

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2022

«ICHKI KASALLIKLARINING DOLZARB MUAMMOLARI»
XALQARO TERAPEVTLAR FORUMI
TEZISLAR TO 'PLAMI
2022 YIL 23-24 SENTYABR, TOSHKENT

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»
23–24 СЕНТЯБРЯ 2022 ГОДА, ТАШКЕНТ

ABSTRACTS
OF THE INTERNATIONAL FORUM OF THERAPISTS
"CURRENT PROBLEMS OF DISEASES OF INTERNAL ORGANS"
SEPTEMBER 23–24, 2022, TASHKENT

КАРДИОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., КУРМАЕВА Д.Н., ПУЛАТОВ Н.Н., АЗИЗОВ Ш.И.

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

Цель исследования. Изучить эффективность реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. Пациенты ИБС стенокардией напряжения IV функционального класса (ФК), после имплантации DES-стентов получали стандартную терапию, включающую антиагреганты (аспирин+клопидогрел), статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ. До СКА изучали структурно-функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) с оценкой жизнеспособности миокарда (ЭКГ, стресс-ЭХОКГ, МСКТ), полиморфизм генов *CYP2C17* и *9p21*, а также и в динамике агрегацию тромбоцитов (АТ), ХС, ХСЛПНП и ХСЛПВП, триглицериды (ТГ), высокочувствительный С реактивный белок (вСРБ), фибриноген (Ф), интерлейкин (ИЛ–6). Индивидуализированная программа реабилитации: ЛФК, дозированные физические нагрузки, ходьба, массаж шейно-воротниковой зоны. Восстановление физической активности, учитывая место пункции артерии и другие факторы. В течение 5–7 дней после СКА отказ от напряженных физических упражнений. Подниматься по лестнице медленнее, чем обычно. Постепенное повышение физической активности (ФА) до нормального уровня. Обязательно регулярная ФА. Изменение образа жизни: здоровое питание, прекращение курения, нормализация веса, контроль глюкозы и ХС крови, артериального давления. Проводилась психологическая поддержка.

Результаты исследования. Исходно выявлена выраженная атерогенная дислипидемия, уве-

личение уровня вСРБ, которое составило $14,9 \pm 1,1$ мг/л, повышение уровня ИЛ–6 до $13,8 \pm 1,1$ пг/л и повышение спонтанной и АДФ-индуцированной АТ. Через 3 месяца выявлено снижение уровня вСРБ до $9,2 \pm 1,5$ мг/л. Содержание ИЛ–6 также снизилось до $9,5 \pm 0,9$ пг/мл. Содержание фибриногена было приблизительно аналогичным. Наблюдалось увеличение фракции выброса ЛЖ, составившее 66,4%, ударный объем составил 78,4 мл. К концу наблюдения содержание ХС уменьшилось на 27%, ХСЛПНП на 24 и 27% и увеличение ХСЛПВП на 8% и уменьшились ТГ на 30% на фоне терапии статинами. Вариант полиморфизма rs445925 гена связан со снижением уровня ХС и ХСЛПНП. У носителей аллеля $\epsilon 2$ статины в большей степени эффективны. Выявлен гетерозиготный вариант G/T (встречаемость 13,2%) и в 2,6% гомозиготный вариант G/G. Повышенный ответ на терапию статинами вызывает полиморфизм rs6511720 (-2.6% на аллель; $P=0.005$). Чувствительность к статинам выше у носителей апоE2. У носителей аллеля $\epsilon 2$ наблюдали большее ТГ. Регулярные физические нагрузки позволяли оставаться в тонусе и сохранять хорошую форму. Длительно контролируемые физические тренировки умеренной интенсивности увеличивали толерантность к физической нагрузке на 30% и средней продолжительности выполненной нагрузки на 36%. От изученности предоперационной клинической ситуации пациента и определения жизнеспособности миокарда во многом зависит выбор метода реваскуляризации, успех СКА и эффективность восстановления. После выписки из стацио-

