

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 2, 2022

КАРДИОЛОГИЯ

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИ. КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ЮРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИНИ БАҲОЛАШ <i>Халилова Ф.А.</i>	7
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, А ТАКЖЕ АДЕКВАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б., Курбанов Р.Д., Инагомоев Ж.Р.</i>	14
ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ <i>Ходжакулиев Б.Г., Ахмедова Д.М., Назаров А.А.</i>	18
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляев Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоев Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н., Якубов М.М.</i>	24
СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО ОЦЕНКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО И АНГИОГРАФИЧЕСКОГО УСПЕХОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕЗОРБИРУЕМОГО КАРКАСА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ «MAGMARIS» <i>Холикулов С.Ш., Санакулов Ж.М., Юлдошев Н.П., Нагаева Г.А.</i>	31

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК ЖАРАЁНЛАРИНГ ҲОЛАТИ ВА КОМПЛЕКС ДАВО МУОЛАЖАЛАР ТАЪСИРИ <i>Аляев А.Л., Рахимова Д.А., Муминов Д.К.</i>	36
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ЎПКА АРТЕРИЯСИ СИСТОЛИК БОСИМИ БИЛАН ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ <i>Холов Г.А., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И., Ибрагимов У.Д.</i>	39
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В САМАРКАНДСКОМ РЕГИОНЕ <i>Ибадова О.А., Шодикулова Г.З.</i>	46
COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧИДА КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ КЛИНИК ҲОЛАТ ОҒИРЛИГИГА БОҒЛИҚ КЕЧИШИ <i>Рахимова Д.А., Аляев А.Л., Абдуллаев А.Х., Сабиржанова З.Т.</i>	51
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ТАШҚИ НАФАС ФАОЛИЯТИ БИЛАН ЮРАК ГЕМОДИНАМИКАСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ <i>Гадаев А.Г., Холов Г.А., Кенжаев М.Л., Туракулов Р.И.</i>	55
СЫВОРОТОЧНЫЕ СУРФАКТАННЫЕ ПРОТЕИНЫ SP-A И SP-D КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ <i>Шодикулова Г.З., Ибадова О.А.</i>	62
СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА КАРДИОВАСКУЛЯР ПАТОЛОГИЯ КОМОРБИДЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ <i>Камилова У.К., Тошов С.С.</i>	69

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННГО ХОЛЕЦИСТИТА И БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ФИТОПРЕПАРАТАМИ <i>Каримов М.М., Дусанова Н.М., Собирова Г.Н., Саатов П.С.</i>	73
--	----

8. Calverley P.M., Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. // Lancet. 2003. Vol. 362. P. 1053–1061.
9. Peiffer C.J., Poline L., Thivard M., Aubier Y. Samson. Neural substrates for the perception of acutely induced dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2001. Vol. 163(4). P. 951–972.
10. Убайдуллаева К.М. Динамика вентиляционных показателей у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне лечения препаратом Спирива – Респираторная медицина. 2000, №1. С. 35–36.
11. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda: National Heart, Lung and Blood institute: update 2003.
12. Hansell A.L., Walk J.A., Soriano J.B. What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple cause coding analysis // Eur. Respir. J. 2003. Vol. 22. P. 809–814.

**ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧ-
ГАНДА ТАШҚИ НАФАС ФАОЛИЯТИ БИЛАН ЮРАК ГЕМОДИНАМИКАСИ
КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОЎЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ
САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ**

ГАДАЕВ А.Г.¹, ХОЛОВ Г.А.², КЕНЖАЕВ М.Л.², ТУРАҚУЛОВ Р.И.¹

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон,¹
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон²*

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНЕШНЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Гадаев А.Г.¹, Холов Г.А.², Кенжаев М.Л.², Турақулов Р.И.¹

Ташкентская медицинская академия¹, Ташкент, Узбекистан, Бухарский государственный медицинский институт², Бухара, Узбекистан

В данной работе рассмотрена корреляционная взаимосвязь течения легочной гипертензии при хронической обструктивной болезни легких, в частности показателей внешней дыхательной активности и сердечной гемодинамики, и проведен сравнительный анализ влияния на данные показатели бозентана и силденафила. Одним из основных показателей внешней дыхательной деятельности у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией является индекс Тиффно. Изучено корреляционная связь между индексом Тиффно и систолическим давлением в легочной артерии при II-III-IV степени тяжести заболевания $r = -0,3$, $p < 0,05$; $r = -0,39$, $P < 0,01$, соответственно; Наличие отрицательной корреляции $r = -0,44$, $P < 0,004$ подтверждает, что снижение внешней дыхательной активности имеет важное значение в развитии легочной гипертензии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), легочная гипертензия (ЛГ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), индекс Тиффно.

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDICATORS OF EXTERNAL RESPIRATORY ACTIVITY, CARDIAC HEMODYNAMICS AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH PULMONARY HYPERTENSION

Gadaev A.G.¹, Kholov G.A.², Kenjaev M.L.², Turakulov R.I.¹

Tashkent medical academy¹, Tashkent, Uzbekistan, Bukhara state medical institute², Bukhara, Uzbekistan

In this paper, the relationship between the course of pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease, in particular, indicators of external respiratory activity and cardiac hemodynamics, as well as a comparative analysis of bosentan and sildenafil were carried out. One of the main indicators of external respiratory activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension was the difference between the Tiffno index and systolic pressure in the pulmonary artery in II–III–IV disease severity $r = -0,3$, $p < 0,05$; $r = -0,39$, $P < 0,01$, respectively; The presence of a negative correlation $r = -0,44$, $P < 0,004$ confirms that a decrease in external respiratory activity is important in the development of pulmonary hypertension.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), pulmonary hypertension (PH), systolic pulmonary artery pressure (PASP), Tiffno index.

