содержание мочевой кислоты  $421,6 \pm 25,7$  мкмоль/л. (в группе контроля  $187,9 \pm 12,5$  мкмоль/л, в норме < 360 мкмоль/л,  $p < 0,05$ ).

Как показали наши исследования сывороточные уровни СРБ, РФ, МК и АТЦЦП в группе больных с ревматоидным артритом были достоверно повышенными в сравнении с группой контроля.

**Выводы.** Итак, все приведенные выше результаты исследования указывают на активность воспалительного процесса.

## АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТДА МИНЕРАЛЛАР АЛМАШИНУВИ ВА УЛАРНИНГ КАСАЛЛИК КЕЧИШИДА АҲАМИЯТИ

ПУЛАТОВА Ш.Б., НАБИЕВА Д.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Анкилозловчи спондилоартрит билан оғриган беморларда остеотроп минераллар- Магний (Mg), Кальций (Ca) ва Рухнинг (Zn) касаллик кечишида аҳамиятини баҳолаш.

**Материал ва усуллари.** Тошкент тиббиёт академияси 1-клиникаси ревматология бўлимида

79 та бемор кузатувга олинди. Улардан 95% эркаклар бўлиб ёши бўйича  $38,3 \pm 1,3$  ёшда. Касалликнинг кечиш давомийлиги  $11,4 \pm 0,8$  йил. BASDAI –  $4,98 \pm 2,34$ , ASDAS –  $3,33 \pm 1,16$ , BASFI –  $5,55 \pm 2,74$ , BASMI –  $3,32 \pm 1,35$  (n=25). Фаоллик даражалари бўйича I даража 32% бемор-

ларда, II даража 39% ида ва III даража 29% беморларда аниқланди; Барча беморларда қон зардобиди Са, Mg, Zn миқдори аниқланди. 1-гуруҳ беморларда фақат яллиғланишга қарши ностероид терапия олиб борилган, 2-гуруҳ беморларда базис препаратлардан сульфасалазин қўлланилган ва 3-гуруҳ беморларда базис препаратлари ва Магнецин В6 қўшиб даволанган. Ҳар уччала гуруҳда даволанишнинг 1-ҳафтаси, 2- ва 4- ҳафталарда қон зардобиди Са, Mg, Zn миқдори, BASDAI, ASDAS, BASFI функционал текширувлар ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Тадқиқот натижасида барча беморларда қон зардобиди Са, Mg, Zn миқдори пасайганлиги аниқланди, асосан II, III даражали фаолликдаги беморларда бу I даражали фаолликка нисбатан яққол тафовут

аниқланди. Олиб борилган даво самараси 3-гуруҳ беморларда яхши натижа кўрсатди, яъни BASDAI  $-2,12 \pm 1,34$ , ASDAS  $-1,21 \pm 1,16$ , BASFI  $-2,55 \pm 1,52$ , BASMI  $-2,12 \pm 0,75$  ( $n=25$ ) га ўзгарди. Давонинг 1 чи ҳафтасида минераллардан Mg миқдори бошқа минералларга нисбатан тез кўтарилди ва 2-,4- ҳафталарда эса Са, Zn миқдори ҳам даводан олдинги ҳолатга нисбатан кўтарилди. АС икки ҳафтадан кейин яққол ижобий динамика, яъни умуртқада бўйин, кўкрак ва бел соҳаларда оғриқ камайган.

**Хулосалар.** АС беморларда фаоллиги юқори, BASDAI, ASDAS, BASFI кўрсаткичлари ҳам юқори бўлган беморларда қон зардобиди остетроп минераллар миқдори пастлиги аниқланди ва даволашда базис препаратлар билан биргаликда қон зардобиди минералларни (Са, Mg, Zn) коррекциялаш давонинг самарадорлигига олиб келади.

## БИОМЕТРИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

СУЛЕЙМЕНОВ А.К., КУАНЫШЕВА А.Г., СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.

НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

**Цель исследования.** Разработать и внедрить в практическую деятельность критерии рационального ведения беременных на фоне инфекции мочевой системы с учетом биометрических (ультразвуковых) характеристик (критериев) почек

**Материал и методы.** Было обследовано 586 беременных (при уровне значимости 99,9% и 95%) второго и третьего триместров беременности в возрасте 18–45 лет. Все пациентки методом рандомизации разделены на 3 группы: основная ИМВП с высевом бактериурии от  $10^3$ – $10^5$  КОЕ, 2-ая ИМВП без высева бактериурии с чистой микрофлорой, 3-ая контрольная с нормальной физиологической беременностью с нормальной микрофлорой в бак посевах мочи. Все пациентки прошли критерии включения и исключения, взято информированное согласие. Обязательными методами исследования беременных были сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование по органам и системам, общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, бактериологический анализ мочи с определением чувствительности флоры к антибиотикам и определением минимальной ингибирующей концентрации, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевой системы: УЗИ почек, мочевого пузыря. Дизайн исследования: одномоментное поперечное исследование. Контролируемое клиническое исследование. УЗИ мочевыводящих путей служило для исключения раннего выявления аномалий развития верхних мочевых путей, в частности мочекаменная болезнь, гидронефроз, абсцесс почек, рубцы почек, нейрогенной дисфункции мочевых путей, исследование остаточного содержания мочи.

**Результаты исследования.** В ходе исследования все беременные женщины были разделены на 3 группы: основная 466 беременных с хроническим пиелонефритом, впервые выявленной бессимптомной бактериурией (ББ), из них 311 с высевом бактериурии в бак посевах мочи, 155 без высева бактериурии, но наличием клинических проявлений ИМВП. 120 контрольная с нормальной физиологической беременностью без почечной патологии. На ультразвуковом исследовании почек выявлены следующие изменения: расширение ЧЛС, деформация ЧЛС, отек паренхимы, микронефролитиаз, гидронефротическая трансформация ЧЛС, гидрокаликоз почек, кисты почек, мочекаменная болезнь, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, застой мочи и другое. Основным показателем: изменения коркового слоя, изменения объема почек, увеличение преимущественно правой почки, грубая деформация ЧЛС. В основной группе имело место на УЗИ почек деформация ЧЛС и отек паренхимы, застой мочи при рецидивирующей ИМВП в контрольной группе физиологический гидронефроз, микронефролитиаз.

**Выводы.** ИМВП играет ведущую роль в развитии преэклампсии, ранее лечение приводит к благоприятному исходу родов. Ведущая роль при высевах бактериурии можно выделить: *E. coli*, *St. saprophyticus*, *Proteus*, *St. haemolyticus*. Обязательным исследованием при ИМВП служит УЗИ почек и мочевого пузыря для раннего выявления аномалий развития верхних мочевых путей. На УЗИ почек основой при ИМВП служили изменения коркового слоя, изменения объема почек, увеличение преимущественно правой почки, грубая деформация ЧЛС. Изменения

на УЗИ можно рассматривать как предиктор изменений почек для раннего выявления почечной патологии совместно с клинико-лабораторными данными. В основной группе имело место на УЗИ

почек деформация ЧЛС и отек паренхимы, застой мочи при рецидивирующей ИМВП в контрольной группе физиологический гидронефроз, микронефролитиаз.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВЕДЕННОГО ГЕМОДИАЛИЗА

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников и Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить эмоциональный статус у больных хронической болезнью почек (ХБП) V стадии, находящихся до и после проведенного программного гемодиализа.

**Материал и методы.** В исследование включено 48 больных с ХБП в возрасте от 25 до 60 лет, мужчин 29 (60,4%) и женщин 19 (39,6%), в молодом возрасте 20 больных (41,7%) и в зрелом возрасте 28 больных (58,3%), находящихся в стационарном, а в дальнейшем на амбулаторном лечении в отделении гемодиализа и реабилитации в 1-РКБ МЗ РУз. Трёхдневный программный гемодиализ был назначен больным, которые в течение 2–14 лет страдали почечным анамнезом.

У всех больных на момент госпитализации выявили и оценивали тяжесть психологического статуса с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и далее 2–3 месяца после начала проведения программного гемодиализа. При этом выделяли три области значений суммарного показателя: 0–7 баллов – «норма», 8–10 баллов – «субклиническая тревога/депрессия», 11 и выше – «клиническая выраженная тревога/депрессия».

**Результаты исследования.** По результатам клинических данных госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) установлено, что в молодом возрасте расстройства депрессивного характера в виде субклинического характера и клинически выраженной депрессии до начала лечения встречались в 5 (17,86%) и 2 (7,14%) случаях, а в зрелом (среднем) возрасте 2 (10,0%) и 5 (25,0%) соответственно. Субклиническая тревога и клинически выраженная тревога были обнаружены

у 10 (35,7%) и 3 (10,7%) молодых, тогда как у лиц зрелого возраста субклиническая тревога была обнаружена в 4 (20%) случаях, а с клинически выраженной тревогой выявлено в 1 (5%) случае.

По нашим данным, различные расстройства тревожно-депрессивного спектра, а также их смешанные состояния с учётом возрастных признаков были выявлены у 9 (32,1%) лиц молодого и у 13 (65,0%) в зрелом возрасте.

Анализ распространенности расстройств тревожно-депрессивного состояния после начала программного гемодиализа в сочетании с комплексной медикаментозной терапии у больных с ХБП через 2–3 месяца показал резкое уменьшение частоты встречаемости данных расстройств более чем в 3 раза, что сочеталось с уменьшением частоты интоксикационного, анемического, гипертонического синдрома и сопровождался повышением толерантности к физической нагрузке.

У некоторых больных, особенно в зрелом возрасте уровень тревоги и депрессии в сочетании с низкими показателями качества жизни сохранялись и в позднем периоде гемодиализа.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о распространенности расстройств тревожно-депрессивного состояния у больных с ХБП до и после проведения гемодиализа. В связи с этим необходимо активно выявлять коморбидных психопатологических расстройств у данной группы больных и своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия, что способствует эффективности лечения основного заболевания, что в свою очередь влияет на качество жизни больных с ХБП.



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ШКАЛЫ mSCORE У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ХАМРАЕВ Х.Х.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить сердечно-сосудистый риск по шкале mSCORE у больных ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** Обследованы 140 больных РА в возрасте от 35 до 60 лет. Диагноз ревматоидного артрита был поставлен на основе критериев ACR (1987) и ACR / EULAR (2010). Для раннего выявления и прогнозирования сердечно-сосудистого риска использовалась шкала mSCORE (SCORE/EULAR).

**Результаты исследования.** Результаты исследования показали, что 90 (64,3%) из 140 пациентов с РА были женщинами, средний возраст которых составил  $51,21 \pm 5,63$  года, а 50 (35,7%) были мужчинами, средний возраст которых составил  $52,89 \pm 5,56$ . Определено, что 46 пациентам было 35–49 лет, а 94 пациентам было 50–60 лет. Результаты установили показали, что 101 (72,1%) пациентов был серопозитивный и у 39 (27,9%) серонегативный РА. По индексу DAS–28 61 (43,6%) пациентов имели II – умеренную активность, а 79 (56,4%) – III-высокую активность. При анализе частоты возникновения факторов риска у одного пациента 81,4% пациентов имели фактор риска, из которых 1 фактор риска выявлялся у 22,1%, 2 фактора риска выявлялись у 27,1%, а пациенты с 3 или более факторами риска составляли 32,1%. Факторы риска не наблюдались у 18,6% пациентов. Когда факторы риска

были проанализированы по возрасту, у пациентов в возрасте 50–60 лет были более высокие показатели, чем у пациентов в возрасте 35–49 лет. Показатели сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом определялись с использованием шкалы mSCORE. На основе критериев показателей пациенты считались имеющими «низкий риск» менее 1%, «умеренный риск» от 1 до 5% ( $1\% \leq 5\%$ ) и «высокий риск» от 5 до 10% ( $5\% \leq 10\%$ ),  $\geq 10\%$  – входят в группу «очень высокого риска». Согласно результатам, низкий риск был у 52 (37,1%), средний риск был у 64 (45,7%), высокий риск был у 14 (10%), а очень высокий риск был у 10 (7,2%) пациентов. Из обследованных пациентов 64 человека были в возрасте от 35 до 49 лет, 76 пациентов – от 50 до 60 лет. Когда эти показатели были проанализированы по возрасту, низкий риск сердечно-сосудистых заболеваний был обнаружен у 53,1% в возрасте 35–49 лет, 23,7% в возрасте 50–60 лет, средний риск в возрасте 35–49 лет составлял 40,6% и 50% в возраст 50–60 лет. В группе пациентов в возрасте 50–60 лет 10% риск выявлен только у пациентов в возрасте 50–60 лет

**Выводы.** Таким образом, определение сердечно-сосудистого риска у больных РА с использованием шкалы mSCORE дает возможность ранней диагностики, разработки мер профилактики ССЗ и своевременной коррекции факторов риска.

## ОЦЕНКА МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

ХОЛИКОВ А.Ю., УРМАНОВА Ю.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан имени акад. Ё.Х. Туракулова, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить уровни нейромаркера brain derived neurotrophic factor (BDNF) у больных с диабетической нефропатией, находящихся на гемодиализе.

**Материал и методы.** За период с 1 января 2019 г. по 1 марта 2021 г. были обследованы 100 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (CD2), имеющие диабетическую нефропатию 5 ст., находившихся на программном гемодиализе. Из них женщин – 46, мужчин – 54.

Всем 100 пациентам выполнялись все исследования, включавшие общеклинические, биохимические, гормональные исследования крови в ла-

боратории биохимии Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан имени акад. Ё.Х. Туракулова, а также электрокардиограмму, ультразвуковое исследование внутренних органов, доплерография магистральных артерий головы, консультация узких специалистов, а также статистические методы.

**Результаты исследования.** По степени хронической ишемии мозга (ХИМ) больные были разделены на 3 группы: 1 гр. – 36 (36,0%) больных с диабетической нефропатией 5 стадии с ХИМ 1



степени; 2 гр.–32 (32%) больных с диабетической нефропатией 5 стадии с ХИМ 2 степени; 3 гр. – 32 (32%) больных с диабетической нефропатией 5 стадии с ХИМ 3 степени.

Нами был выполнен сравнительный анализ содержания мозгового нейротрофического фактора роста (BDNF) в сыворотке пациентов сравниваемых групп. Так, у больных 1 группы среднее содержание BDNF было в пределах  $8,12 \pm 0,28$  нг/мл, во 2 группе –  $6,17 \pm 1,02$  нг/мл, в 3 группе –  $4,02 \pm 0,09$  нг/мл ( $p < 0,001$ ). При этом в норме

BDNF от 15 до 24 пг/мл, а в группе контроля  $21,6 \pm 1,23$  нг/мл.

Как показали наши исследования сывороточные уровни BDNF в группах больных с СД2 типа достоверно снижаются в сравнении с группой контроля по мере возрастания степени ХИМ.

**Выводы.** Таким образом, все приведенные выше данные свидетельствуют о необходимости определения уровней BDNF у больных СД 2 типа с ХБП для разработки мер профилактики развития инсульта у пациентов на программном гемодиализе.

## КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НА ПРИМЕРЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХУЖАЕВ Р.Б., АХМЕДОВА Н.А., АЛИЕВА К.К.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Выявление частоты артериальной гипертензии (АГ) у больных остеоартрозом (ОА) в зависимости от пола и возраста.