нетического маркера подтверждается и наличием тенденции к повышению мажорных аллеля С в 3.1 раза ($\chi^2=1.9$; $P=0.2$) и генотипа С/С в 2.8 раз ($\chi^2=1.4$; $P=0.3$; $OR=2.8$; $95\%CI: 0.52-15.37$) среди больных с ХНГ по сравнению с таковыми в группе с хроническим эрозивным гастритом (ХЭГ), а также статистически достоверным повышением этих показателей в 5.8 раз ($\chi^2=6.6$; $P=0.025$) и 6.2 раза ($\chi^2=6.3$; $P=0.025$) соответственно по сравнению в группе больных с ЯБЖ. По сравнению со здоровыми значимой ассоциативной связи между вероятностью формирования хронического эрозивно-

го гастрита и полиморфных локусов С174G гена IL6 не обнаружено. Однако, по сравнению с ЯБЖ вклад мажорного аллеля С и мажорного генотипа С/С подтвержден наличием тенденции к их повышению среди больных с ХЭГ в 1.9 ($\chi^2=2.0$; $P=0.2$) и 2.2 раза ($\chi^2=2.1$; $P=0.2$).

Выводы. На основании результатов проведенного исследования можно утверждать, что полиморфные локусы С174G гена IL6 имеют значимую роль в механизмах формирования воспалительно-язвенных заболеваний желудка в Узбекистане.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

КАРИМОВ М.М., ДУСАНОВА Н.М., СОБИРОВА Г.Н., КАРИМОВА Д.К.

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

Цель исследования. Изучить частоту хронических гастритов (ХГ) и функциональной диспепсии (ФД) в практике врача гастроэнтеролога в амбулаторно-стационарной практике в Узбекистане.

Материал и методы. Были изучены 300 амбулаторных карт и историй болезни больных с диагнозом хронический гастрит в г. Ташкенте, Самаркандской, Бухарской, Андижанской и Ферганских областях, которым в процессе клинико-инструментальных методов обследования было проведено верификация диагноза.

Результаты исследования. Исследования показали, что в большинстве случаев больным диагноз был выставлен только на основании жалоб пациентов. Эндоскопические исследования были проведены только 65% случаев. Из них, явления субатрофии и атрофии слизистой оболочки желуд-

ка было выявлено только у 23% случаев. В остальных 60% случаев было отмечено явления катального гастрита и/или дуоденогастральный рефлюкс, а и только в 17% было отмечено отсутствие патологии. Диагноз ХГ как известно согласно Маастрихтских и Киотских протоколам основывается только по морфологической картине, а ФД согласно Римским критерия исключительно на жалобах больного, мы пересмотрели диагнозы ХГ. Анализ показал, что истинный ХГ был подтвержден только у 45% больных. 35% больным верифицирован диагноз ФД в виде болевого и постпрандиального дистресс синдрома или их сочетания. У 20% больных было отмечено коморбидность ХГ и ФД.

Выводы. Таким образом, в амбулаторно-стационарной практике врача гастроэнтеролога наблюдается гипердиагностика ХГ и гиподиагностика ФД.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

КАРИМОВ М.М., ИСМАИЛОВА Ж.А., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х., ЗУФАРОВ П.С.

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

Цель исследования. Выбор оптимальной фармакотерапии больных с билиарной дисфункцией в зависимости от типа патологии билиарного тракта.

Материал и методы. Было изучено эффективность фармакотерапии у больных с гикинетической дисфункцией желчного пузыря и гипертонической дисфункцией сфинктера Одди у 60 больных с функциональной билиарной патологией. (мужчин 12, женщин 28, средний возраст 42, 5+ 4,6 лет).

Результаты исследования. Из общего количества обследованных больных, у 34 лиц было

диагностировано дискинезия желчного пузыря и пузырного протока (согласно МКБ X K 82.8) и у 26 больных спазм сфинктера Одди (согласно МКБ X K 83.4.)

В первой группе больных с гипофункцией желчного пузыря пациенты принимали урсодезоксихолиевую кислоту (10–12 мг/кг и гимекромон (одестон) по 200 мг три раза за сутки в течение 3х недель. В группе больных с спазмом сфинктера Одди пациенты принимали мебеверин (дюспаталин) по 200 мг. 2 раза в сутки и гимекромон по 200 мг 3 раза в сутки в течение 3х недель. Оценивали выражен-