ХУЛОСА

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ТАШҚИ НАФАС ФАОЛИЯТИ БИЛАН ЮРАК ГЕМОДИНАМИКАСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ

Гадаев А.Г.¹, Холов Г.А.², Кенжаев М.Л.², Турақулов Р.И.¹

Тошкент тиббиёт академияси¹, Тошкент, Ўзбекистон, Бухоро давлат тиббиёт институти², Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу мақолада ўпканинг сурункали обструктив касаллигида ўпка гипертензиясининг кечиши, хусусан ташқи нафас фаолияти билан юрак гемодинамикаси кўрсаткичлари орасидаги корреляцион боғлиқлик ва уларга бозентан ҳамда силденафил препаратлари таъсирини солиштирма таҳлили келтирилган. Кузатув натижаларида ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ўпка гипертензияси билан кечганда ташқи нафас фаолиятининг асосий кўрсаткичларидан бири Тиффно индекси билан ўпка артериясидаги систолик босим ўртасида касалликнинг II–III–IV оғирлик даражаларида мос равишда $r=-0,3$, $P<0,05$; $r=-0,39$, $P<0,01$; $r=-0,44$, $P<0,004$ манфий корреляцион боғлиқлик мавжудлиги ташқи нафас фаолиятининг сусайиши ўпка гипертензия ривожланишида муҳим аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК), ўпка гипертензияси (ЎГ), ўпка артериясидаги систолик босим (УАСБ), Тиффно индекси.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) – ўпка ва нафас йўлларида ҳаво оқими тезлигининг кескин пасайиши ҳамда зарарли заррачалар ёки газлар таъсирига нисбатан сурункали яллиғланиш жараёнининг фаоллашиши билан кечадиган жараён бўлиб, аҳоли орасида кўп тарқалганлиги ва ўртача умр кўриш давомийлигига жиддий таъсир қилиши ҳамда авж олиб бориш хусусиятига эгаллиги билан тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг расмий маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг қарийб 600 миллионга яқини ЎСОК билан ҳасталанганлиги аниқланган. Ушбу касаллик ва унинг оқибатлари ҳисобига юзага келган ўлим ҳолати эса йиллар давомида ошиб бориши кузатилмоқда. Ҳозирги кунда ривожланган мамлакатлар аҳолиси орасидаги умумий ўлим ҳолатининг тахминан 40% ушбу касаллик оқибатида юзага келмоқда. Сўнги йилларда тиббиётда касалликни даволаш ҳамда ташхис қўйишда эришилган ютуқларга қарамасдан ЎСОК ва унинг асоратлари оқибатида аҳоли орасида юзага келадиган ноғиронлик ва ўлим ҳолати ҳамон юқориликча қолмоқда [7; 12; 13; 14].

Бугунги кунда ЎСОК барча минтақаларда кенг тарқалганлиги, ташхиснинг кечикиб қўйилиши, бирламчи тизим шифокорларининг ушбу касаллик ва унинг оқибатлари ҳақидаги билим даражасининг етарли эмаслиги унинг ташхис қўйиш ва даволашга оид таъсирчан чора-тадбирларнинг ишлаб чиқилишини ҳамда амалиётга татбиқ этилиши бўйича илмий изланишларни давом эттирилишини тақозо этади [3;17].

Россия Федерациясида ЎСОК билан ҳасталанганлар катта ёшдаги аҳоли орасида 6,68% ни ташкил этиб, сўнги 7 йил давомида 27,2% га ўсган [8]. Бироқ, GARD тадқиқотида эса ушбу кўрсаткич 21,8% ни ташкил этган ва унда Россия аҳоли орасида ушбу касаллик кўрсаткичи расмий маълумотларда кўрсатилган рақамларга нисбатан юқори эканлиги асослаб берилган [15].

А. Minino ва ҳаммуаллифлар (2011) ўтказган тадқиқотда Америка Қўшма Штатлари (АҚШ)да бир кунда 377 нафар бемор ЎСОК сабабли вифот этиши ва бу кўрсаткич миокард инфаркти оқибатида юзага келган ўлим ҳолатидан устун эканлиги аниқланган [18]. Шу билан бир қаторда ушбу касаллик иқтисодий кўп харажатли бўлиб, унинг авж олган даврида шифохона шароитида даволашга сарфланадиган маблағ АҚШ да 40 миллиард долларга тенглашади [11].

Европа респиратор ҳамда Америка торакал жамияти олимларининг хулосасига кўра, фақат 25% ҳолатларда ЎСОК ўз вақтида аниқланилади. Қолган ҳолатларда касаллик оқибатида ўпка гипертензияси (ЎГ), кейинчалик сурункали ўпка-юрак синдроми (ЎЮС) ривожлангандан кейин ташхисланади [1, 2, 20].

ЎГ ривожланиши патогенетик механизмлари турлича бўлиб, уни турли касаллик ҳисобига юзага келиши ва ривожланиб боришида бир нечта омиллар бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кетликда иштирок этади [16].