**Материал и методы.** Диагноз ОА верифицирован согласно МКБ–10 пересмотра и критериям АКР, с рентгенологической оценкой стадии заболевания суставов. Больных ОА было 209 человек, из них поражение коленного сустава (КС) было 68 (32,5%), тазобедренного сустава (ТБС)–у 14 (6,7%), полиостеоартроз (ПОА) (сочетание ОА кистей, КС и ТБС)–у 127 (60,8%) больных. Соотношение по полу составляло: мужчин 19 (9,1%), женщин 190 (90,9%) или 1:9,9.

**Результаты исследования.** Распределение больных по возрасту было следующим: до 30 лет–2 (0,9%), до 40 лет–4 (1,8%), до 50 лет–6 (2,9%), до 60 лет–21 (10,4%), до 70 лет–52 (24,9%), до 80–98 (46,9%), 80 и старше–26 (12,4%). Средний возраст больных ОА– $67,1 \pm 2,0$  года; из них при ПОА– $72,1 \pm 1,2$  года, при АО КС  $68,6 \pm 2,4$ , при ОА ТБС– $68,4 \pm 2,5$  года. Средний возраст больных ПОА–наибольший ( $p < 0,05$ ), вследствие накопления числа пораженных суставов в связи с увеличением возраста. Пик заболеваемости ОА приходится на возраст 60–80 лет и старше (84,2%), что указывает на ОА, как на болезнь пожилого и старческого возраста.

Коморбидность была изучена у 68 больных ОА КС. Рейтинг ИБС–у 53 (77,9%) больных, АГ–у 27 (39,7%), сахарный диабет 2-го типа (СД)–у 13 (19,1%), ожирение–у 16 (26,5%), цереброваскулярные болезни–у 6 (8,8%), патология желудочно-кишечного тракта–у 25 (36,7%), желчнокаменная болезнь, холецистит, жировая дегенерация печени–у 32 (39,0%), хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь–у 17 (25,0%), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)–у 11 (16,2%) больных.

Среди коморбидной патологии наиболее значимой является АГ, ИБС и их сочетание. Особенности АГ: наличие изолированной систолической АГ, малая выраженность симптоматики, прогрессирующая недостаточность мозга, сердца, почек, высокий процент сосудистых осложнений. АГ ускоряет темпы развития атеросклероза и является главным фактором риска ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия) и фатальных осложнений. Фармакотерапия ОА и АГ требует применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и гипотензивных препаратов. НПВП подавляют синтез простагландинов, являющихся медиаторами воспаления. В то же время они взаимодействуют с ренин-ангиотензин-альдостероновой системой и участвуют в регуляции сосудистого тонуса. Бесконтрольный прием НПВП ведет к нарушениям мозгового кровообращения, в том числе у больных мягкой и умеренной АГ.

Сочетание СД 2-го типа с АГ увеличивается с возрастом, является фактором риска поздних сосудистых осложнений–диабетической ретинопатии, ИБС, нарушения кровообращения. В патогенезе АГ при инсулиннезависимом сахарном диабете (ИНСД) главная роль отводится синдрому резистентности к инсулину и гиперинсулинемии. Коморбидность при ОА требует соблюдения диетических установок, снижения веса, систолического АД, инсулин резистентности и подбор НПВП. При ХОБЛ препаратами выбора являются антагонисты кальция и альфа-адреноблокаторы во избежание ухудшения течения бронхиальной астмы.

**Выводы.** Таким образом, заболевание ОА прямо коррелирует с возрастом и полом, наиболее часто встречается в пожилом и старческом возрасте. Многообразие коморбидности при ОА (ИБС, АГ, СД 2-го типа, ожирение, ХОБЛ, болезни ЖКТ) затрудняет применение НПВП и требует индивидуализации ведения суставных больных.

---

---

## MORPHOMETRY AND PARAMETERS CHANGES OF THE LEFT VENTRICLE DIASTOLIC FUNCTION IN PATIENTS WITH ANKILOSING SPONDILITE

AHMEDOVA N.A., ALIEVA K.K.

*Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

**Object.** To study the morphometric indexes and parameters of diastolic function of the left ventricle (LV) according to the data of Doppler echocardiography in patients with ankylosing spondylitis (ASA).

**Materials and methods.** Examined 71 male patients with ASA reliability. The average age of the patients was  $38.6 \pm 1.7$  year. The control group consisted of 30 practically healthy male, comparable in age. All patients underwent one-dimensional echocardiography (M-regimen), two-dimensional echocardiography (B-mode) and doppler echocardiography in pulsed, continuous-wave and color regimes. To study the diastolic filling of the left ventricle with the help of doppler echocardiography in pulsed mode, was studied transmitral and transtricuspidal blood flow.

**Results and discussion.** The obtained echocardiographic data showed that in the group of patients with ASA, in comparison with the group of healthy people, there is significant differences in

the end-systolic and end-diastolic sizes ( $p < 0.05$ ), their LV volumes ( $p < 0.01$ ), and thickness back wall of the LV ( $p < 0.01$ ) and an increase in the thickness of the interventricular septum ( $p < 0.001$ ). In patients with ASA, there was an increase in the mass of the myocardium and its index in comparison with healthy ones ( $p < 0.001$ ), in some patients an increase in the relative thickness of the LV wall ( $2H / D$ ) = 0.42 was noted. A study of LV diastolic function in the examined groups showed that 41 (57.7%) patients with ASA had normal LV diastolic function in the first type (delayed relaxation type). In patients with ASA, there was a decrease in  $E_{lv}$  ( $p < 0.01$ ), an increase in  $DT_{lv}$  ( $p < 0.001$ ) and  $IVRT_{lv}$  ( $p < 0.001$ ) in relation to healthy people.

**Conclusions.** In patients with ASA by echocardiography data was observed, remodeling of LV myocardium, which presented as an increase in the cavity, hypertrophy of the walls, and an increase in the mass of LV myocardium, and a violation of the speed and temporal parameters of LV diastolic function.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

АБДУЛЛАЕВ А.Х., САДЫКОВА Г.А., АЛЯВИ Б.А., АРИПОВ Б.С.,  
РАИМКУЛОВА Н.Р., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить влияние медикаментозных и немедикаментозных методов на функциональные и биохимические показатели пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) на этапе реабилитации.

**Материал и методы.** Наблюдали больных ХОБЛ 2 степени тяжести, с сопутствующей ИБС стенокардией напряжения II ФК (28). Исходно и в динамике (10 дней и 3 месяца) проводили исследования (общий анализ крови, мокроты, рентгенологические, биохимические (липидный спектр, АЛТ, АСТ, билирубин (Б), АЧТВ, С-реактивный белок (СРБ), пикфлоуметрия (ПФМ), функция внешнего дыхания (ФВД) электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), при необходимости – магнитно-резонансная или компьютерная томография (МРТ, КТ). Больные на фоне стандартного лечения по рекомендациям GOLD и РКО занимались лечебной физической культурой (ЛФК), получали магнитотерапию, ультразвук и концентрированный искусственный солнечный свет. Часть пациентов (16) – дополнительно энзимный препарат (панкреатин, папаин, рутозида тригидрат, бромелаин, трипсин, липаза, амилаза) по схеме.

**Результаты исследования.** В динамике у обследуемых уменьшилась одышка с  $2,8 \pm 0,25$  до  $1,3 \pm 0,16$  и кашель с  $2,4 \pm 0,16$  до  $1,3 \pm 0,15$  баллов. Регресс симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных проявлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по показателям ПФМ: с  $305,6 \pm 31,6$  до  $347,1 \pm 37,34$  л/мин. К концу наблюдения выявлено уменьшение атерогенных и увеличению антиатерогенных фракций показателей липидного обмена. Благоприятные изменения наблюдались и по данным

ЭКГ, ЭХОКГ, биохимических показателей фибриногена, АЧТВ, состояния коронарного кровообращения, показатели ФВД коррелировали с клиническим течением заболевания. Под влиянием лечения и реабилитации состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ. Уменьшились/прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по лабораторным показателям (анализа мокроты, крови). Содержание Б, активность ферментов АЛТ и АСТ в крови обследованных в динамике лечения и реабилитации были в пределах нормы. Комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных методов способствовало более быстрому регрессу всех клинических проявлений заболевания. Это подтверждалось сокращением сроков клинико-лабораторного восстановления в среднем на 4 дня, более четкой положительной рентгенологической динамикой – уже к 10-му дню лечения. Эти клинические эффекты были обусловлены комплексным действием примененных методов и препаратов, улучшением реологических свойств крови и микроциркуляции. При этом энзимотерапия повышает концентрации препаратов в крови и усиливает их эффект как при лечении ХОБЛ, так и при ИБС. Многочисленные метаболические эффекты, связанные с влиянием комплексного метода улучшает обменные процессы, что ускоряет восстановление больных.

**Выводы.** Полученные данные позволяют рекомендовать комплексный подход в лечении и реабилитации больных ХОБЛ и ИБС, как реализующий патогенетический подход и потенцирующий базисную терапию, обеспечивающий не только лечение и реабилитацию, но также профилактику осложнений и рецидивов.

## РОЛЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., ДАЛИМОВА Д.А., АЗИЗОВ Ш.И., ТАГАЕВА Д.Р.

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

**Цель исследования.** Оценить влияние физиобальнеопроцедур при лечении и реабилитации больных коронарной болезнью сердца (КБС).

**Материал и методы.** В исследование включили больных КБС (34) со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК, получавших базисное лечение (антиагреганты,  $\beta$ -адреноблокаторы, статины – аторвастатин 20–40 мг/сут или розувастатин 10–20 мг/сут, при необходимости – нитраты, ингибиторы АПФ) и ЛФК. Часть из них (17) – дополнительно получали жемчужные ванны, ч/день, 5 мин,  $t^{\circ}$  – 37 $^{\circ}$ C, № 5; электрофорез воротниковой области с  $MgSO_4$ , 15 мин, е/д, № 8 (при артериальной гипертензии); УВЧ на краниocereбральную область, 25МГц, 10 мин, е/д, № 8; магнитотерапию на нижнегрудную паравертебральную область е/д, 15 мин, № 8. Исходно и в динамике определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицериды (ТГ), высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), показатели свертываемости крови, методом полимеразно-цепной реакции – гены ApoE и HMGCR.

**Результаты исследования.** Через три месяца лечение розувастатином оказало более выраженное влияние на содержание ОХС и ХС-ЛПНП и других изученные показатели по сравнению с аторвастатином. Под влиянием розувастатина отмечено достоверное повышение уровня ХС-ЛПВП и снижение соотношения ХС-ЛПНП/ХС-ЛПВП, что говорит о более заметном антиатерогенном эффекте розувастатина. Оба статина оказали приблизительно одинаковое влияние на содержание ТГ. Динамика снижения уровня вСРБ оказалась

сопоставимой в изучаемых группах больных КБС с дислипидемией. На основании изучения взаимосвязи ранних изменений сосудистой стенки и степени её поражения атеросклерозом с функцией эндотелия, показателями липидного спектра, воспаления, свертываемости крови, функционального состояния сердечнососудистой системы проведена оценка качества жизни и наблюдения за больными в динамике. Комплексное лечение и реабилитация с включением вышеуказанных физиобальнеопроцедур и ЛФК приводили к усилению эффекта медикаментозной терапии и повышению качества жизни больных. Исследование аллельного полиморфизма генов ApoE и HMGCR способствовало подбору наиболее безопасной и эффективной гиполипидемической терапии, выделить больных с «относительной резистентностью» к статинам, повысить безопасность проводимого лечения. Полученные положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией атеросклеротического процесса (возможно стабилизацией бляшки), предотвращением формирования тромбоза за счет гиполипидемических и плейотропных эффектов. Немедикаментозные методы позволили снизить затраты гиполипидемической терапии, повысили эффективность лечения и дальнейшей реабилитации больных КБС.

**Выводы.** Проведение патогенетического лечения и реабилитации больных КБС с комплексом немедикаментозных методов, особенно с учетом индивидуальных генетических особенностей пациента, позволяет добиться максимальной эффективности, исключая развитие различных осложнений и побочных эффектов.

## ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., НУРИТДИНОВА С.К., БАБАЕВ М.А., ГАЗИЕВА Х.Ш., НИШАНОВА Н.И.

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

**Цель исследования.** Изучение возможности и эффективности применения физических факторов в комплексном лечении и реабилитации больных остеоартритом (ОА) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** В исследование были включены 32 больных с ОА коленных суставов в сочетании с МС. Для определения рентгенологической стадии ОА использовали классификацию Келлгрена и Лоурсена (1957 г.). Пациенты были

разделены на 2 группы в зависимости от назначаемого лечебного и реабилитационного комплекса. Пациентам I группы (16) назначали бальнеотерапию, лечебную гимнастику, массаж, ультрафиолетовое облучение, УЗИ-терапию и акупунктуру, а II-й группы (16) – бальнеотерапию, лечебную гимнастику, массаж, переменные магнитные поля, электрофорез и фонофорез лекарственных средств на суставы и акупунктуру. Все больные получали комплексную терапию, включающую симптоммодифицирующие препараты быстрого действия (НПВП) и структурно-модифицирующий препарат замедленного действия Глюкофлекс. В динамике проводили исследования (общие и биохимические анализы крови), рентген, при необходимости – МРТ или КТ. Эффективность лечения и реабилитации оценивали по визуально-аналоговой шкале интенсивности болевого синдрома (ВАШ, мм); объему движений, опроснику НАQ и по индексу Лекена.

**Результаты исследования.** В цели лечения входило обеспечить понимание больными своего заболевания и умение управлять им: изменение образа жизни, применение физических упражнений, поддерживающих функцию суставов, защита суставов; уменьшить боль; улучшить функциональное состояние суставов и предотвратить развитие прогрессирования болезни; улучшить качество жизни больных; избежать побочных эффектов фармакотерапии. Пациенты I-й группы с 1-го месяца лечения отмечали улучшение: уменьшение боли при движении по ВАШ к 3-му месяцу наблюдения с  $72,4 \pm 13,0$  до  $32,7 \pm 4,1$  мм,

значительное уменьшение боли в покое по ВАШ с  $32,3 \pm 6,7$  до  $11,5 \pm 3,2$  мм. Функциональный индекс Лекена уменьшился с  $6,6 \pm 1,19$  до  $4,35 \pm 0,49$  мм. Больные II-й группы: уменьшение боли при движении по ВАШ с  $71,7 \pm 28,7$  до  $29,7 \pm 7,6$  мм к 3-му месяцу наблюдений, в покое боль уменьшилась с  $30,4 \pm 7,1$  до  $13,4 \pm 4,4$  мм, функциональный индекс Лекена уменьшился с  $6,5 \pm 0,36$  до  $4,5 \pm 0,51$  мм. У всех обследованных через 3 месяца наблюдалось значительное снижение индекса боли по ВАШ при движении и в покое. Показатели общего и биохимического анализов крови не претерпели значительных изменений в течение наблюдения 1- и 30- и 90-й дни, что свидетельствует о безопасности проведенного комплекса лечения и реабилитации. Глюкофлекс позволил уменьшить или полностью отменить прием традиционных НПВП и анальгетиков у пациентов обеих групп. Через 3 месяца 14,3% пациентов принимали анальгетики по требованию, а 85,7% пациентов отказались от приема НПВП и продемонстрировали высокую приверженность к лечению и реабилитации.