Маълумки, ўтган асрнинг ўрталарида Эйлер ва Лельестранд (1946 йил) ўтказган тадқиқотда ЎСОК касаллигида ўпка артерияси ўртача босими ошишига альвеоляр гипоксия муҳим ўрин тутиши исботланган. Бироқ, ҳозирги кунга қадар АГ га олиб келувчи ўпка томирлари спазмининг механизми тўлиқ ўрганилмаган. Мавжуд адабиётлардаги маълумотларга кўра, ушбу жараён юзага келишида катехоламин, гистамин, ангиотензин II, тромоксан A_2 , вазопрессин, баъзи лейкотриенлар ва бошқа медиаторлар иштирок этиши мумкин. Ушбу фаол медиаторлар нафақат томирлар тораишига, балки уларнинг деворига таъсир қилиб, ўтказувчанлигини бузиши, тромб ҳосил бўлиши, унинг деворидаги силлиқ мушак ҳужайралари ва фибробластлар пролиферациясида ҳам иштирок этиши мумкин. Бу патологик ўзгаришлар кўпроқ ўпканинг кам вентиляция бўладиган қисмида учрайди [10, 5].

ЎСОКда юзага келган ЎГда аортал ва синокаротид зонадаги хеморецепторларнинг гипоксемия ҳисобига таъсирланиши оқибатида тахикардия ва гиперволемиа юзага келади. Гиперволемиа, гиперкапния ва гипоксемия ҳисобига ривожланиб, қон зардобида альдостерон миқдорининг ошиши ҳамда организмда натрий ва сувнинг ортиқча миқдорда ушланиб қолишига олиб келади. Бу эса қоннинг дақиқалик ҳажми кўпайиши ва унинг реологик хусусияти бузилиши, иккиламчи полицитемия, кўкрак ичи босими ошиши, нафас мушаклари фаолияти бузилиши билан биргаликда ЎГ ривожланишига сабаб бўлади [8, 6].

Сўнги маълумотларга кўра, ўпка касалликлари ёки гипоксемия ҳисобига ривожланган ЎГ тарқалганлиги бўйича иккинчи ўринда, яъни юрак чап бўлими патологияси ҳисобига ривожланган унинг иккиламчи шаклидан кейин туради [4].

ЎСОКда ташқи нафас фаолиятининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга ва у ўпка гипертензиясининг кучайишига олиб келувчи асосий омиллардан бири ҳисобланади. Шунинг эътиборига олиб биз ЎСОК ўпка гипертензияси билан кечган беморларда ташқи нафас фаолиятининг асосий кўрсаткичларидан бири ҳисобланган Тиффно индекси билан юрак гемодинамикаси кўрсаткичлари орасидаги корреляцион боғлиқлик ва даволаш самарадорлигини солиштирма ўргандик.

Текшириш мақсади, материаллари ва услулари. Юқоридагиларни инобатга олиб Бухоро вилоят кўп тармоқли шифохонасида ЎСОК аралаш типини ўпка гипертензияси билан кечган ва шифохона шароитида даволанаётган 120 нафар беморлар тадқиқот манбаси сифатида олинди. Уларнинг клиник функционал текширувлари ва объектив кўрик умумқабул қилинган лаборатор-асбобий текширишлар охириги халқаро дастурга мос келувчи [Ўпка гипертензиясини ташхислаш ва даволаш бўйича Евроосиё клиник тавсияси] кўрсатмаларга асосан ўтказилди.

Беморларни функционал синфларга ажратишда, нафақат клиник белгилар, балки ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари ҳам инобатга олинди.

Улар ёши, жинси ҳамда оғирлик даражаси бўйича тақсимланди. ЎСОКнинг типларини аниқлашда бемор шикоятлари, объектив кўрик, клиник-асбобий ва лаборатор текшириш натижаларига асосланганлиги.

Кузатувимиздаги биринчи гуруҳ ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги II функционал синфи аниқланган 40 беморлардан иборат бўлиб ўртача ёши $53,05 \pm 2,65$ ни ташкил этди. Уларнинг 57,5% и эркаклар ва 42,5% и аёллар. Ушбу гуруҳ ўз навбатида тавсия этилган муолажалардан келиб чиқиб ҳар бири 20 тадан бўлган иккита кичик гуруҳларга ажратилди. Биринчи кичик гуруҳ беморлари уларнинг умумий ҳолати ҳамда лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс даво негизида бозентан 62,5 мг бир кунда 2 маҳал ва эплеренон 25 мг бир кунда бир марта эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши

$53,05 \pm 0,65$ ни ташкил этиб, 55% эркаклар ва 45% аёллардан иборат эди.

Иккинчи кичик гуруҳ беморлари уларнинг умумий ҳолати ҳамда лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс давоси негизида селдинафил 25 мг бир кунда бир маҳал ва эплеренон 25 мг бир кунда бир марта эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши $53,05 \pm 2,65$ ни ташкил этиб, 60% эркаклар ва 40% аёллардан иборат эди.

Ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги III функционал синфи, яъни иккинчи гуруҳ ҳам 40 бемордан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $56,27 \pm 2,85$ ни ташкил этиб, 57,5% эркаклар ва 42,5% аёллардан иборат эди. Ушбу гуруҳ ўз навбатида тавсия этилган муолажалардан келиб чиқиб ҳар бири 20 тадан бўлган иккита кичик гуруҳларга ажратилди. Биринчи кичик гуруҳ беморлари ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг бемор умумий ҳолати лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс давоси негизида бозентан 125 мг бир кунда 2 маҳал ва эплеренон 50 мг бир кунда бир марта эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши $57,25 \pm 2,59$ ни ташкил этиб, 55% эркаклар ва 45% аёллардан иборат эди. Иккинчи кичик гуруҳ беморлари ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг бемор умумий ҳолати лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс давоси негизида селдинафил 50 мг бир кунда бир маҳал ва эплеренон 50 мг бир кунда бир маҳал эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши $55,3 \pm 3,1$ ни ташкил этиб, 60% эркаклар ва 40% аёллардан иборат эди.

Учинчи гуруҳни ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги IV функционал синфи 40 бемордан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $64,12 \pm 2,255$ ни ташкил этиб, 47,5% эркаклар ва 52,5% аёллардан иборат эди. Ушбу гуруҳ ўз навбатида тавсия этилган муолажалардан келиб чиқиб ҳар бири 20 тадан бўлган иккита кичик гуруҳларга ажратилди. Биринчи кичик гуруҳ беморлари ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг бемор умумий ҳолати лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс давоси негизида бозентан 125 мг бир кунда 2 маҳал ва эплеренон 100 мг бир кунда бир марта эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши $65,25\%$ ни ташкил этиб 50% эркаклар ва 50% аёллардан иборат бўлди. Иккинчи кичик гуруҳ беморлари ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг бемор умумий ҳолати лаборатор функционал кўрсаткичлардан келиб чиқиб тавсия этилган комплекс давоси негизида селдинафил 50 мг бир кунда бир маҳал ва эплеренон 100 мг бир кунда бир маҳал эрталаб қабул қилдилар. Уларнинг ўртача ёши $63,1 \pm 1,4$ ни ташкил этиб, 45% эркаклар ва 55% аёллардан иборат бўлди.

ЎСОК стандарт давоси сифатида касаллиқнинг оғирлик даражаси кўзиш ва ремиссия давридан келиб чиқиб қуйидаги препарат гуруҳлари: бронходи-

лататорлар (β2 анонистлар, М-холинолитиклар, метилксантинлар), гармонлар ингаляция йўли билан ва антибиотиклар монанд дозаларда танлаб берилди.

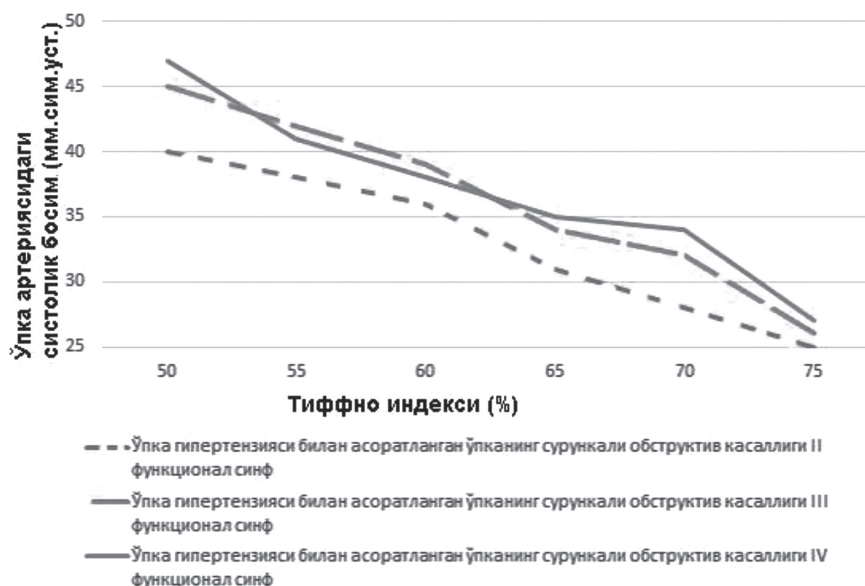
Эхокардиография (ЭхоКГ) текшируви транс-торакал услубида Vivid S60N ускунасида (NORVEGIYA), 3,5 Мгц ли датчикда амалга оширилди. Унда юракнинг структур тузилиши аниқ намоён бўлишини таъминлаш мақсадида беморнинг турли ҳолатида, М ва В импульс тўлқинли доплерография Америка эхокардиография ассоциацияси (ASE) тавсияларига мувофиқ ўтказилди.

Ташқи нафас фаолияти «BTL-08 Spiro» (Германия) спирографи ёрдамида аниқланди. Тадқиқот давомида куйидаги кўрсаткичлар баҳоланди: ўпканинг ҳаётий сиғими (ЎҲС), жадал ЎҲС (ЖЎҲС), жадал нафас чиқаришнинг биринчи сониясидаги ҳажми (ЖЧНХ1), 1ЖЧНХ нафас чиқаришнинг ҳажмий тезлиги чўққиси (НЧХТЧ), НЧХТЧдаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми (НЧХТЧ-ЖНЧХ), нафас чиқаришда ЖЎҲС 25% дан 75% гача бўлганда бир лаҳзадаги ва ўртача ҳажм тезлиги, форсирланган нафас чиқариш ҳажмининг ўпканинг ҳажмий сиғимига 1 сониядаги нисбати – Тиффно (1ЖЧНХ/ЎҲС) ва Генслер индекслари (1ЖЧНХ/ЖЎҲС). ЎҲС ва 1ЖЧНХ нинг меъёрнинг пастки чегараларини ҳисобга олган ҳолда 80% бўлиши керак бўлганни меъёрдаги кўрсаткичларнинг чегаралари деб ҳисобланганди.