**Выводы.** Лечение и реабилитация пациентов с ОА в сочетании с МС это комплексный процесс, включающий в себя фармакологические и немедикаментозные методы с воздействием на патогенетические механизмы заболеваний. Это отвечает принципам персонализированного лечения и профилактики самого распространенного заболевания суставов и МС. Результаты исследования подтверждают эффективность комплексного подхода к лечению и реабилитации этой категории больных.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., ДАЛИМОВА Д.А., АБДУЛЛАЖАНОВА Ш.Ж.,  
ТУЛЯГАНОВА Д.К., АЗИЗОВ Ш.И.

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

**Цель исследования.** Оценка эффективности эндовазкулярного лечения и комплексной реабилитации больных коронарной болезнью сердца

**Материал и методы.** Наблюдали пациентов КБС (34) со стабильной стенокардией напряжения III и IV функциональных классов (ФК) после стентирования коронарных артерии, получавших стандартное лечение и соответствующую программу кардиореабилитации. 17 из них получали седативный фитопрепарат Колмстрес по схеме. В динамике (3 и 6 месяцев) изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), аланинаминотранс-

феразы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и билирубин, полиморфизм гена 9p21, оценивали жизнеспособность миокарда (ЭХОКГ, МСКТ).

**Результаты исследования.** Исходно все пациенты жаловались на тревогу, раздражительность, неуверенность, боязливость, нервозность. Каждые новые ситуации вызывали тревогу и сомнения. Выявлены изменения в липидном спектре (гиперлипидемия), увеличение концентрации вчСРБ. В динамике отмечено уменьшение/исчезновение приступов стенокардии, улучшение общего состояния. Базисное лечение оказало благоприятный эффект на показатели АТ и липидного спектра (ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ), вчСРБ. При этом у больных, принимавших фитопрепарат,



отмечен более выраженный и ранний положительный эффект. Общее состояние больных, принимавших седативный сбор, улучшалось в более ранние сроки, уменьшились/прошли жалобы на раздражительность, снизилась реакция на различные внешние раздражители и чувство напряжения, возбудимость нервной системы, быстрее наступал сон, повысилась трудоспособность, что благоприятно повлияло на качество жизни. Существенную роль и влияние на развитие КБС оказывает психосоциальный стресс. Значимость психоэмоциональных факторов позволяет рассматривать их как независимые факторы риска (ФР). Колмстрес, в состав которого входят хмель обыкновенный, пустырник, каперсы, Melissa лекарственная, чабрец, душица, мята перечная, воздействует на патогенетические звенья болезни, усиливая эффект стандартной терапии, в том числе и гиполипидемической. Это связано также с седативным, спазмолитическим, сосудорасширяющим действием фитопрепарата. Выявлена благоприятная корреляция лабораторных показателей, параметров ЭКГ, ЭХОКГ и качества жизни. Побоч-

ных явлений в процессе лечения не отмечено, что коррелировало с показателями АЛТ, АСТ и билирубина. Определение жизнеспособности миокарда с помощью современных визуализирующих методов (стресс-ЭХОКГ, МСКТ) на дооперационном этапе, является безопасным методом диагностики и позволяет предотвратить нецелесообразные вмешательства на коронарных артериях, способствуя тем самым повышению эффективности и безопасности лечения и реабилитации пациентов с КБС.

**Выводы.** Важное влияние на участие пациентов с КБС в лечении и реабилитации оказывают эмоциональный статус, особенности личности, отрицательное отношение к врачебным рекомендациям. Очень значимым в этот период становится адекватное лечение и реабилитация. Коррекция неблагоприятных ФР и рестеноза, функционального состояния и жизнеспособности миокарда и учет внешних и внутренних факторов формирования КБС способствовали профилактике осложнений, и успешной реабилитации особенно после интервенционного вмешательства.

## РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., ТУЛЯГАНОВА Д.К.,  
ДАЛИМОВА Д.А., АЗИЗОВ Ш.И., ТАГАЕВА Д.Р.

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

**Цель исследования.** Изучить влияние метаболической терапии и фитопрепарата на показатели липидного обмена, агрегации тромбоцитов (АТ) и параметры ЭКГ, ЭХОКГ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА) при их комплексной реабилитации.

**Материал и методы.** 36 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения III-IV ФК, подвергшиеся СКА и получавших стандартную терапию разделены на две группы. Пациенты I-й группы (18) получали растительный препарат Миокардин по схеме, а II-й группы (18) – мeldonium, «КАРДОН О2», по 500–1000 мг в день внутривенно, в течение 10 дней. Все больные занимались ЛФК по программе кардиореабилитации (КР), е/д. 20 пациентов (по 10 из каждой группы) занимались на аппарате FCXT fluid recumbent cycle (по схеме). Исходно и через 3 и 6 месяцев изучали показатели ЭКГ, стресс-ЭХОКГ с оценкой состояния левого желудочка (ЛЖ) и жизнеспособности миокарда, велоэргометрии, липидов (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), полиморфизм генов ApoE и HMGCR.

**Результаты исследования.** Комплексное лечение и КР с включением немедикаментозных методов приводило к усилению эффекта медикаментозной терапии. Выявлена связь между структурно-функциональным состоянием миокарда и магистральных артерий с уровнем ОХС, ХСЛПНП, ТГ. Положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией кровотока через КА после СКА, профилактикой тромбоза за счет гиполипидемических и антагрегантных и плейотропных эффектов статинов и антиагрегантов. Вариант полиморфизма rs445925 гена ApoE в гетерозиготном состоянии связан со снижением уровня ХС и ХСЛПНП в крови. Повышенный ответ на терапию статинами вызывает полиморфизм rs6511720 (–2.6% на аллель; P=0.005). Индивидуально дозированные тренировки в зоне аэробно-анаэробного перехода повышали физическую работоспособность, улучшали показатели центральной гемодинамики. Длительно контролируемые тренировки умеренной интенсивности на этапе реабилитации больных ИБС с полной реваскуляризацией миокарда выявили ранние признаки нормализации диастолической функции (через 3 месяца), увеличивали толерантность к физической нагрузке на

32% и средней продолжительности выполненной нагрузки на 38%. Восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ у больных с полной реваскуляризацией миокарда определяется через 6 месяцев, а у больных с неполной реваскуляризацией – позже. Интенсивность и длительность упражнения должна обеспечивать адекватный аэробный режим (20—30 мин 3—4 раза в неделю). КАРДОН О2 улучшает метаболизм, снижает дефицит кислорода и оказывает цитопротекторный эффект на клетки миокарда, защищая от отрицательных последствий ишемии,

улучшал показатели велоэргометрических тестов, снижал частоту стенокардии а также повышал толерантность к физическим нагрузкам. Реабилитацию и медикаментозное лечение, в том числе Миокардин и КАРДОН О2, пациенты переносили хорошо, без осложнений.

**Выводы.** Комплексная КР больных ИБС, подвергшихся СКА, с включением метаболического препарата КАРДОН О2 и фитопрепарата Миокардин с учетом оценки жизнеспособности миокарда повышают эффективность и безопасность лечения и КР.

## РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ВЫСОГОРЦЕВА О.Н., СОБИРОВА Г.Н.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить динамику показателей самооценки состояния своего здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста в ходе занятий оздоровительной физической культурой.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 35 человек в возрасте от 60 до 75 лет, мужчин – 10 (28,6%), женщин – 25 (71,4%). Средний возраст составил  $65,34 \pm 3,26$  лет. Для самооценки состояния своего здоровья и качества жизни было проведено анкетирование участников с помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника. На 1-м этапе осуществляли сбор данных и анализ комплексного обследования лиц пожилого возраста, проживающих в махалле Олмазарского района г. Ташкента. На 2-м этапе – анкетирование обследованных лиц по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ), самооценки своего здоровья и качества жизни до занятий оздоровительной физической культурой (ОФК), а на 3-м – изучение влияния занятий ОФК на общее состояние, работоспособность и качество жизни респондентов через 6 месяцев от начала занятий.

Занятия проводились групповым методом три раза в неделю, с постепенным повышением нагрузки. Комплексы упражнений включали в себя дыхательную гимнастику, скандинавскую ходьбу, общеукрепляющие упражнения, упражнения на координацию и равновесие, силовые упражнения с гантелями.

**Результаты исследования.** У обследованных была выявлена полиморбидность: заболевания сердечно – сосудистой системы (46%), заболевания опорно-двигательного аппарата (34%), центральной нервной системы различной этиологии с поражением опорно-двигательного аппарата, заболевания органов дыхания (26%), центральной нервной системы различной этиологии (12%), заболевания обмена веществ (ожирение, сахарный

диабет) (16%). Оценка показателей КЖ показала, что суммарный показатель физического и психического здоровья пожилых людей в обследованной группе ниже нормальных показателей ( $P < 0,05$ ). Объем двигательной активности обследуемых был значительно снижен. Состояние своего здоровья респонденты оценили как «отличное» – 1,2%, «хорошее» – 17,4%, «удовлетворительное» – 48,5%, «плохое» – 32,9%.

Среди причин, указанных как мешающие быть физически активными, были выделены следующие: наличие заболеваний, влияющих на общее самочувствие (72,7%); боязнь травм, боязнь падений (46,8%); отсутствие бодрости, вялость (26,7%); отсутствие мотивации (23,8%); отсутствие партнеров или друзей для совместных занятий (45,6%), не могли ответить на поставленный вопрос (8,7%).

В первый месяц занятий ОФК большая часть занимающихся (65,7%) отмечали незначительную усталость после проведения занятий, переутомление выявлено у 34,5% испытуемых. Через шесть месяцев лишь 16% участников испытывали явное переутомление после занятий, 84% – незначительную усталость. Большинство испытуемых отметили улучшение состояния здоровья, аппетита, настроения, повышение функциональных возможностей и физической работоспособности к 6 месяцу от начала тренировок. До начала занятий ОФК по данным анкетирования было установлено, что лишь 52% испытуемых считали физическую составляющую здоровья основой здорового образа жизни. Через 6 месяцев соотношение изменилось: до 81% участников физическое здоровье считают важнейшим, 25 человек изъявили желание продолжить заниматься по предложенной методике.

**Выводы.** При регулярных занятиях физическими упражнениями у пожилых улучшаются общее самочувствие и сон, повышаются работо-

способность и настроение, появляется мотивация для дальнейших тренировок, что способствует по-

вышению резервных возможностей организма пожилых людей.

## SARS-COV-2 САБАБ БЎЛГАН КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯДАН КЕЙИН ЖИСМОНИЙ ЧИДАМЛИКНИНГ ДИНАМИКАСИ

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А., ЖУРАЕВ О.Р., МИРЗАЕВА С.М., НУРМАТОВА Д.Б.

*Ўзбекистон Республикаси Президент Администрацияси хузуридаги Тиббиёт Бош Бошкармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** COVID-19 дан кейин реабилитациясинг дастлабки даврида беморларнинг функционал қобилиятини баҳолаш учун велоэргометрда юклама тестининг хусусиятларини баҳолаш

**Материал ва усуллари.** Ушбу тадқиқот полимераза занжир реакцияси билан лаборатор тасдиқланган COVID-19нинг энгил ва ўртача оғирликда ўтказган 57 беморни (54/95% эркак /3/5% аёллар) қамраб олди. Ўртача ёш  $51,5 \pm 8,9$  ёшни ташкил этди, ўртача тана вазни индекси (ТВИ)  $29,5 \pm 6,4$  кг / м<sup>2</sup>, ўртача оғирлиги  $80,6 \pm 9,8$  кг. Тадқиқотга касалликнинг ўткир даврида ўпканинг сунъий вентиляцияси ва интенсив терапия зарур бўлган беморлар киритилмаган.

**Тадқиқот натижалари.** Жисмоний юкламали синамалар ERG 911 L/LS велоэргометрида AT-104 PC SCHILLER эргометрик тизими (Швейцария) билан беморнинг ярим ўтирган ҳолатида, эрталаб энгил нонушта қилгандан кейин 2 соат ўтгач, 25 Вт дан бошланиб, узлуксиз ўсиб боровчи юклама билан босқичма-босқич усулида ўтказилди. Ҳар 3 дақиқада, жинс ва ёшга хос юрак уриш тезлигига еришиш, умумий қабул қилинган клиник ва ЭКГ мезонларига эришилгунга қадар юк бир хил миқдорда (25Вт) оширилди. Жисмоний юклама ёшга боғлиқ субмаксимал юрак уриш тезлигига (85%), миокард ишемия белгилари, субъектив аломатлар (нафас қисилиши, чарчоқ, оёқларда оғриқ) ва қон босимининг кўтарилиши ёки пасайиши пайдо бўлганда тўхтатилди. Синамани тўхтатишнинг бошқа сабаблари қоринча ёки суправентрикуляр аритмияларнинг пайдо бўлиши, қон босимининг 230/120 мм сим уст.дан ошиши ва беморнинг си-

намани давом эттиришдан бош тортиши бўлди. Барча тадқиқот протоколлари онлайн платформада тўлдирилди. Умуман олганда, текширув давомида олинган 78 параметр кейинги таҳлиллар учун киритилди. Умумий клиник баҳолашда беморларнинг тахминан 70% қуйидаги симптомлардан камида биттаси ҳақида шикоят қилдилар: нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриқ, чарчоқ, юрак уриши. Прогноз қилинган энг юқори юкламининг ўртача фоизи 83% ни ташкил этди. Бу кўрсаткичнинг медианаси нормал қийматлар ичида бўлди. Юкламани тўхтатиш мезонларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, юкламани тўхтатишнинг энг кўп учраган сабаби оёқларнинг чарчаши (61%), қон босимининг ҳаддан ташқари ошиши (48%), нафас қисилиши 35% ва юрак аритмиясининг юзага келиши—6% беморларда кузатилган. Чегаравий юклама куввати ўртача  $106,2 \pm 29,2$  Втни ташкил этди, бажарилган ишларнинг умумий ҳажми  $828,9 \pm 373,1$  кгм. Касалхонадан чиққандан камида 1 ой ўтгач, COVID-19 нинг энгилёки урта оғирликда бошдан кечирган беморларнинг 34 фоизида жисмоний кўрсаткичларнинг пасайиши, юкламадан кейинги босқичда юрак уриш тезлиги ва қон босимининг секин тикланиши шаклида объектив бузилишлар кузатилган.

**Хулосалар.** Олинган натижалар касаликнинг узоқ муддатли таъсири хавфи юқори бўлган беморларни аниқлаш учун қўшимча тадқиқотлар ўтказиш, кузатув ва мақсадли реабилитацияни лозимлигини курсатади. Жисмоний юкламага чидамлилиги кўрсаткичларини бузилишини тезда аниқлаш ва баҳолаш жисмоний реабилитация дастурини оптималлаштиришга ёрдам беради.

## НАГРУЗОЧНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ ПРИ РОЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

САФАРОВ А.Ж., КАМИЛОВА У.К.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить роль комплекса нагрузочных физических тренировок у больных остеоартритом (ОА).

**Материал и методы.** Обследовано 80 больных с ОА. На начальной этапе реабилитации были применены комплекс состоящий из разгрузки пораженных суставов (ограничение пребывания на ногах, использование палочки, бандажей при ходьбе). Критерии эффективности основывается на оценке динамики боли, функциональной активности и общем состоянии пациента. Для оценки эффективности курса восстановительного лечения больных с ОА использовался балльная оценки функционального состояния суставов по шкале WOMAC в абсолютных величинах, алгофункциональный индекс Lequesne. Для оценки качества жизни пациентов использовали EuroQol.