Натижалар ва таҳлил. Ушбу нуқтаи назардан ўрганилганда кузатувимиздаги ЎСОК II оғирлик даражаси ўпка гипертензияси билан кечган беморларда Тиффно индекси билан ЎАСБ ва ўпка артерияси ички босими ўртасида мос равишда $r=-0,3$; $P<0,05$ ва $r=-0,4$; $P<0,005$ манфий корреляцион боғлиқлик қайд этилди. Бу аниқланган кўрсаткич Тиффно индексининг пасайиши параллел равишда ўпка артериясидаги босимнинг ошишига олиб келишини тасдиқлайди. Шунингдек, ушбу кўрсаткичнинг пасайиши ўнг қоринча ва ўпка артерияси диамет-

рларининг ошишига олиб келади (мос равишда $r=-0,3$; $P<0,05$ ва $r=-0,4$; $P<0,007$). Тиффно индекси қоннинг газ таркиби, хусусан, pCO_2 билан манфий ($r=-0,5$; $P<0,001$) ва pO_2 билан мусбат ($r=0,66$; $P<0,001$) корреляцион боғлиқлик қайд этилди. Табиийки, Тиффно индексининг камайиши қонда pCO_2 ошиши ва pO_2 камайишига олиб келди.

Касалликнинг III оғирлик даражаси мавжуд, яъни иккинчи гуруҳ беморларда Тиффно индекси билан ЎАСБ ва ўпка артерияси ички босими ўртасида мос равишда $r=-0,39$; $P<0,01$ ва $r=-0,6$; $P<0,001$ манфий корреляцион боғлиқлик қайд этилди. Шунингдек, ушбу кўрсаткичнинг пасайиши ўнг бўлмача, ўнг қоринча ва ўпка артерияси диаметрларининг ошишига олиб келади (мос равишда $r=-0,46$; $P<0,003$, $r=-0,48$; $P<0,002$ ва $r=-0,38$; $P<0,001$). Тиффно индекси қоннинг газ таркиби, хусусан, pCO_2 билан манфий ($r=-0,6$; $P<0,001$) ва pO_2 билан мусбат ($r=0,77$; $P<0,001$) корреляцион боғлиқлик қайд этилди. Тиффно индексининг камайиши қонда pCO_2 ошиши ва pO_2 камайишига олиб келди. Юқоридагилардан ташқари Тиффно индекси билан сўнги диастолик ва систолик ўлчам (мос равишда $r=-0,38$; $P<0,01$ ва $r=-0,55$; $P<0,001$) ҳамда сўнги диастолик ва систолик ҳажм (мос равишда $r=-0,45$; $P<0,003$ ва $r=-0,6$; $P<0,001$) орасида ҳам тесқари ишончли корреляцион боғлиқликлар аниқланди. Ушбу рақамлар ЎСОК ўпка гипертензияси билан кечганда оғирлик даражаси ошиб борган сари жараёнга нафақат юракнинг ўнг балки чап қисмларининг ҳам ремоделланиши кўшилиб уларнинг ўлчам ва ҳажм кўрсаткичларида салбий ўзгаришлар кузатилишини тасдиқлайди. Кузатувимиздаги учинчи гуруҳ беморларда юқорида иккинчи гуруҳда Тиффно индекси билан корреляцион боғлиқликлар аниқланган кўрсаткичлар билан бир қаторда унинг чап бўлмача ўлчами орасида ҳам манфий ($r=-0,39$; $P<0,01$) боғлиқлик қайд этилди (1-расм) ва бу жараёнга юрак чап қисмлари ҳам қўшилганлигидан далолат беради.



1-расм. Ўпканинг сурўнкали обструктив касаллигида ўпка артериясининг систолик босим кўрсаткичлари Тиффно индекси билан боғлиқлиги

Аниқланган ўзгаришлар кузатувимиздаги беморларда ташқи нафас фаолиятининг асосий кўрсаткичларидан бири ҳисобланган Тиффно индекси билан ўпка гипертензияси ва юрак гемодинамикаси ҳамда ўлчамлари орасида узвий боғлиқлик борлигини тасдиқлайди. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги турли оғирлик даражалари ўпка гипертензияси (турли функционал синфлари) билан кечганда Тиффно индекси камайиб бориши ўрганилган кўрсаткичларни ҳам салбий томонга силжишига олиб келади.

Юқорида баён этилганларни инобатга олиб, ЎСОК турли оғирлик даражалари ўпка гипертензия билан кечган 120 нафар беморда асосий касаллиқнинг стандарт давоси негизида бозентан ва силденафил препаратлари эплеренон билан бирга қўлланилганда уларнинг ташқи нафас фаолиятига таъсирини ўргандик.

Юқорида келтирилганидек, биринчи гуруҳни ЎСОК II функционал синф (оғирлик даражаси) ўпка гипертензияси билан кечган 40 нафар беморлардан иборат бўлдилар ва улар ўз навбатида иккита кичик гуруҳларга ажратилдилар.

1-жадвал

Ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг II функционал синфи ўпка гипертензияси билан кечганда даволашдан олдин ва ундан кейинги ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	Ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги II функционал синф (n=40)				Даводан кейинги иккала гуруҳ фарқининг ишончилилик даражаси (P)
		Стандарт даво+ бозентан+эплеренон n=20		Стандарт даво+силденафил+эплеренон n=20		
		Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин	
1	Меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими (%)	78±1,8	83±1,3*	77±1,7	80±1,4	P>0,05
2	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми (%)	48±1,4	55±1,1*	47±1,4	51±1,4*	P<0,05
3	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажмининг меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғимига нисбати-Тиффно индекси (%)	61±1,4	66±1,2*	61±1,3	63±1,2	P>0,05

Ташқи нафас фаолиятини ўрганиш биринчи, яъни стандарт даво негизида бозентан+эплеренон олган гуруҳда меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими муолажалардан олдин ва кейин мос равишда 78±1,8 дан 83±1,3% га ишончли 6,4% (P<0,05) ошганлиги қайд этилди. Иккинчи, яъни стандарт даво негизида силденафил+ эплеренон олган гуруҳда муолажалардан олдин ва кейин кўрсаткичлар мос равишда 77±1,7% ҳамда 80±1,4% тенг бўлиб ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими 3,9% га ошди ва ижобий ўзгариш ишончсиз (P>0,05) бўлди. Иккала кичик гуруҳ орасидаги муолажалардан кейинги фарқлар солиштирилганда улар бир-биридан ишончли фарқ қилмаган (P>0,05), бўлса ҳам биринчи кичик гуруҳда ижобий ўзгаришлар юқорироқ бўлди.

Меъёрига нисбатан бир сониядаги ўпканинг форсирланган нафас чиқариш ҳажми биринчи кичик гуруҳда муолажалардан олдин ва кейин мос равишда 48±1,4 дан 55±1,1% га ошиб ижобий ўзгариш 14,6% тенг бўлди (P<0,05). Иккинчи кичик гуруҳда эса муолажалардан кейин ижобий сил-

жиш 8,5% ни ташкил этди (мос равишда 47±1,4 ва 51±1,4 P>0,05). Муолажалардан кейинги иккала кичик гуруҳлар орасидаги фарқлар солиштирилганда биринчи кичик гуруҳда иккинчисига нисбатан ўзгариш ишончли эканлиги (P<0,05) қайд этилди.

Тиффно индекси кўрсаткичлари муолажалардан олдин ва кейин солиштирилганда қуйидагилар аниқланди. Биринчи кичик гуруҳда кўрсаткичлар 61±1,4 дан 66±1,2% га ўзгариб 8,2% ижобий томонга ишончли (P<0,05) ошганлиги аниқланди. Иккинчи кичик гуруҳда муолажалардан олдин ва кейин мос равишда 61±1,3 ва 63±1,2% бўлиб, 3,27% га ижобий ўзгарди, аммо кўрсаткичлар ишончсиз (P>0,05) бўлди. Шунингдек, иккала гуруҳлар орасидаги фарқлар муолажалардан кейин бир-биридан ишончли фарқ қилмаса ҳам биринчи кичик гуруҳда кўрсаткич юқорироқ бўлди.

ЎСОК III функционал синфи ташкил этган иккинчи гуруҳни (оғирлик даражаси) даволашдан олдин ва ундан кейинги ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари 2-жадвалда келтирилган.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг III функционал синфи ўпка гипертензияси билан кечганда даволашдан олдин ва ундан кейинги ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	Ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги III функционал синф (n=40)				Даводан кейинги иккала гуруҳ фарқининг ишончлилик даражаси (P)
		Стандарт даво + бозентан+эплеренон n=20		Стандарт даво+ силденафил+эплеренон n=20		
		Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин	
1	Меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими (%)	72±1,6	78±1,8*	71±1,8	76±1,1*	P>0,05
2	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми (%)	41±1,5	46±1,0*	40±1,4	44±1,3*	P>0,05
3	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажмининг меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғимига нисбати-Тиффно индекси (%)	57±1,2	59±1,3	56±1,2	58±1,2	P>0,05

Бозентан+эплеренон қабул қилган биринчи кичик гуруҳда меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими муолажадан олдин ҳамда ундан кейин мос равишда 72±1,6% ҳамда 78±1,8%ни ташкил этди ва 1,0 мартага ишончли (P<0,05) ошди. Силденафил+эплеренон қабул қилган иккинчи кичик гуруҳда кўрсаткичлар муолажадан олдин ва кейин мос равишда 71±1,8% дан 76±1,1%, яъни 1,0 мартаба кўпайди ва кўрсаткичлар ишончли (P<0,05) фарқ қилди. Иккала кичик гуруҳдаги ўзгариш кўрсаткичлари муолажалардан кейин бир-биридан ишончли фарқ қилмади (P>0,05).