**Результаты исследования.** Лечебный комплекс у больных ОА на начальном этапе восстановительного лечения состоял из разгрузки пораженных суставов (ограничение пребывания на ногах, использование палочки, бандажей при

ходьбе). Использование упражнений на изотоническое напряжение для укрепления мышц улучшает кровообращения в области суставов, не прибегая к нагрузочным тренировкам.

Анализ полученных данных показал, что у больных ОА индекс по шкале WOMAC составил  $5,36 \pm 1,17$ , после лечения данный показатель снизился до  $2,41 \pm 0,87$  баллов. Индекс Lequesne до начала лечения составил  $10,73 \pm 1,76$  баллов, после лечения  $5,37 \pm 1,98$  баллов. По завершению комплекса физических упражнений большинство больных отметили улучшение клинического состояния, которое проявлялось в уменьшении боли в суставах, повышении функциональных возможностей и физической работоспособности больных ОА, улучшением качества жизни пациентов по EuroQol.

**Вывод.** Таким образом, учитывая вышесказанное, разработка реабилитационных программ для больных ОА с применением нагрузочных физических тренировок способствовали улучшению клинического состояния, качества жизни пациентов.

## ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ОРГАНОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю., МАКСУДОВА М.Г., КУРБАНОВА Ф.О.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников и 1-Республиканская клиническая больница, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить влияния диспансерной реабилитации на качество жизни (КЖ) больных с хронической болезнью почек (ХБП) после хирургической пересадки органов.

**Материал и методы.** В исследование было включено 36 больных с ХБП, которым была выполнена хирургическая пересадка почки, из них 19 мужчин и 16 женщин, в возрасте от 17 до 55 лет, средний возраст 37,6 лет. Все больные после операции обратились в отделение гемодиализа и реабилитации в 1-РКБ для диспансерного учёта и наблюдения.

**Результаты исследования.** Методом рандомизации сформировались 2 группы: основная (1) группа—35 больных и контрольная (2)—25 больных, которым в послеоперационном периоде было назначено только стандартное лечение без контрольного посещения, по различным причинам они не были взяты на диспансерный учёт по вине самих больных.

Основная группа в послеоперационном периоде при посещении 1-РКБ через 2, 3, 6, 12 месяцев одновременно со стандартным лечением была подвергнута при необходимости подробным лабораторно-инструментальным методам исследования, указывающим не только на функциональное состояние мочевыделительной, но и других органов и систем. Для оценки состояния пересаженного органа: в том числе УЗИ почек, проба Реберга, доплерное исследование, далее проверялись фармакокинетические параметры применяемого иммуносупрессивного фармако препарата афил (тадалафил, такролимус, конграф, рониграф) 5 мг по 1 табл., 1 раз/сут. В зависимости от состояния организма проверяли применяемый гормональный препарат, при необходимости по показаниям назначались гепатопротекторы, антибиотики, метаболики и другие препараты. Нами была использована разработанная программа медицинской реабилитации, которая также предусматривает

---

---

назначение дифференцированного медикаментозного лечения неспецифического воспалительного процесса организма, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде.

У наблюдаемых пациентов основной группы отмечалось улучшение общего самочувствия, содержание показателей мочевины и креатинина в крови оставались нормальным. Исчезли такие симптомокомплексы, как одышка и сердцебиение при физической нагрузке, одутловатость лица, желтизна и бледность кожи лица, сухость и зуд кожи. Эмоциональная лабильность и возбуждения, мышечная слабость, полиневропатия, диспепсические синдромы, анорексия, алиментарная дисфагия, способствовали уменьшению гипопластической анемии, гипертонического синдрома, уменьшению чувствительности к различным инфекционным заболеваниям внутренних органов, в том числе почек и мочевыводящих путей. Показатели уровня КЖ через 6–12 месяцев у лиц, обсле-

дуемых групп был достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы по всем показателям, то есть показатели 2-й группы были достоверно ниже по сравнению с основной группой. Надо отметить, что пересадка почки при ХБП на сегодняшний день является единственным и успешным методом лечения ХБП, а также основная ответственность ложится на лечащих врачей, которые должны внушить больным о необходимости постоянного наблюдения в реабилитационном центре, а при необходимости также стационарного лечения.

**Выводы.** Привлечение больных в послеоперационном периоде к включению программы медицинской реабилитации одновременно с длительной базисной терапией приводит не только к улучшению клинического состояния больных, но и к достоверному улучшению КЖ больных и приверженности к лечению.



**ТУҒМА ТРОМБОФИЛИЯ ГЕНЛАРИ МУТАЦИЯ ВА ПОЛИМОРФИЗМЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ТРОМБОФИЛИК АСОРАТЛАР РИВОЖЛАНИШИДАГИ АҲАМИЯТИ**

АБДУГАНИЕВА Э.А.<sup>1</sup>, ЛИВЕРКО И.В.<sup>1</sup>, БОБОЕВ Қ.Т.<sup>2</sup>, ДАДАБАЕВА Р.К.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, <sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган гематология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, <sup>3</sup>Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда тромбофилия генлари полиморфизмларининг (V қон омили Arg506Gln, II қон омили 20210 G/A ва метилентетрогидрофолат редуктаза Asp919Gly) аҳамиятини аниқлаш.

**Материал ва усуллари.** Тадқиқотга 93 нафар сурункали обструктив ўпка касаллиги ташҳиси билан (GOLD, 2017) Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт марказининг пульмонология бўлимида даволанган беморлар киритилди. Беморлар анамнезида тромботик асоратлар кузатилиши бўйича 2 гуруҳга (1 гуруҳ – тромботик асоратлар кузатилмаган беморлар, 2 гуруҳ – тромботик асоратлар кузатилган беморлар) ажратилди. Ўрганилаётган гуруҳларнинг V қон омили генининг Arg506Gln полиморфизми, II қон омили генининг 20210 G/A полиморфизми ва метилентетрогидрофолат редуктаза MTR гени Asp919Gly полиморфизмларини аниқлашда Литех (01338–100 ООО НПФ «Литех» Россия) фирмасининг тест-тўплами ёрдамида ишлаб чиқарувчиларнинг кўрсатмаларига мувофиқ полимер занжирли реакция (ПЗР) 2720 «Applied Biosystems» (АҚШ) амплификаторида амалга оширилди. ПЗР махсулотларининг мавжудлиги 3% агароза гелида электрофорез ўтказилиб, трансиллюминатор (Биоком UVT1) жихозида кўрилди.

Олинган натижаларнинг статистик таҳлили «WINPEPI 2016, Version 11.65» ва «EpiCalc 2000 Version 1.02» статистик компьютер дастурлари ёрдамида ўтказилди.

**Тадқиқот натижалари.** Ушбу тадқиқотнинг асосий натижалари шуни кўрсатдики сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморлар гуруҳида MTR гени Asp919Gly полиморфизмининг мутацион Gly/Gly генотиби аниқланмади, аммо гетерозигота Asp/Gly генотиби 39% (44% 1-гуруҳ ва 56% 2-гуруҳга мансуб) беморларда кузатилди. II қон омили генининг 20210 G/A полиморфизмининг G/A гетерозигота генотиби 35,5% беморларда (33,3% 1-гуруҳ ва 66,6% 2-гуруҳга мансуб) аниқланди, ҳамда генининг A/A мутацион полиморфизми тадқиқотга киритилган беморларда аниқланмади. V қон омили генининг Arg506Gln полиморфизми 20,5% беморларда (78,9% 2 гуруҳга ва 21,1% 1 гуруҳга мансуб) аниқланди.

**Хулосалар.** Ўзбекистонда илк бор сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморлар популяциясида асосий тромбофилия генларининг учраш частотаси ўрганилди ва тадқиқот натижалари асосида сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда тромботик ҳолатлар кузатилишида тромбофилия генларининг полиморфизмлари муҳим ўрин тутиши ҳақида хулоса қилиш мумкин.

---

---

## ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

АГЗАМОВА Г.С., АБДИЕВА Ю.А., АЛИЕВА А.М.

*Ташкентская медицинская академия, Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение роли сочетанного воздействия вредных факторов производства горнодобывающей промышленности при развитии наиболее распространенных заболеваний органов сердечно-сосудистой системы, разработка дифференцированных методов терапии и профилактики, критериев медицинской и трудовой реабилитации.

**Материал и методы.** В связи с этим нами проводилось изучение условий труда и распространенности сердечно-сосудистой патологии среди работников горнорудного производства (800 человек). Работники подвергались воздействию комплекса вредных факторов производства: вибрации, шума, запыленности, вынужденного положения тела и неблагоприятных метеофакторов.

Для изучения влияния производственной вибрации и шума на сердечно-сосудистую систему были выбраны проходчики, машинисты экскаваторов, водители большегрузных машин, машинисты буровых установок и машинисты электровозов. Согласно представленной характеристик условий труда 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. Распределение обследованных рабочих по возрасту и стажу показало, что средний возраст в I-й группе составил 38,6, во II-й группе – 41,8 лет, а средний стаж соответствовал 19,8 и 23,7 лет. Изучение сердечно-сосудистой патологии у работающих в условиях воздействия вибрации и шума проводилось как одномоментное эпидемиологическое исследование с использованием стандартных методов и унифицированных критериев.

**Результаты исследования.** При изучении распространенности артериальной гипертензии

среди рабочих I-группы, где имело сочетанное воздействие на организм шума и локальной вибрации, обнаружено, что среди обследованных артериальная гипертензия встречается в 22,7% случаев, а среди обследованных II-группы, где имеется контакт шумом и общей вибрацией, артериальная гипертензия составила 18,3% случаев. Представилось важным проследить имеется ли зависимость частоты и уровня повышения АД от стажа работы в условиях воздействия вибрации и шума. С целью исключения влияния возраста на частоту АГ были рассчитаны стандартизованные по возрасту показатели на 100 обследованных (косвенным методом). Выяснилось, что у стажированных рабочих АГ встречалась достоверно чаще (стандартизованный 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 анализе полученных данных было отмечено, что среди обследованных рабочих ИБС встречается только у лиц старше 40 лет. При этом частота ИБС нарастает с возрастом. Так, среди обследованных лиц в возрасте 40–49 лет ИБС встречалась в I-й группе у 4,7%, во II-й группе 8,8 случаев, в возрасте выше 50 лет, соответственно 15,8 и 23,5%.

**Выводы.** Установлено достоверное нарастание случаев артериальной гипертензии в группах лиц со стажем работы свыше 10 лет, наиболее удельный вес случаев АГ среди обследованных приходится на старшие возрастные группы. Для профилактики сердечно-сосудистой патологии требуется проведение диспансеризации работающих во вредных условиях труда с проведением общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БАБАДЖАНОВ А.С., КАДОМЦЕВА Л.В., ДАМИНОВ Р.У.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить эффективность новых форм организации терапевтической помощи сельскому населению в ПЗЗ и провести анализ их преимуществ и недостатков.

**Материал и методы.** Методом случайной выборки выделено два района в двух соседних областях—Джизакской (Зарбдорский район) и Сырдарьинской (Гулистанский район), которые отличаются только большей плотностью населения в Джизакской области. В обоих областях в СВП обслуживается от 3 до 5,5 тысяч населения, в ССП—от 6,4 до 15 тысяч человек. Повсеместно имеет место дефи-

цит СВ—каждый специалист работает на четыре ставки. Проведено анкетирование населения—по 2000 опрошенных в каждом из районов, а также СВ—по 30 СВ в каждом районе. У населения выясняли уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием в СВП и ССП, и какие конкретно проблемы, а у СВ—удовлетворенность своей работой и какие имеются проблемы. Результаты опроса оказались практически одинаковыми, поэтому они анализировались без разбивки по областям.

**Результаты** исследования. В таблице приведены результаты опросов населения и СВ.

*Таблица*

**Данные опросов населения и семейных врачей**

Тип ЛПУ	Население				СВ			
	Недоволен	Скорее недоволен	Скорее доволен	Доволен	Недоволен	Скорее недоволен	Скорее доволен	Доволен
ССП	8%	38%	48%	6%	23%	25%	26%	26%
СВП	17%	42%	38%	3%	25%	26%	25%	24%

Претензии населения к ПМСП: 1. Недостаток у СВ навыков по узким специальностям. 2. Сложность получения специализированной помощи.

Причины неудовлетворенности СВ: 1. Перегруженность по работе. 2. Недостаток знаний и умений по смежным специальностям.

**Выводы.** 1. Основная причина неудовлетворенности населения помощью в ПЗЗ—сложности в получении услуг узких специалистов. 2. Нужда-

ется в активизации преподавание в вузе по смежным специальностям (ЛОР, офтальмология, гинекология, неврология и др.). 3. Не в полной мере используется потенциал стационарзамещающих технологий (проводится симптоматическая, а не этиопатогенетическая терапия). 4. Для преодоления дефицита СВ целесообразно рассмотреть вопрос восстановления интернатуры по специальности СВ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ

БЕРДИЕВА Д.У., ДЖУРАЕВА Э.Р., НУРМУХАММЕДОВА Н.С., АРИПОВА Н.А., РАХИМОВ С.С.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения анти В-клеточной терапии по сравнению с стандартной терапией при ганулематозе с полиангиитом.

**Материал и методы.** Диагноз ганулематозе с полиангиитом (ГПА) был установлен по симптомам, заключению МСКТ придаточных пазух носа (ППН) и анализу антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) крови. У всех пациентов наблюдалось язвы в полости рта (изъязвления слизистой оболочки, гнойно-геморрагическое отделяемое, перфорация носовой перегородки

и деструкция хряща с развитием седловидного носа). Для исследования были подобраны 49 пациентов в разных стадиях заболевания, в возрасте от 24 до 73 (средний возраст больных 55). Период наблюдения составил 6 месяцев. Контроль за эффективностью лечения велось периодических (каждые 2 месяца) с помощью анализов АНЦА и динамического наблюдения за симптомами. Для более детального статистического анализа результатов исследования пациенты были разделены на 2 группы. В I группу входили 21 пациентов, получившие стандартную терапию.

II группа включила 28 пациентов, которые получили анти В-клеточную терапию в качестве терапии первой линии и в качестве поддерживающей терапии.

**Результаты исследования.** По окончании периода терапии у 45 пациентов (92%) были отмечены положительные изменения: отсутствие резких изменений АНЦА и утихание симптомов ГПА. У I группы у 18 пациентов из 21 (85,7%) анализы АНЦА нормализовались спустя 4 месяца. У II группы анализы АНЦА нормализовались у 26 из 28 пациентов (92,8%) в течение 2 месяцев.

**Выводы.** Анти В-клеточная терапия является эффективным по сравнению с стандартной терапией по двум показателям: по скорости изменений в динамике – 2 месяца против 4 месяцев; по эффективности терапии – 92,8% против 85,7%. Исходя из данных показателей анти В-клеточную терапию можно рекомендовать как в качестве терапии первой линии, так и в качестве поддерживающей терапии. У 5 пациентов изменений в динамике не наблюдалось по причине не соблюдения рекомендаций врача и не получения терапии своевременно.

## ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЗИСТИНА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ЖУРАВЛЕВА Л.В., ЭЛХАЖ Е.В.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между показателями резистина и индексом массы тела (ИМТ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД–2) с нормальной массой тела и ожирением.

**Материал и методы.** Обследовано 70 больных: 1-я группа (n=20) – больные с СД–2 и нормальной массой тела, 2-я группа (n=50) – больные с СД–2 и ожирением (ИМТ  $\geq$  30 кг/м<sup>2</sup>). Контрольная группа (n=20) – практически здоровые лица. Уровень резистина определялся иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»).

**Результаты исследования.** Установлено, что средний уровень резистина достоверно (p < 0,001) повышался во всех группах больных (1-я группа – 8,06  $\pm$  0,23 нг/мл, 2-я группа – 10,0  $\pm$  0,11 нг/мл) при сравнении с показателями в группе контроля

(4,87  $\pm$  0,11 нг/мл), а показатели резистина во 2-ой группе значимо (p < 0,001) отличались от показателей изучаемого адипокина в 1-ой группе.

Резистин находился в прямой корреляции с ИМТ (r=0,36; p<0,05–1-я группа, r=0,84; p<0,05–2-я группа. Связи были достоверными в обеих группах, однако более выраженная корреляция присутствовала в группе больных с СД–2 и ожирением.

**Выводы.** На основании полученных данных можно сделать вывод о наличии более выраженного дисбаланса жировой ткани у больных с СД–2 в сочетании с ожирением. У больных с СД дисбаланс жировой ткани, в виде повышения уровня резистина, напрямую связан с повышением ИМТ, в частности, при сопутствующем ожирении.

## ОРОЛ ДЕНГИЗИ МИНТАҚАСИДАГИ ЯШОВЧИ АХОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ЎРГАНИШ ЙЎЛИДАГИ ЧОРА ТАДБИРЛАР

ЗАХИДОВА М.З.<sup>1</sup>, КАМИЛОВА У.К.<sup>2</sup>, МИРАХМЕДОВА Х.Т.<sup>3</sup>, ТАЛИПОВА Ю.Ш.<sup>4</sup>

*ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги (ССВ) Бош ойлавий шифокори<sup>1</sup>, ЎзР ССВ Бош терапевти<sup>2</sup>, ЎзР ССВ Бош ревматологи<sup>3</sup>, ЎзР ССВ Бош геронтолог маслахатчиси<sup>4</sup>.*

Сўнги йилларда мамлакатимизда соғлиқни сақлаш соҳасида мисли кўрилмаган ислохотлар амалга оширилмоқда. Аҳолини сифатли ва арзон дори-дармон воситалари билан таъминлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, шошилинч тиббий ёрдамни такомиллаштириш, бирламчи тиббиёт тизимини янада яхшилаш, хусусий сектор ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш, соҳада кадрлар тайёрлаш, мутахассислар ихтисослашувини ҳамда малака оширишини таъминлаш каби масалаларга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Тиббий хизмат бошқарувини оптималлаштириш, инфраструктурани яхшилаш, соҳанинг меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларини ва стандартларини ишлаб чиқиш, дори-дармон таъминотини яхшилаш, давлат ва хусусий сектор ҳамкорлигини ривожлантириш ва тизимга замонавий ахборот технологияларини жадал татиқ этиш борасидаги ишлар аниқ режа ва дастурлар асосида амалга оширилмоқда.

Мамлакатимизда аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, улар ўртасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб қилиш, тиббий маданият-

ни юксалтириш борасида улкан ишлар амалга оширилмоқда. Бу борада марказдаги малакали шифокорларнинг жойларга чиққан ҳолда аҳолини тиббий кўриқдан ўтказиш ва маслаҳат бериш амалиётининг йўлга қўйилганлиги диққатга сазовор.

Бу эса ўз навбатида аҳоли саломатлигини сақлашда муҳим аҳамият касб этмоқда. Айнан шундай мақсадлар йўлида Сенатнинг Оролбўйи минтақасини ривожлантириш масалалари қўмитаси ва Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамкорлигида 2021 йилнинг 3–6 май кунлари Қорақалпоғистон Республикаси аҳолисига кўрсатилаётган тиббий хизматларни янада яхшилаш, «темир дафтар» ва «аёллар дафтари»га киритилганларга хонадонбай тиббий маслаҳат бериш мақсадида соғлиқни сақлаш вазирлигининг терапия йўналишидаги бош мутахассислари—бош терапевти, бош гастроэнтерологи, бош ревматологи, бош геронтолог, бош оилавий шифокорлари Қорақалпоғистон Республикасининг Нукус шаҳри, Қўнғирот, Чимбой, Кегели ва Беруний туманларига хизмат сафари ташкил этилди, ҳамда ҳудудларда «хонадонбай» тизими асосида уй-уй юриб ногиронлиги бор, ҳозирда тўшақда қолган беморларни тиббий кўриқдан ўтказишди.

Олиб борилган тиббий кўрик натижалари куйдагиларни кўрсатди: жами текшириш жараёнида иштирок этганлардан 226 нафар беморлар ихтисослаштирилган тиббий кўриқга ва даволашга мухтожлиги аниқланди ва улардан 211 (93,4%) нафар беморлар турли даволаш профилактика муассасаларига даволанишга юборилди, ҳамда 11 (4,9%) нафар бемор республика ихтисослаштирилган тиббий марказларига юборилди.

Туманлар кесимидаги таҳлил натижалари куйдагиларни кўрсатди: Беруний туманида кўриқда иштирок этган 107 нафар беморлар орасида асосан юрак қон томир касалликлари 26%, ўпка нафас йўллари касалликлари 48%, бўғим умуртқа поғонаси касалликлари 38% ва бошқа турли сурункали хасталиклар аниқланди. Чимбой туманида асосан ошқозон ичак тизими хасталиклари, юрак қон томир касалликлари ва бўғим умуртқа поғонаси касалликлари устунлиги аниқланди. Ушбу хасталикларнинг кенг тарқалиши Қўнғирот ва Кегели туманларда ҳам кузатилди. Ҳамда алоҳида таъкитлаш лозимки Чимбой ва Қўнғирот туманларда кўриқдан ўтказилган беморлар орасида 46%ни ревматологик беморлар ташкил этди.

Тиббий кўриқларда иштирок этган гастроэнтеролог, кардиолог, ревматолог, геронтолог, терапевт ва бошқа шифокорлар беморларни ташхислаш ва даволаш муолажалари бўйича маслаҳатлар билан бир қаторда, пархез, жисмоний машқлар, касаллик асоратлари профилактикаси ҳамда бирламчи бўғинда кузатиш бўйича ҳам керакли тавсиялар беришди.

Шундай қилиб, «хонадонбай» тизимида маслаҳатлар берилиши беморлар даволаниши самарадорлигини ошишига ва асоратларни олдини олишга ҳамда диагностика ва даволаш учун жойлардаги имкониятларни янада кенгайтиришга хизмат қилмоқда.

Албатта, тиббий хизмат қулайлиги ва сифати ошиши, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи шаклланиши, касалланиш, саломатлик кўрсаткичлари яхшиланиши, ногиронлик ва барвақт ўлимнинг олди олишга, шу орқали аҳолининг умр кўриш давомийлиги узайишига, миллат генофондини мустаҳкамлашга хизмат қилади.

## ЕР ОСТИ ВА ЕР УСТИДА ИШЛАЙДИГАН КОН ИШЧИЛАРИДА УЧРАЙДИГАН КАСБИЙ БРОНХИТЛАРНИНГ КЛИНИК ДИАГНОСТИКАСИ ВА УЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

КЕНЖАБАЕВ Д., ХАМРОКУЛОВА М.А.

*Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий–тадқиқот институти, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Юқоридаги кон ишчиларида аниқланган касбий бронхитларни белгиларини олдиндан аниқлаш ва диагноз қўйиш, уларни олдини олиш чоралари катта аҳамиятга эгадир.

Чангли бронхитларни барвақт аниқлаш учун асосан қуйидаги фактларга аҳамият бериш керак ва зарур; булардан касаллик белгиларини ривожланиб бориши, ишлаб чиқариш корхоналаридаги ишловчи ходимларнинг иш жараёнидаги гигиеник таснифи, шу корхоналарда узоқ вақтдан бери ишловчи ходимлар орасида чангли бронхит касаллиги борлиги ҳақидаги аниқ маълумотлар, касалликнинг биринчи белгилари ва шу касал-

ликни биринчи қайталаниши ҳақида маълумотлар; биринчи бор ишга қабул қилинганда тиббий кўриқдан ўтгандаги соғлиғи ҳақидаги маълумотлар асосий рўл ўйнайди.

**Материал ва усуллар.** Клиникада чанг билан мулоқотда булган 11 нафар бемор текширилди, улардан 8 нафар бемор касбий касаллик, 3 нафар бемор динамик назоратда бўлиб, буларнинг ҳаммаси узоқ вақт давомида чанг таъсирида ишлаганлар. Касаллик аста секинлик билан бошланган қуруқ йўтал зўрайиб бориб, унга хансираш, ҳаво етишмаслиги, умумий дармонсизлик, тез чарчаш белгилари аниқланди.



**Тадқиқот натижалари.** Клиникада 11 нафар бемор текширилди. Улардан 8 нафар бемор касбий касаллик, 3 нафар бемор динамик назоратда бўлиб, буларнинг ҳаммаси узоқ вақт давомида чанг таъсирида ишлаганлар. Текширишда асосан чангли бронхитнинг II даражаси билан 5 бемор, чангли бронхитнинг III даражаси билан 3 бемор, шифокор назорати остида бўлиши керак бўлган 3 бемор аниқланди.

**Хулоса.** Юқоридаги келтирилган маълумотлар шундан дарак берадики, сурункали чангли бронхитларни барвақт диагностикаси, уларни касбга оидлигини аниқлаш катта маҳоратни, чуқур билимни талаб қилиш билан бирга, уларни ўз вақтида касб касалликлари клиникасига юбориш асосий вазифалардан бири ҳисобланади.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ГРУППАХ РИСКА ПРИ ПАНДЕМИИ COVID19

КОЛОМИЕЦ В.М., ПОЛЬЩИКОВА Н.А.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Курск, Россия*

**Цель исследования.** Анализ тактики выявления коморбидных инфекционных заболеваний в группе риска КПУ при пандемии COVID19.

**Материал и методы.** В течение десяти лет в КПУ одного из субъектов РФ отслеживается заболеваемость и эффективность оказания специализированной медицинской помощи при инфекционных болезнях, в том числе (приоритетно!) и больным коморбидным ТБ. Используются общепринятые методы диагностики и лечения, практически для верификации диагноза больные консультируются сотрудниками кафедр ФГБОУ ВО КГМУ.

**Результаты исследования.** В последние пять лет, до развития пандемии COVID19, инфекционная заболеваемость в КПУ снизилась с 54,2 до 35,5 на 1 тыс. человек, заболеваемость ТБ – с 1220,9 на 100 тыс. человек до 716,4, но на порядок превышает заболеваемость среди всего населения региона. Из отдельных инфекций заболеваемость педикулезом снизилась в 3,6 раза до 1,0 на 1тыс. человек (при этом только в следственных изоляторах), острыми вирусными гепатитами – почти в 4 раза, до 0,19 на 1 тыс. человек (преимущественно гепатитом В), но наблюдался рост числа впервые выявленных случаев хронических вирусных гепатитов (особенно ХВГ С) – в 2,9 раза (до 3,7 на 1 тыс. КПУ). Самым тревожным фактом следует признать увеличение количества впервые выявленных случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией – в 3,9 раза до 2,3/1000.

Таким образом, в КПУ до развития пандемии COVID19 основным контингентом для оказания медицинской помощи были прежде всего больные ТБ и инфицированные ВИЧ-инфекцией. Повышенный интерес вызывала и динамика пораженности коморбидным, ВИЧ-ассоциированным ТБ (ВИЧ/ТБ). Если перед пандемией заболеваемость ТБ снизилась до 635,5/100.000, то за этот же период пораженность контингентов ВИЧ-инфекцией увеличилась с 200,6 до 753,2/100.000, что, естественно, повлекло за собой и рост заболеваемо-

сти ВИЧ/ТБ с 40,1 до 117,8/100.000 контингентов КПУ.

В клинической структуре заболеваемости ВИЧ/ТБ преобладание диссеминированной и инфильтративной форм (соответственно 42,3% и 41, 2%) и относительно высоким является выявление больных ВИЧ ТБ с фиброзно-кавернозным ТБ. Лекарственная устойчивость МБТ выявляется у 12% больных. При этом в преобладающем большинстве больные с запущенными и деструктивными формами выявляются среди мигрантов.

В течение первого года развития пандемии COVID19 существенных изменений в численности контингентов больных коморбидным инфекциям не произошло. Было выявлено 1,17% инфицированных COVID19 среди содержащихся в КПУ и сотрудников пенитенциарных учреждений региона, из них с подозрением на заболевание были госпитализированы 6 больных и у 4 из них диагностировали активный ТБ, у двух в легких выявлены остаточные изменения). После проведения превентивной терапии, включая химиопрофилактику ТБ, инфицированных продолжают наблюдать в КПУ.

Общий уровень инфекционной заболеваемости в целом по КПУ региона (без ОРЗ) увеличился на 26,4% или в 1,3 раза и составил 1789,1 на 100 тыс. человек, При этом заболеваемость ТБ в целом КПУ выросла на 24,6% или в 1,3 раза – 364,8 на 100 тыс., но количество случаев ВИЧ-инфекции снизилось на 35,9% (или в 1,6 раза), все случаи произошли до заключения под стражу.

**Выводы.** Существенных изменений эпидемической ситуации (по инфекционным болезням) в контингентах пенитенциарных учреждений региона при развитии пандемии COVID19 не произошло и ее динамика во-многом обусловлена влиянием не биологических факторов. Однако прослеживается возрастающее значение в ее формировании ВИЧ-инфекции и, соответственно, ВИЧ-ассоциированного ТБ. В целом же обнаруженные тенденции инфекционной заболеваемости (включая туберкулез) в КПУ региона свидетельствуют

об эффективности тактики выявления инфекционных коморбидных заболеваний и проведения

противоэпидемических мероприятий и в период пандемии.

## ОБОСНОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ COVID-19

МАМАТОВА Н.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Обоснованное применение антибиотиков для профилактики вторичных инфекций COVID-19 имеет большое значение. Так как COVID-19 является вирусной инфекцией, поэтому при легком или обычном течении болезни назначать антибиотики для предотвращения бактериальных инфекций не рекомендуется; их следует использовать с осторожностью и только в тяжелых случаях в зависимости от состояния больного. Антибиотики могут быть назначены новой коронавирусной инфекции COVID-19 при следующих состояниях: обширные поражения легких; избыток бронхиального секрета; хронические заболевания дыхательных путей с историей колонизации патогенов в нижних отделах дыхательных путей. Варианты антибактериальных препаратов включают фторхинолоны, цефалоспорины второго или третьего поколения, ингибиторы β-лактамазы и т. д. Антибиотики следует использовать для профилактики бактериальных инфекций у больных в критическом состоянии, особенно с инвазивной механической вентиляцией легких. Такие антибиотики, как карбапенемы, ингибиторы β-лактамазы, Линезолид и Ванкомицин, могут применяться у пациентов в критическом состоянии с учетом индивидуальных факторов риска. Симптомы, состояние больного и результаты таких исследований, как общий анализ крови, С-реактивный белок и прокальцитонин, должны тщательно контролироваться во время лечения. Если невозможно исключить вторичную инфекцию, необходимо тщательно собрать материал для анализов, мазки, посева на нуклеиновую кислоту, антигены и антитела, чтобы выявить инфекционный агент как можно раньше. Антибиотики могут быть назначены эмпирически в следующих случаях: 1) увеличение объема отде-

ляемого при кашле, более темный цвет мокроты, особенно желтая гнойная мокрота; 2) повышение температуры тела, которое не связано с обострением исходного заболевания; 3) заметное увеличение числа лейкоцитов и/или нейтрофилов; 4) прокальцитонин  $\geq 0,5$  нг/мл; 5) ухудшение индекса оксигенации или обострение нарушения кровообращения, не вызванные вирусной инфекцией; а также другие симптомы, предположительно вызываемые бактериальными инфекциями.