Шунингдек, ҳар иккала кичик гуруҳларда муолажалардан олдин ва кейин ўпканинг меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми кўрсаткичларини ўргандик. Бунда кўрсаткичлар биринчи кичик гуруҳда мос равишда 41,0±1,5% дан 46,0±1,0%, яъни 1,12 мартаба ишончли (P<0,05) кўтарилди. Силденафил+эплеренон қабул қилган иккинчи кичик гуруҳда кўрсаткичлар муолажадан олдин ва кейин мос равишда 40,0±1,4% ва 44,0±1,3% бўлиб, 1,1 мартага ишончли (P<0,05) кўпайди. Ҳар иккала гуруҳнинг муолажалардан кейинги кўрсаткичлари солиштирилганда бозентан+эплеренон олган кичик гуруҳда ижобий ўзгаришлар яққолроқ намоён бўлса ҳам улар орасидаги фарқ ишончсиз (P>0,05) бўлди.

Тиффно индекси кўрсаткичлари даводан олдин ва кейин ҳар иккала кичик гуруҳларда қуйидагича бўлди. Биринчи бозентан+эплеренон олган гуруҳда 57,0±1,2% дан 59,0±1,3%га 1,03 марта ошди. Аммо кўрсаткичлар бир-биридан ишончли (P>0,05) фарқ қилмади. Иккинчи кичик гуруҳда

(силденафил+эплеренон) ҳам шунга ўхшаш натижалар олинди. Муолажалардан олдин 56,0±1,2% ундан кейин эса 58,0±1,2%га тенг бўлиб, улар орасидаги даволашдан кейинги фарқ биринчи кичик гуруҳдагидек 1,03 мартага тенг бўлди (P>0,05).

Кейинги ЎСОК IV функционал синф (оғирлик даражаси) ўпка гипертензияси билан кечган гуруҳни даволашдан олдин ва ундан кейинги ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари 3-жадвалда келтирилган.

Шунингдек, иккала кичик гуруҳларда муолажалардан олдин ва кейин меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми ўрганилди. Бунда биринчи кичик гуруҳда кўрсаткичлар даволашдан олдин ва кейин мос равишда 28±1,3% дан 32±1,0% га, 1,14 мартага ишончли (P<0,05) ошганлиги аниқланди. Иккинчи кичик гуруҳда бу рақамлар мос равишда 27±1,5% ва 30±1,2% га тенг бўлиб, 1,1 мартага ошди, аммо кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ишончсиз (P>0,05) бўлди. Иккала кичик гуруҳнинг муолажалардан кейинги фарқи солиштирилганда бозентан+эплеренон қабул қилган гуруҳда кўрсаткич бирмунча юқори бўлган бўлса ҳам улар бир-биридан ишончли (P>0,05) фарқ қилмади.

Тиффно индекси кўрсаткичлари биринчи ва иккинчи кичик гуруҳларда муолажадан олдин ва кейин мос равишда 50±1,3% ва 54±1,4% ҳамда 49±1,4% ва 53±1,3% га ўзгариб, улар 1,08 мартага кўпайди. Ҳар иккала кичик гуруҳларда ҳам ўзгаришлар даволашдан кейин ишончли (P<0,05) бўлди. Лекин гуруҳлар орасидаги муолажалардан кейинги кўрсаткичларда фарқ аниқланмади.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг IV функционал синфи ўпка гипертензияси билан кечганда даволашдан олдин ва ундан кейинги ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	Ўпка гипертензияси билан асоратланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги IV функционал синф (n=40)				Даводан кейинги иккала гуруҳ фарқининг ишончлик даражаси (P)
		Стандарт даво+бозентан+эплеренон n=20		Стандарт даво+силденафил+эплеренон n=20		
		Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин	
1	Меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғими (%)	56±1,7	59±1,2	55±6,6	57±7,3	P>0,05
2	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажми (%)	28±1,3	32±1,0*	27±1,5	30±1,2	P>0,05
3	Меъёрига нисбатан бир сониядаги форсирланган нафас чиқариш ҳажмининг меъёрига нисбатан ўпканинг форсирланган ҳаёт сиғимига нисбатати-Тиффно индекси (%)	50±1,3	54±1,4*	49±1,4	53±1,3*	P>0,05

Аниқланган кўрсаткичлар бозентан ва силденафил ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ўпка гипертензияси билан кечган беморларда ташқи нафас фаолияти кўрсаткичларига деярли бир хилда таъсир этишини тасдиқлайди. Бозентанни бошқа ўрганилган кўрсаткичларга силденафилдан юқориқоқ ижобий таъсирини унинг эндотелиал дисфункцияни барқарорловчи даражаси билан боғлаш мумкин.

Хулоса. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ўпка гипертензияси билан кечганда ташқи

нафас фаолиятининг асосий кўрсаткичларидан бири Тиффно индекси билан ўпка артериясидаги систолик босим ўртасида касалликнинг II–III–IV оғирлик даражаларида мос равишда $r=-0,3$, $P<0,05$; $r=-0,39$, $P<0,01$; $r=-0,44$, $P<0,004$ манфий корреляцион боғлиқлик мавжудлиги ташқи нафас фаолиятининг сусайиши ўпка гипертензия ривожланишида муҳим аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди.