Некоторые больные с COVID-19 подвергаются риску вторичных грибковых инфекций из-за ослабленного клеточного иммунитета, вызванного вирусными инфекциями, применением глюкокортикоидов и/или антибиотиков широкого спектра действия. У критических больных необходимо проводить микробиологические исследования дыхательных секретов, такие как мазки и посе-вы; своевременно проверять D-глюкозу (G-тест) и галактоманнан (GM-тест) крови или жидкости БАЛ, если есть подозрения на вторичную инфекцию. Необходимо проявлять бдительность в отношении возможной инвазивной кандидозной инфекции и проводить противогрибковую терапию. Флуконазол или Эхинокандин можно применять в следующих случаях: 1) пациент принимает антибиотики широкого спектра действия 7 и более дней; 2) пациент получает энтеральное питание; 3) пациент проходит инвазивное обследование или лечение; 4) положительный результат посева на кандидоз в материале, полученном из двух или более частей тела; 5) у пациента значительно увеличились результаты G-теста. Необходимо проявлять бдительность в отношении возможного инвазивного аспергиллеза легких.

## РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР

НИГМАНОВ Б.Б., МУМИНОВ Ш.К., САИПОВА Д.С.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Выявить роль сахарного диабета в развитии контраст-индуцированной (КИН) нефропатии у больных при проведении рентген эндоваскулярных процедур (РЭП).

**Материал и методы.** В исследование были включены 130 больных ИБС, которым проводились рентгенэндоваскулярные процедуры (РЭП) с использованием контрастного препарата

юнигексон. Средний возраст больных составил  $55,69 \pm 1,27$  лет, среди них мужчин было 73, женщин 57 человека, что составило соответственно 55,3% и 44,7% от общего количества больных. Сахарный диабет был выявлен у 73 больных (49%). Для выделения больных, у которых РЭП в послеоперационном периоде осложнилась КИН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось динамическое определение сывороточной концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. По результатам все больные были распределены на 2 группы – больные с неосложненным послеоперационным периодом РЭП (группа КИН-, 99 больных, 66%) и больные, у которых развилась контраст индуцированная нефропатия (группа КИН+, 51 больной, 34%). В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых сравнений проводилась с использованием критерия Стьюдента для парных и непарных различий.

**Результаты исследования.** В ходе исследования было выявлено, что в группе больных, у которых развилась КИН достоверно больше лиц, у которых ИБС развилась на фоне сахарного диа-

бета II типа ( $p < 0,05$ ), что, вероятно объясняется их склонностью к развитию диабетической микроангиопатии, одним из вариантов которой является нефропатия. Изучение гликемических особенностей у больных ИБС, включенных в исследование продемонстрировало, что среди больных СД, у которых развилась КИН уровень гликемии достоверно выше, чем у больных с неосложненным течением РЭП ( $p < 0,05$  для тощаковой и  $p < 0,001$  для постпрандиальной гликемии), то есть более высокий уровень гликемии у больных ИБС группы КИН объясняется не только большим количеством больных СД, но и его меньшим контролем. Параллельно с более высокой гликемией, больные СД группы КИН+ отличались и более выраженной урикемией ( $p < 0,01$ ). Увеличенная относительная плотность мочи у больных СД группы КИН+ по сравнению с больными КИН- ( $p < 0,05$ ) объясняется осмотическим эффектом глюкозурии.

**Выводы.** Таким образом, наличие фонового СД, и особенно его декомпенсация является фактором риска развития КИН после проведения РЭП.

## ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

РАИМКУЛОВА Н.Р.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Впервые случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19 зарегистрировались осенью 2019 года в г.Ухане (КНР). В Узбекистане регистрация единичных случаев COVID-19 началась с марта 2020 года. Однако, заболеваемость начала нарастать во второй половине апреля, а пик заболеваемости наблюдался в июле и в августе того же года. Также, имеет место, и регистрация случаев, и по сей день.

Перед клиницистами стояла непростая задача, так как новая коронавирусная инфекция COVID-19 имеет разнообразную клиническую картину с пульмональными и экстрапульмональными проявлениями. Клинические проявления носят преимущественно респираторный характер, вызывая в наиболее тяжелых случаях интерстициальную пневмонию, которая может осложниться развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) или полиорганной дисфункции организма.

Последствия болезни, связанные с поражением внутренних органов не до конца изучены. Актуальность данной проблемы приобретает оценка нарушений внутренних органов при инфекции COVID-19.

Вовлечения почек в патологический процесс при COVID-19 приводит к интерстициальному не-

фриту. Пока сохранены почечные функции, диагноз зачастую не устанавливается, либо с опозданием. При поражении печени при COVID-19 показывает, что в ранее проведенных исследованиях было установлено, что SARS-CoV и MERS-CoV вызывают повреждение печени у инфицированных пациентов. При COVID-19 также были обнаружены отклонения в функциональном состоянии печени, которые ассоциировались с прогрессированием и тяжестью инфекционного процесса. Среди возможных факторов повреждения рассматривается вирусиндуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность и многое другое.

Механизмы повреждения сердца при COVID-19 также, малоизучены. Большая вероятность того, что влияние на сердечно-сосудистую систему COVID-19 прямо и косвенно влияет на сердечно-сосудистую систему, в том числе, и на сердце. К возможным механизмам воздействия относятся прямое повреждение миокарда из-за гемодинамических нарушений или гипоксемии, миокардит, связанный с воспалением, стрессовая кардиомиопатия, нарушения микроциркуляции или тромбозы в результате гиперкоагуляции и системное воспаление (цитокиновый шторм),

которое также может нарушать стабильность бляшек в коронарных артериях. Расстройства гемостаза при COVID-19 характеризуются развитием коагулопатии, проявляющейся тромбозами в различных сосудистых бассейнах, а у части больных развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Развитие тромбозов и тромбоземболий более характерно для пациентов с тяжелым течением COVID-19, и к сожалению в большинстве случаев, приводит к летальному исходу. Клинические проявления зависят от сосудистого бассейна в котором разворачивают-

ся основные события, и могут включать в себя острый коронарный синдром (ОКС), ишемический инсульт, острую мезентериальную ишемию, артериальные тромбозы других бассейнов, тромбозы глубоких вен таза и конечностей, системы портальной вены, тромбоземболию легочной артерии (ТЭЛА).

И в заключении, хочется отметить, что данная проблема все еще очень актуальна и требует тщательного индивидуального подхода как к тактике лечения, так и к диагностике данной проблемы.

## ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В ВОЗРАСТНО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

РАХМАНҚҰЛ А.Қ., СЕЙДАХМЕТОВА А.А., ӘУЕЗХАНҚЫЗЫ Д., АЛДЕШЕВ А.А.

АО «ЮКМА» Шымкент, Казахстан

**Цель исследования.** Изучить частоту возникновения осложнений средне-тяжелого течения COVID-19 в зависимости от возрастного – антропометрических особенностей.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в провизорном стационаре ГИБ №3 г. Шымкент в период с 26 VII – 29 XII 2020 г., у 310 пациентов, в возрасте 40 – 60 лет. и выше. мужчин 155, женщин 155. По телосложению астеники –103, нормостеники–104, гиперстеники- 103. Больные поступили согласно международной классификации болезней 10 – с диагнозом U07.2 (COVID-19, вирус не идентифицирован).

К исследованию подобраны пациенты только со среднетяжелыми клиническими формами поражения легких в соответствии с оценочными данными клинического протокола диагностики и лечения коронавирусной инфекции №106 10 редакция с изменениями от «15» июля 2020 года МЗ Республики Казахстан. Изучены данные частоты дыхательных движений (ЧДД), рентгенографии / компьютерной томографии (КТ), пульсоксиметрии, тонометрии, глюкометрии, тромбоциты.

**Результаты исследования.** Были выявлены осложнения сочетанного характера у 83,2% больных в виде: у 78 пациентов -острая дыхательная недостаточность (ОДН): с ЧДД 30/мин; SpO<sub>2</sub> 80%, PaO<sub>2</sub> –65 мм рт.ст., у 42 – острый респираторный дистресс синдром (ОРДС): ЧДД 35/мин; PaO<sub>2</sub> ниже 50 мм рт.ст.; SpO<sub>2</sub> 80% и рефрактерность к оксигенации, на рентгенограмме- симптом «снежной бури». У 32 –х имелся синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром)–где тромбоциты–в среднем 122×/л; время свертывания–в ср. 14/мин; протромбиновое время–в ср. 19/сек.; Некардиогенный отек легких

у 67, инфекционно-токсический шок (ИТШ) у 24, (тахикардия 110 уд/мин; гипертермии до 40–41 ; гипотензии 90/60 мм рт.ст. Имелось клиническое подозрение на тромбоземболию легочной артерии (ТЭЛА) у 15 пациентов, однако в связи с отсутствием необходимого диагностического оборудования не были идентифицированы. Гипергликемия расценена как COVID-19 индуцированная и сопутствовала у 83,9% пациентов с показателями 12,4–17.7 ммоль/л.

В возрастных диапазонах от 40 – 60 лет выявлены, 26,4% осложнений: 13 – ОДН, 27–ОРДС, 7–ТЭЛА, 10 – ИТШ, 25 – некардиогенный отёк лёгких и гипергликемия у 41,9% пациентов. В возрасте от 60 и выше лет имелись 56,8% осложнений: 55–ОДН, 25 – ОРДС, 32 – ДВС-синдром, 42 – некардиогенный отёк лёгких, 14- ИТШ, 8 – ТЭЛА и гипергликемия у 41,9% пациентов.

У астеников наблюдались осложнения в 45,48% случаях в виде: ОДН –47, ОРДС–30, ДВС-синдром–14, некардиогенный отек легких–43, ИТШ- 5, ТЭЛА – 2 ?

У нормостеников были 19,3% осложнений: ДН–17, ОРДС – 8, ДВС-синдром – 5, некардиогенный отек легких–15, ИТШ–12, ТЭЛА–3 ?

У гиперстеников были 18,4% осложнений: ОДН–14, ОРДС – 4, ДВС-синдром–13, некардиогенный отек легких–9, ИТШ–7, ТЭЛА–10?

**Вывод.** У больных с COVID –19 в средне-тяжелом течении осложнения наблюдались в 83,2% случаях. Наиболее часто у пациентов в возрасте 60 лет и выше (56,8%) и астенического телосложения (45,48%). Отмечено преобладания осложнений у больных со стороны внешнего дыхания (60,3%) и сопровождалась гипергликемией (83,9%).



## ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИТОМ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

РИЗАМУХАМЕДОВА М.З., ДЖУРАЕВА Э.Р., БЕРДИЕВА Д.У., СЕДЕНКОВ А.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Интегрировать все современные данные о заболевании гранулематоз с полиангиитом (ГПА). К таким данным отнести этиопатогенез, клинику, дифференциальную диагностику и лечение.

**Материал и методы.** Использованных для поиска литературы, были использованы с 52 достоверных источников.

**Результаты исследования.** Этиология. В настоящее время невозможно установить у 50% больных. Как возможные этиологические факторы рассматриваются бактериальные и вирусные агенты. Триггерную роль играет гиперчувствительность к антибактериальным, туберкулостатическим, противовирусным препаратам. Патогенез ГПА полностью не изучен, но предполагается вовлечение в процесс клеточного и гуморального иммунитета, участвующих в процессах от поражения тканей, до развития воспалительного каскада. Существуют три характерные манифестации ГПА: васкулит сосудов, развивающихся от мелкого калибра к среднему, «географический» некроз, гранулематозное воспаление, чаще верхних дыхательных путей. Выявлена особенность клинических проявлений васкулита в зависимости от сроков его развития. Клиническая картина. Поражение ЛОР органов выявляется у 90–94% больных. На втором месте по частоте находятся поражение глаз и орбиты, такие как конъюнктивит, кератит, склерит, увеит, обструкция назоларимального тракта, протрузия глазного яблока, псевдотуморозные изменения. Вовлечение почек (протеинурия, изменение мочевого осадка, на-

рушение почечной функции) отмечается у 50%. Изменения со стороны кожи в виде пальпируемой пурпуры, папул, везикул, гангренозной пиодермии, подкожных некротизированных узелков в области бедер, ягодиц и крупных суставов отмечается у 50% пациентов. Эти проявления сочетаются с лихорадкой, артралгиями, артритами. При поражении сердечно-сосудистой системы возможно возникновение гранулематозного миокардита, коронарита, вальвулита с формированием недостаточности аортального и митрального клапанов. Вовлечение головного мозга сопровождается формированием гранулем. Диагностика. Диагностические данные приводятся в классификационных критериях ГПА, разработанных в 1990 году Американской коллегией ревматологов. Так же серологическим маркером ГПА является обнаружение АНЦА к PR3 и MPO. Дифференцировать следует с Т-клеточной лимфомой назального типа (ТКЛ). ТКЛ – это заболевание, сочетающее признаки ГПА (васкулит и гранулематозное воспаление) и лимфосаркомы (пролиферация атипичных Т-лимфоцитов). Этиология ГПА и ТКЛ до сих пор неизвестна, в патогенезе обоих заболеваний предполагается участие вируса Эпштейн-Барр. В лечении ГПА с тяжелым поражением органов или жизнеугрожающим течением рекомендуется использовать комбинированную терапию ГКС и ритуксимабом.

**Вывод.** В настоящее время данное заболевание все еще требует исследовательской работы по поводу его этиологии, патогенеза, классификации клинической картины и лечения.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

РИХСИЕВА Н.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ качества жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом в позднем послеоперационном периоде в зависимости от вида форм первичного гиперпаратиреоза.

**Материал и методы.** В сборку исследования составили 60 детей, с первичным гиперпаратиреозом. По формам первичного гиперпаратиреоза пациенты были разделены по группам: 1. Костная форма заболевания встречалась в 20 случаях. Средний возраст составил–10,4 лет и 35% из них были девочками. 2. Висцеральная форма – в

20 случаях. Средний возраст составил–7,3 лет и 30% из них были девочками. 3. Смешанная – в 20 случаях. Средний возраст составил–10,5 лет и 35% из них были девочками.

Все респонденты были опрошены с помощью краткого опросника качества жизни (SF–36) в позднем послеоперационном периоде (от 1 до 10 лет после операции).