АДАБИЁТЛАР

- Белевский А.С. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.). (ред.). – М., 2015. С. 92.
- Ватутин Н.Т., Смирнова А.С., Тарадин Г.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, эпидемиология, патофизиология, клиника и лечение. // Архив внутренней медицины. – 2015. №6(26). С. 3–14.
- Гадаев А.Г., Гадаева Н.А., Туракулов Р.И. Сурункали юрак етишмовчилиги негизда COVID-19 ўтказган беморларда буйраклар функционал захирасини баҳолаш // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №5. С. 24–29.
- Гайнитдинова В.В. Сочетание хронической болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний: вопросы патогенеза, клинической картины и прогноза: дис... д-ра.м.н: 14.01.25. – Москва. 2016; 251 с.
- Гриппи М.А. Патофизиология легких. – Москва: Бином, – Х.: МТК – книга. 2005. 304 с.
- Игнатова Г.Л., Антонов В.Н. Легочная гипертензия у больных с хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца. // Русский медицинский журнал. 2014. №23. С. 1718–1722.
- Остроносорова Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких (клиника, диагностика, лечение и экспертиза нетрудоспособности) // – Москва. 2009.
- Слепынина Ю.С. Показатели структурно-функциональных изменений легких и сердца в оценке прогноза больных инфарктом миокарда в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких: дис... к.м.н. 14.01.05. – Кемерово. 2015. С. 156.
- Стародубов В.И., Леонов С.А., Вайсман Д.Ш. Анализ основных тенденций изменения заболеваемости населения хроническими обструктивными болезнями легких и бронхоэктатической болезнью в Российской Федерации в 2005 – 2012 годах // – Медицина. 2013. Том 4. С. 1–3.

10. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патогенез и патологическая анатомия легких при ХОБЛ. Хроническая обструктивная болезнь легких. Под ред. Чучалина А.Г. Москва: Атмосфера. 2007. С. 23–32.
11. Agency for Healthcare Research and Quality. Center for financing, access and cost trends. Medical expenditure panel survey // United States. 2012.
12. British Lung Foundation Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) statistics. [Accessed December 2017. Accessed November 14, 2018].
13. British Lung Foundation Estimating the economic burden of respiratory illness in the UK. 2017. [Accessed November 14, 2018].
14. Burney P.G.J., Patel J., Newson R. Global and regional trends in chronic obstructive pulmonary disease mortality 1990–2010 // Eur Respir J. 2015. Vol. 45. P. 1239–1247.
15. Chuchalin A.G., Khaltayev N., Antonov N.S. et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. // International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2014. Vol. 9. P. 963–974.
16. Galie N., Hoeper M.M., Humbert M., Torbicki A. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). // Eur Heart J. 2009; Vol. 30. P. 2493–2537.
17. Global Initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2017 report).
18. Minino AM, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2008.// National Vital Statistics Reports. 2011. Vol. 59(10). P. 1–126.
19. Rich J., Thenappan T., Murphy D., O’Callaghan D.S. From endothelial progenitor cells to vascular remodelling and more: 6 months in pulmonary hypertension // Int. J. Clin. Pract. 2007. Vol. 61 (Suppl. 158). P. 26–36.
20. Salvi S.S., Barnes P.S. Chronic obstructive pulmonary disease in non – smokers. Lancet. 2009. Vol. 374. P. 733–743.

УДК: 616.24-002.17-036.11.07

СЫВОРОТОЧНЫЕ СУРФАКТАНТНЫЕ ПРОТЕИНЫ SP-A И SP-D КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

ШОДИКУЛОВА Г.З., ИБАДОВА О.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

XULOSA

SP-A VA SP-D ZARDOBDAGI SIRT FAOL OQSILLARI NOSPETSIFIK INTERSTITSIAL PNEVMONIYA RIVOJLANISHINING PROGNOSTIK BIOMARKERLARI SIFATIDA

Shodiqulova G.Z., Ibadova O.A.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston

Tadqiqotimizning maqsadi NSIP va COVID-19AIPda prognoz va yomon prognozning prognozlarini baholash edi. Tadqiqot materiallari va usullari: O‘zbekistondagi bemorlarning retrospektiv tadqiqotini tahlil qildik (jami $n=279$; NSIP $n=200$, COVID-19AIP $n=59$; nazorat $n=20$). Sarum sirt faol moddalar oqsillari SP-D va SP-A darajasini baholash uchun barcha bemorlar uchta guruhga bo‘lingan: 1-guruh NSIP, 2-guruh COVID-19AIP va 3-guruh nazorati. Kasallik diagnostikasi ICD 10 mezonlari bo‘yicha amalga oshirildi. Plazmadagi SP-A va SP-D miqdori inson sirt faol moddasi A (SP-A) Elishay to‘plami, RD191108200R, Bio Vendor yordamida ferment immunoassay yordamida aniqlandi. AQSH va inson sirt faol moddasi D (SP-D) ELISA, RD194059101, BioVendor, AQSH. Olingan ma’lumotlarning statistik tahlili Statistica 7.0 paketi yordamida amalga oshirildi. Natijalar: NSIP va COVID-19AIP guruhidagi o‘rta va yuqori SP-A va SP-D bo‘lgan bemorlarda BMI sezilarli darajada yuqori edi. Jins va yosh xususiyatlariga oid ma’lumotlar ham olingan.

Qon zardobidagi SP-A va SP-D darajalari NSIP va COVID-19 AIP kohortini o‘rganishda progressiyaning va yomon prognozning eng izchil biomarkerlari edi.

Kalit so‘zlar: interstitsial o‘pka kasalligi, nonspetsifik interstitsial pnevmoniya, COVID-19, zardobdagi sirt faol moddalar oqsillari SP-A va SP-D, bashorat qiluvchi, biomarker, prognoz, natijalar, rivojlanish.