**Результаты исследования.** При проведении анализа различий в группах в зависимости от формы патологии были выявлены статистически значимые различия по показателю Social



Functioning ( $H=8,455$ ;  $p=0,037$  Kruskal-Wallis test). При проведении парного теста, установлено, что различия по данной шкале имеются между костной и висцеральной формами заболевания (Mann-Whitney U-test,  $U=122,0$ ;  $Z=-2,477$ ;  $p=0,01$ ), а также между мягкой и висцеральной формами (Mann-Whitney U-test,  $U=174,0$ ;  $Z=-2,048$ ;  $p=0,04$ ). Различий между другими формами установлено не было (Mann-Whitney U-test,  $p > 0,05$ ).

В позднем послеоперационном периоде: General Health (Mann-Whitney U-test,  $U=454,5$ ;  $Z=-3,813$ ;  $p=0,000137$ ); Role-Physical Functioning

(Mann-Whitney U-test,  $U=596,5$ ;  $Z=-2,598$ ;  $p=0,00939$ ); Role-Emotional (Mann-Whitney U-test,  $U=429,0$ ;  $Z=-4,031$ ;  $p=0,000056$ ); Bodily pain (Mann-Whitney U-test,  $U=665,0$ ;  $Z=-2,011$ ;  $p=0,044$ ); Vitality (Mann-Whitney U-test,  $U=663,5$ ;  $Z=-2,024$ ;  $p=0,043$ ), а также PH (Mann-Whitney U-test,  $U=573,0$ ;  $Z=-2,799$ ;  $p=0,005129$ ).

**Вывод.** Были выявлены статистически значимые различия по всем исследуемым шкалам позднем послеоперационном периоде (через 10 лет), по сравнению с показателями послеоперационного периода через 1 год после операции

## РЕСПУБЛИКА МАХСУС 2-СОНИ ЗАНГИОТА ШИФОХОНАСИ, ИЮНЬ ОЙИДАГИ COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ЎРГАНИШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

СОБИРОВА Г. Н., УСМАНХАДЖАЕВА А.А., БАФОЕВА З. О.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

**Тадқиқот мақсади.** Республика махсус 2-сонли Зангиота шифохонасида июнь ойида COVID-19 билан касалланган беморларни ўрганиш ва таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар.** Июнь ойида Зангиота касалхонасида жами 2944 нафар бемор ётиб даволанди. Беморлар проспектив усулда ўрганиб чиқилди ва маълумотлар таҳлил қилинди.

**Тадқиқот натижалари.** 2944 та касалнинг 58% ни (1707 таси) аёллар, 42% ни (1237 таси) эр-каклар ташкил қилди. Ёш бўйича классификация қилинганда 25 ёшдан кичиклар 10% (294 та) ёшлар 36% (1059 та) ни, ўрта ёшлилар 34% (1001 та) ни, қарилар 12% (353 та), кексалар 8% (237 та) ни ташкил этди.

Беморларни бўлимлар бўйича тақсимлаганда терапевтик бўлимларда 2778 та (94%) беморлар, ўртача 10 кун давомида ётиб даволанишган. Реанимация бўлимларида 166 та яъни 5,6% беморлар бўлиб, улар ўртача 16 кун давомида даволанишган.

Ёндош касалликлар учраши бўйича таҳлил ўтказганимизда: қандли диабет 27% (795 та), юрак ишемик касаллиги 35% (1030 та), гипертония касаллиги 28% (824 та), сийдик йўллари инфекцияси 7% (206 та), гастрит 24% (708 та), яра касаллиги 9% (265 та), холецистит 32% (942 та), панкреатит 37% (1089 та), бронхит 15% (462 та), бронхиал астма 4% (118 та), ўпканинг сурункали обструктив касалликлари 5,6% (165 та), жигар циррози 4% (118 та), сурункали гепатитлар 9% (265 та), пиелонефрит 5% (147 та), семизлик 12% (353 та) анемия 3% (88 та) ва кам учрайдиган касалликлар 1,8% ни (52 та) ташкил қилди

**Хулоса.** Жами 2944 нафар касалларни таҳлил қилганимизда, касалларнинг асосий қисмини аёллар, ёш бўйича ёшлар ва ўрта ёшлилар ташкил қилди, ҳамроҳ касалликлар учраши бўйича эса юрак ишемик касалликлари, холецистит, панкреатит катта фоизларни эгаллади.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

СУЛАЙМОНОВА Г.Т., АХМЕДОВА Н.Ш.

*Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

**Цель исследования** оценка состояния почек при СД и изучит диагностическое значение определения функционального резерва почек (ФРП), который является разницей между максимальной (стимулируемой) и базальной величинами клубочковой фильтрации.

**Материал и методы.** Для изучения вопроса влияния гиперфильтрации на развитие воспалительных и фиброзирующих процессов в почках мы проводили пробу с белковой нагрузкой у 40 больных (17 мужчин и 33 женщины (средний воз-

раст —  $58,5 \pm 7,0$  года) СД 2 типа без клинических признаков нефропатии с нормальной или повышенной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ). ФРП отображает возможность почек повышать СКФ в ответ на различные нагрузки (белковую). Парадоксальное снижение или отсутствие роста СКФ при стимуляции вышеупомянутыми агентами указывает на истощение резерва почек, что, по мнению большинства исследователей, является клиническим маркером гиперфильтрации в действующем нефроне. Концентрации нефрина

и микроальбумина в моче, фактор роста эндотелия сосудов (VEGF-A) в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты исследования.** В зависимости от состояния ФРП больные СД 2 типа распределились на две группы — с сохраненным и истощенным ФРП.

Первая группа — пациенты с сохраненным резервом фильтрации — 21 человек (52,5%), у которых пророст клубочковой фильтрации составил в среднем  $60,7 \pm 27,6\%$ . Длительность СД в среднем составила  $3,9 \pm 2,6$  лет.

Вторая группа — пациенты с истощенным ФРП — 19 человек (47,5%), у которых наблюдали снижение или отсутствие резерва фильтрации в среднем на  $25,8 \pm 23,4\%$ . Длительность СД составила  $5,4 \pm 2,5$  года.

У больных с сохраненным ФРП концентрация нефрина превышала показатели в контрольной группе на 59% и составила  $2,882 \pm 1,15$  нг/мл, контроль —  $2,074 \pm 1,03$  нг/мл. Истощение ФРП сопровождалось достоверным увеличением уровня нефрина в моче ( $3,861 \pm 0,78$  нг/мл) — на 98,8%

по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Аналогичные изменения наблюдались и при исследовании VEGF-A. Концентрация последнего повышалась на 34% у больных с сохраненным ФРП и составляла  $38,89 \pm 3,46$  пг/мл. У пациентов с истощенным ФРП показатель VEGF-A увеличился еще более отчетливо — на 80,3% ( $61,29 \pm 4,66$  пг/мл;  $p < 0,05$ ).

Установлено, что при низких показателях СКФ и ФРП у некоторых больных микроальбуминурия не обнаружено.

Выводы. Таким образом, у пациентов с СД 2 типа без клинических признаков нефропатии имеет место уменьшение ФРП, которое сопровождается повышением концентрации ключевых маркеров воспаления и фиброза, что свидетельствует об активации нефросклеротических процессов уже на ранних стадиях заболевания. Определение белка в моче — недостаточно чувствительный признак развития ДН, поэтому существует потребность в новых биомаркерах ранней диагностики.

## ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASIDA ХУДУДЛАР АРО КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН КАСАЛЛИКЛАР ТАХЛИЛИ

ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., АТАХАНОВА Л.Э., ХАШИМОВ А.А., АБДУКАДИРОВА Н.М.

*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон*

Аҳолининг қариши—ўлим ва туғруқнинг камайиши билан боғлиқ бўлган қонуний жараёндир.

Жахон Соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига кўра 45–59 ёш ўрта ёш, 60–74 кекса ёш, 75–89 қариялар, 90–ёшлиқлар узоқ умр кўрувчилар деб хисобланади. Бутунжахон Миллатлар Ташкилоти маълумотларига кўра 60 ёш ва ундан катта бўлган инсонлар улуши 2015 йилда 20%ни ташкил этиб, 2025 йилда бу кўрсаткич 24%, 2050 йилда эса учдан бир қисмига тўғри келади.

Бугунги кунда Ўзбекистон узоқ умр кўрувчи етакчи ўн мамлакат қаторига киради ва ўртача умр кўриш кўрсаткичи бўйича—73,8 ёшни ташкил этади, бу эрақлар учун 69 йил ва аёллар учун 75 йил. Жами республикада 60 ёшдан ошганлар умумий аҳолининг 7 фоизни ташкил этади.

Кексаликга хос бўлган 60 дан ортиқ гериатрия синдромлари маълум, улардан қарилик астенияси, саркопения, когнитив бузилишлар, депрессия, делирий, мальнутриция, мобилликнинг пасайиши, йиқилиш ва синиш, сийдик тута олмаслик, сенсор танқисликлар ва х.к. ёш билан боғлиқ бўлган муаммолар жуда кўп. Уларнинг барчаси тиббий, ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эга.

Статистик маълумотлар таҳлил натижалари маълум қилишича Ўзбекистон Республикасида 2019 йилда кекса ёшли аҳоли орасида бирламчи касалланиш кўрсаткичи (65 ёшдан ошган 100000

аҳолига нисбатан) — 26637,8та бемор ташкил этган ва бу кўрсаткич 2020 йилда 27176,2 гача яни 26,6%дан 27,2%гача кўпайганини кўрсатди.

Аниқланган касалликлардан энг кўп тарқалганлар нафас олиш тизими аъзолари касалликлари 2019 йилда 7832,3 беморда кузатилган бўлса 2020 йилда 9814,8та беморда аниқланди, яни 1,3 мартага кўпайгани кузатилди. 2020 йилда 2019 йилга нисбатан юрак қон томир касалликлари аксинча 7000,5 дан 6440,7 гача яни 1,1 мартага камайгани кузатилди, овқат хазим қилиш аъзолари касалликлари 4243,8 дан 3918,9гача, кўз ва унинг қўшимча касалликлари 4006дан 3927,2гача, қон ва қон яратиш аъзолари касалликлари ва иммун тизими механизмлари бузилишига алоқадор айрим касалликлар 3555,2дан 3074,6гача яни 1,2 мартага камайгани кузатилди.

Вилоятларда бу кўрсаткичлар 2019 — 2020 йилдаги статистик маълумотлар таҳлили натижалари шуни кўрсатдики кекса ёшдаги аҳоли ўртасида нафас олиш тизими аъзолари касалликлари Қорақолпоқистон Республикасида, Навоий, Самарқанд, Сурхандарье, Тошкент вилоятларида ва Тошкент шаҳрида бошқа вилоятларга нисбатан кенг тарқалган. Таъқитлаш лозимки масалан Тошкент шаҳрида 2019 йилга нисбатан 2020 йилда 6,3 маротаба, Навоий вилояти —3,4 маротаба Қорақолпоқистон Республикасида, Фарғона

ва бошқа вилоятларда 1,4 маротабага ошганини кўрсатди. Юрак қон томир касалликлари 1,3 мартага, сезиларли даражада вилоятлар ичида Тошкент шаҳрида, ва бошқа вилоятларда ўртача 1,6 мартага ошганини таъкитлаш лозим.

Олинган маълумотлар таҳлили натижасига кўра бошқа вилоятларда бундай ўзгаришларда яққол фарқлар борлиги кузатилмади, масалан Қорақолпоқистонга худудий яқин жойлашган Хоразм вилоятида респиратор касалликлар 2019 йилда беморлар сони умумий республика бўйича касалланган беморлар сонига нисбатан 3,6га, 2020 йилда эса 3,3 маротаба кам кузатилган.

**Хулоса.** Юқорида келтирилган кўрсаткичларга изоҳ сифатида шуни таъкитлаш лозимки, касал-

лик сонини камайтириш мақсадида уларни диагностика қилиш механизмларини такомиллаштириш, бирламчи тиббиёт тизимидаги мутахассисларни билимини мунтазам равишда узликсиз ошириш, аҳоли ўртасида кенг қамровий хатловларни, чуқурлаштирилган тиббий кўрикларни олиб бориш ва диспансер назоратини такомиллаштириш, ҳамда аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини шакиллантириш, хавфли омиларга, хусусан камхаракатлик, оғир вазин, нотўғри, нораціонал овқатланиш, тамаки чекиш, артериал босимни ошиши ва бошқа омилларга қарши курашиш чора тадбирлари бирламчи ва иккиламчи профилактика чора тадбирларини олиб бориш ва аҳолини тиббий маданиятини ошишдан иборатдир.

## ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

ТАШМУХАМЕДОВА М.К., ИБРАГИМОВА Н.У.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение и разработка мероприятий для профилактики силикоза у работников в горнорудной промышленности.

**Материал и методы.** изучены данные профилактических периодических медицинских осмотров работников горнорудного производства за 2020 год (1260 человек). Изучался анамнез рабочего, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него кремнийсодержащей пыли, а также результаты рентгенологических исследований легких в прямой проекции, с последующим изучением динамически выявленного патологического процесса, его осложнений у 57 больных в клинике профессиональных заболеваний. Для решения поставленной задачи был использован комплекс клинических, лабораторно-инструментальных и математико-статистических методов исследований.

**Результаты исследования.** Данные изучения результатов проведенных профилактических медицинских осмотров выявили рост силикоза среди данной группы, повышенное количество лиц с подозрением на силикоз при небольшом стаже работы. По профессии это рабочие, имеющие контакт с кремнийсодержащей пылью в подземных условиях. Большая частота изменений выявлена у проходчиков. По возрасту преобладали лица возраста 36–50 лет, средний возраст составил  $39,6 \pm 1,2$  лет, по стажу – в основном рабочие со

стажем от 6 до 15 лет и средний стаж работы в подземных условиях –  $10,9 \pm 0,8$  лет. По результатам рентгенографического исследования легких у 57 рабочих выявлены рентгенпризнаки силикоза и выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии у 50 человек, II стадии – 5 человек и у 2 – силикотуберкулёз. Как видно из вышеизложенных, складывается не очень благополучная картина: преобладание с выявленной легочной патологией лиц с небольшим стажем работы, молодого возраста и что настоятельно требует это выявление первичных случаев силикоза.

**Выводы.** На основании полученных данных для профилактики силикоза нами предложена программа, которая включает следующие этапы: качественное проведение предварительного медицинского осмотра при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работающих под воздействием фиброгенной пыли с проведением рентгенографии легких и исследованием функции внешнего дыхания, углублённое обследование лиц с риском развития силикоза, создание регистра больных с силикозом, медицинское наблюдение и лечение, контроль показателей качества жизни. Проведение программы способствует снижению уровня заболеваемости силикозом, показателей утраты трудоспособности, улучшение качества жизни рабочих горнорудной промышленности.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ В УСЛОВИЯХ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

УСМАНОВ Б., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ТУРСУНОВ Х.Х., КУРБАНОВА Р.Р.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить сравнительную характеристику степени связи основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФССЗ) с железодефицитными состояниями (ЖДС) у популяции наркоманов.

**Материал и методы.** Для эпидемиологического исследования была сформирована сплошная репрезентативная выборка мужчин и женщин 15–49 лет в количестве 589 человек. Для определения ЖДС и ФССЗ применялись опросные, биохимические, инструментальные и общеклинические методы. Использовался анализ Кокса в версии процедуры SASPROC PHREG, что позволило вычислять  $\beta$ -коэффициенты ФР, стандартную ошибку –  $SE_{\beta}$ ,  $\chi^2$  Вальда и 95% ДИ.

**Результаты исследования.** У больных ЖДС существенно чаще выявляются следующие ФССЗ: нарушение характера питания – у 1,7% ( $f=0,70$ ), злоупотребление крепкого чая и кофе – у 79,1% ( $f=0,66$ ), злоупотребление ненаркотическими лекарственными средствами – у 89,3% ( $f=0,74$ ), нарушение режима питания – у 79,7% ( $f=0,64$ ), зло-

употребление алкоголя – у 85,7% ( $f=0,57$ ), стрессовые риск-факторы – у 2% ( $f=0,11$ ), низкое потребление овощей и фруктов – у 84,1% ( $f=0,53$ ), неблагоприятный семейный фактор – у 59,0% ( $f=0,40$ ), низкая физическая активность – у 79,8% ( $f=0,24$ ), курение – у 74,2% ( $f=0,22$ ), пониженная масса тела – у 66,8% ( $f=0,51$ ), артериальная гипертензия – у 19,2% ( $f=0,43$ ), избыточная масса тела – у 8,0% ( $f=0,10$ ), гиперхолестеринемия – у 23,1% ( $f=0,15$ ), гипертриглицеридемия – у 18,1% ( $f=0,12$ ), дислиппротеидемия – у 15,0% ( $f=0,35$ ), геликобактерная инфекция – у 81,1% ( $f=0,59$ ), гиперурикемия – у 30,0% ( $f=0,44$ ) и МТОЗы – у 68,8% ( $f=0,43$ ).

**Выводы.** Наркофон и ЖДС способствуют прогрессированию неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Эти результаты безусловно, должны быть использованы в реализации лечебно-профилактических программ в отношении сердечно-сосудистых заболеваний у наркоманов.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РОЗЛИВА ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД В УЗБЕКИСТАНЕ

ХАЛМИРЗАЕВ Ш., АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛИАХУНОВА М.Ю.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение состояния натуральных питьевых минеральных вод Узбекистана.

Узбекистан имеет достаточный потенциал для развития производства питьевой минеральной воды. В республике более 150 климатических местностей, где расположено около 300 источников лечебных минеральных вод (ЛМВ). Источники подземных и родниковых вод которые по химическому составу и минерализации отвечают требованиям Узгосстандарта и могут быть рекомендованы для бутылочного розлива. Первая узбекская бутылочная минеральная вода «Ташкентская» появилась в 1952 г. Затем с 1958 г. был начат розлив Ферганской МВ, которая по своему природному составу похожа на «Ташкентскую». Обе эти воды относятся к слабоминерализованным, хлоридно-гидрокарбонатным натриевым водам. В настоящее время на скважинах МВ функционируют более 30 цехов и заводов розлива, на которых идет розлив минеральных вод минерализацией более 0,5 г/л. К столовым МВ относятся «Бухарская»,

«Ханабадская», «Ташкентская», «Ферганская», «Ургенчская», «Олтин водий», «Истиклол», «Бекобод», «Навруз», «Узбекистан», которые можно пить без совета врача. Самаркандскую и Чартакскую МВ начали развивать в 1969 г. и на сегодняшний день производится четыре вида МВ «Самарканд». С апреля 2011 г. начат выпуск МВ «Geominral», которая добывается из горячего источника с глубины 1300 м. Вода газированная, имеет оптимально сбалансированный минеральный состав. По своим свойствам и вкусовым качествам вода «Geominral» аналогична таким международным брендам, как «Боржоми», «Perrier», «Ессентуки», «Нарзан», «Evian» и др. На базе скважины № 32 (Наманганская область, аналог МВ источника № 7 курорта Трускавец) организован завод бутылочного розлива МВ «Chortog», которая показана при заболеваниях пищеварительного тракта и сахарном диабете. ЛМВ «Omonhona», обладающая лечебными свойствами производится из родникового источника Сурхандарьинской области Байсунского района.



С 2015 г. на базе скважины находящейся на территории санатория «Чинобод» в г. Ташкенте начат розлив бутилированной воды «Chin OBOD» (реализуется в аптеках города). В 10 км на юго-запад от г. Ташкент пробурена скважина № 7 (глубиной 1920 м) откуда поступают МВ маломинерализованные (3,6–3,8 г/л, хлоридные натриевые) с кондиционным содержанием органических веществ (5,5–15 мг/л), а также в повышенных количествах по некоторым пробам, брома (до 15–17 мг/л) и кремниевой кислоты (до 70 мг/л). Разливается ЛМВ «Источник Зангиота», рекомендованная при заболеваниях желудочнокишечного тракта, пиелонефрите, желчекаменной и мочекаменной болезнях. Указанные минеральные воды оказывают выраженное влияние на патогенетические и на саногенетические механизмы.

По мнению экспертов, рынок минеральной питьевой воды республики на сегодняшний день

сохраняет значительный потенциал для роста. В частности, об этом свидетельствует показатель среднедушевого ежегодного потребления бутилированной воды в Узбекистане по отношению к странам Европы. Так, в республике ежегодно среднестатистический потребитель выпивает 15 литров бутилированной воды, тогда как в Польше–40 литров, в Западной Европе–в среднем 70 литров в год.

**Вывод.** Минеральные воды занимают важное место в лечении и реабилитации больных с различными заболеваниями внутренних органов, показаны для внутреннего применения и обладают широким спектром лечебнооздоровительных возможностей, входят в реабилитационный потенциал, для успешного проведения медицинской реабилитации. Включение в схему лечения и реабилитации лечебной питьевой минеральной воды повышает их эффективность.

## ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ЮНУСМЕТОВ Э.Ш., АЛИБЕКОВА Ж.Р., АЛДЕШЕВ А.А., СЕЙДАХМЕТОВА А.А.

*Южно-Казахстанская Медицинская Академия, Шымкент, Казахстан*

**Цель исследования.** Оценить и анализировать влияния коморбидных состояний на исход заболевания у пациентов, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «COVID–19».

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе «Городской больницы №2» города Шымкент. Изучены и проанализированы особенности коморбидных заболеваний у 70 больных, находившихся с 1 июля по 15 августа 2021 г. на стационарном лечении с диагнозом «COVID–19, вирус идентифицирован» (код U07.1 по МКБ–10). Из них женщин было 39 (55,7%), мужчин–31 (44,3), средний возраст составил  $57,5 \pm 4,5$  года. У всех пациентов диагноз COVID–19 был подтвержден с помощью полимеразной цепной реакции на вирус SARS-CoV–2. Всем пациентам проводилась компьютерная томография органов грудной клетки и средостения, у 88,5% больных были выявлены признаки вирусной интерстициальной пневмонии. Все пациенты получали стандартное лечение по клиническому протоколу утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Казахстан «Коронавирусная инфекция COVID–19 у взрослых», протокол №146, редакция 3 (05.08.2021 г.).

**Результаты исследования.** В отсутствие коморбидных состояний частота летального исхода составила 3,5%. Минимум одно коморбидное состояние повышало частоту неблагоприятного исхода до 11,4%, мультиморбидность–до 21,4%. Наиболее частыми коморбидными заболеваниями были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. Реже всего среди коморбидностей присутствовали–ревма-

тические заболевания и воспалительные заболевания кишечника, кожные болезни, заболевания щитовидной железы и хронические заболевания печени. Вероятность неблагоприятного исхода значительно увеличивали сахарный диабет, психические нарушения, морбидное ожирение, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения (в том числе в анамнезе), острый инфаркт миокарда (в том числе в анамнезе), хроническая сердечная недостаточность, аритмии, онкологические заболевания, хроническая болезнь почек. При оценке влияния коморбидных состояний на исходы COVID–19 обязательно учитывались возрастные особенности разных групп пациентов. Практически все состояния, влиявшие на увеличение частоты летального исхода при COVID–19, были зафиксированы у пациентов статистически значимо старшего возраста по сравнению с больными без коморбидных состояний. К моменту заключительного анализа (15 августа 2021 г.) исход был известен для 71,4% пациентов: 32 (45,7%) были выписаны из стационара в состоянии выздоровления, улучшения или стабилизации, 8 умерли, что составило летальность на уровне 11,4%; остальные 10 (14,2%) были переведены в реабилитационные центры для долечивания.

**Выводы.** Коморбидные состояния являются одним из определяющих факторов прогноза внутрибольничной летальности у госпитализированных пациентов с COVID–19. Однако ее следует рассматривать в контексте возрастных особенностей пациентов.



## ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF NEW TECHNOLOGIES ORGANIZATIONS OF THERAPEUTIC ASSISTANCE TO RURAL TO THE POPULATION IN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

BABADZHANOV A.S., KADOMTSEVA L.V., DAMINOV R.U.

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

**The purpose of the study.** To evaluate the effectiveness of new forms of organization of therapeutic assistance to the rural population in PZD and to analyze their advantages and disadvantages.

**Materials and methods.** Two districts in two neighboring regions—Jizzakh (Zarbdor district) and Syrdarya (Gulistan district), which differ only in the higher population density in the Jizzakh region, were identified by random sampling. In both regions, the SVP serves from 3 to 5.5 thousand people, in the SSP – from 6.4 to 15 thousand people. There

is a shortage of SV everywhere—each specialist works at four rates. A survey of the population was conducted—2000 respondents in each of the districts, as well as SV—30 SV in each district. The population was asked about the level of satisfaction with medical care in the SVP and SSP, and what specific problems, and the SV—satisfaction with their work and what problems there are. The results of the survey turned out to be almost the same, so they were analyzed without being broken down by region.

**Results.** The table shows the results of surveys of the population and SV.

*Table*

**Data from surveys of the population and family doctors**

Population				SV				
Type LPU	under-free	Rather not-satisfied	Rather satisfie	Satisfied	Under-free	Rather not-Sa tisfied	Rather satisfied	Satisfied
<b>SSP</b>	8%	38%	48%	6%	23%	25%	26%	26%
<b>SVP</b>	7%	42%	38%	3%	25%	26%	25%	24%

Claims of the population to PHC: 1. The lack of SV skills in narrow specialties. 2. The difficulty of obtaining specialized assistance.

Reasons for dissatisfaction with SV: 1. Work overload. 2. Lack of knowledge and skills in related specialties.

**Conclusion.** 1. The main reason for the dissatisfaction of the population with the help in PZP is the difficulty in obtaining the services of

narrow specialists. 2. Teaching at the university in related specialties (ENT, ophthalmology, gynecology, neurology, etc.) needs to be activated. 3. The potential of inpatient replacement technologies is not fully used (symptomatic, not etiopathogenetic therapy is carried out). 4. To overcome the shortage of SV, it is advisable to consider the issue of restoring an internship in the specialty of SV.

## EMBOLIZATION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA WITH INTRACRANIAL EXTENSION

UZOKOV A.D. XASANOV U.S. UMAROV R.Z.

*Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan*

**Objectives/purpose.** 1. Understand three different techniques for embolization of juvenile nasal angiofibroma (JNA) and assess their combined efficacy. 2. Perform successful endoscopic intralesional embolization of highly vascular sinonasal neoplasms.

**Methods.** In this study, we present the case of a 15-year-old male patient diagnosed with juvenile nasal angiofibroma (JNA) who successfully underwent trimodal embolization and resection at a tertiary Profmed servise center after failed coil embolization in

his home city. We examine the clinical details of the case and a review of pertinent literature.

**Results.** Preoperative embolization is common in the treatment of JNA, but there is little consensus as to the proper timeframe and techniques utilized. In our case, preoperative imaging revealed a vascular tumor with intracranial extension consistent with UPMC Stage V JNA. Diagnostic angiogram revealed significant arborization from the internal and external carotid systems. A trimodal embolization technique, utilizing transarterial, percutaneous, and direct endoscopic

---

---

intralesional injection of n-Butyl Cyanoacrylate (n-BCA) was performed. A two-staged endoscopic and open resection was subsequently performed one week later with minimal blood loss. In our case, combining intralesional embolization with traditional transarterial techniques resulted in an improved operative field and a successful clinical result.

**Conclusion.** Embolization of highly vascular sinonasal tumors with n-BCA is not limited to endovascular techniques, but can be safely combined with percutaneous and endoscopic intralesional embolization up to one week prior to surgical resection.

## OILAVIY SHIFOKORLARI SHAROITIDA QON BOSIMINI KESKIN KO'TARILISHINING ETNIK XUSUSIYATLARI

NURDINOV SH.B., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., USMONOV B.U.

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

**Tadqiqod maqsadi.** Qon bosimini keskin ko'tarilishining (GKr) etnik xususiyatlarini oilaviy shifokori (OSh) sharoitida o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi.

**Material va usullari.** Epidemiologik tekshiruv JSST (2000) tavsiyalaridan kelib chiqib amalga oshirildi va unga ayollar (361 ta) hamda erkaklar (354ta) jalb qilinib ularda GKr ning OSh sharoitida tarqalishi xususiyatlari qiyoslab o'rganildi. Epidemiologik ko'rsatkichlar chastotasi  $\chi^2$  usuli bo'yicha qiyoslanib baxolandi.

**Tadqiqod natijalari.** Ayollar populyatsiyasida GKr gipertoniya bosqichlaridan (AG) kelib chiqib to 2,4 barobargacha yetib farq bilan aniqlanadi ( $P < 0,01$ ). Uning yuqori darajasi AG II bosqichida (19,1%) va unga qiyosan 3,4% farq bilan (15,8%) AG III bosqichida ( $P < 0,05$ ) kuzatiladi. Uni past ko'rsatkichlar bilan qayd qilinishi AG I bosqichida (8,0%) aniqlanadi ( $P < 0,01$ ). GKr ayollar orasida o'rtacha 43,0% ga yetib uchraydi. Ayollarda GKr I va II turlari eng ko'p AG II bosqichida, 2,2% va 1,3% farqlanib, eng kam darajada—AG I bosqichida qayd etiladi.

Erkaklarda GKr ni tarqalishi 28,9% ni tashkil etadi. AG I bosqichida ushbu asoratlangan klinik xolat—10,3%, II bosqichida—2,5% ga ortib (12,8%,  $P > 0,05$ ) va uchinchi bosqichida—5,8% (salkam ikki barobarga kamayib—5,8%,  $P < 0,01$ ) darajalar bilan aniqlanadi. Erkaklar populyatsiyasida GK I turi 15,0% va II turi 13,9% ( $P > 0,05$ ) tarqalish bilan qayd etiladi. Uning xar ikki klinik turlari eng kam AG II bosqichida (GK I—14,0% va GK II—1,8%,  $P < 0,001$ ) aniqlanadi. AG II bosqichida GK I turi 6,4% va GK II turi ham 6,4% dan kuzatiladi ( $P > 0,05$ ). AG I bosqichida ularning darajalari 4,6% va 5,7% ni tashkil etib uchraydi ( $P > 0,05$ ).

**Xulosalar.** Ayollar va erkaklar orasida GK rivoji va tahdidini ifodalovchi birday nomaqbul epidemiologik vaziyat borligi UASh e'tiborini tortishi darkor. Bu, OSh sharoitida, AG ni «orqaga qaytarish nuqta»larini ularda barvaqt bashoratlab va bartaraf lab berish imkoniyatlarini beruvchi profilaktika modelini yaratilishi zarurligini ko'rsatadi.