

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2022

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITLI BEMORLARDA HLA-B27 GENINING KLINIK ANAMIYATI <i>Miraxmedova X.T., Saidrasulova G.B., Narziyev N.M.</i>	164
ЛЮПУС НЕФРИТ РИВОЖЛАНИШИДА TGF β 1 ГЕНИНИНГ АҲАМИЯТИ Назарова Н.О., Жаббаров А.А.	169
ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШДА ДОППЛЕРОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИНИНГ ЎРНИ <i>Бобокулов М.Б., Сабиров М.А., Нарзикулова М.Ш.</i>	172
ВЛИЯНИЕ ФОСФАТБИНДЕРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕКОСТНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ <i>Мирзаяева Б.М.</i>	179
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНТРАСТНОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.</i>	185

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Насиров Ш.Н., Сабиров Д.М., Имомжанова Д.Б., Хусаинова Д.</i>	194
БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИ ФОНИДА БЕМОРЛАРНИНГ РУҲИЙ ҲОЛАТИ ҲАМДА ҲАЁТ СИФАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Хайитов Х.А., Бобокулов М.Б., Абдуллаева М.Б.</i>	198
РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ – БОШҚАРИБ БЎЛМАЙДИГАН ХАВФ ОМИЛИ <i>Исиргалова С.Н., Сабиров М.А., Султонов Н.Н.</i>	202
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ <i>Ашурова Н.Г.</i>	206
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ДИАГНОСТИКА СТЕАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пулатова С.Ш.</i>	209
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА <i>Усманходжаева А.А., Высокорева О.Н., Мазина Д.Э., Собирова Г.Н.</i>	212

РАЗНОЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ <i>Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К.</i>	217
СЕРОВОДОРОДНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ <i>Халмирзаев Ш., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Худайбердиев Х.Ф., Исмаилова А.Б.</i>	224
ИЗУЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРЕИНАЗ 3 И 9 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Икрамова Ф.А., Камилова У.К.</i>	229
COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Ермекбаева А.У., Камилова У.К.</i>	232

ОБЗОРЫ

КАРДИОРЕСПИРАТОР АСОРАТЛАРНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛЛАРИ <i>Аляви А.Л., Раҳимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А., Хатамова Д.Т.</i>	237
---	-----

КАРДИОРЕСПИРАТОР АСОРАТЛАРНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛЛАРИ

АЛЯВИ А.Л., РАҲИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т., АТАХОДЖАЕВА Г.А., ХАТАМОВА Д.Т.

*Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация
илмий-амалий тиббиёт маркази, ТошПТИ,
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон*

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

Аляви А.Л., Раҳимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А., Хатамова Д.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации. ТашПМИ, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

В современной медицине необходима диагностика и лечение больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), профилактика осложнений при легочно-сердечной недостаточности (ХСН) – ранняя, эффективная, индивидуальная и многоэтапная. Поэтому с учетом клинико-функциональных, патогенетических и регионарных различий разработка оптимального плана профилактики и лечения осложнений Ю. является актуальной задачей.

Ключевые слова: ингалятор, хроническая обструктивная болезнь легких, патогенез, органы дыхания, профилактика, методы лечения.

SUMMARY

EFFECTIVE METHODS OF PREVENTION AND TREATMENT OF CARDIORESPIRATION COMPLICATIONS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Alyvi A.L., Rakhimova D.A., Sabirzhanova Z.T., Atakhodjayeva G.A., Khatamova D.T.

Republican specialized scientific and practical medical center for therapy and medical rehabilitation. TashPMI, Center for the development of professional Qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

In modern medicine, the diagnosis and treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), complex prevention of pulmonary heart failure (LCF) are early, effective, individual and multi-stage. Therefore, taking into account the clinical and functional, pathogenetic and regional rachialobacteria, an optimal plan for the prevention and treatment of Yu. complications is an urgent task.

Keywords: inhaler, chronic obstructive pulmonary disease, pathogenesis, respiratory organ, prevention, treatment method.

ХУЛОСА

КАРДИОРЕСПИРАТОР АСОРАТЛАРНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛЛАРИ

Аляви А.Л., Раҳимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А., Хатамова Д.Т.

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, ТошПТИ, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Замонавий тиббиётда сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморлар, ўпка юраги билан асоратланишининг олдини олиш ташхислаш ва даволаш – эрта, самарали, индивидуал ва кўп босқичли бўлиши зарур. Бинобарин, клиник-функционал, патогенетик ва регионал алоҳидаликни эътиборга олиб, ЎЮ асорати профилактикаси ва даволашнинг оптимал режасини ишлаб чиқиш долзарб муаммо ҳисобланади.

Калит сўзлар: ингалятор, сурункали обструктив ўпка касаллиги патогенези, нафас олиш тизими, профилактика, даволаш усуллари.

Сурункали обструктив ўпка касаллиги ўпка юраги билан асоратланиши, ногиронлик, ўлим оқибатлари йил сайин кўпайгани сабабли, касалликлар профилактикаси, ташхислаш эрта бошланганда касалликнинг терминал босқичлари ва ногиронлик келиб чиқишининг олди олинади. Касалликнинг олдини олиш ўпка юраги асоратини эрта босқичларида ташхислаш, даволаш, тиббий тиклашнинг замонавий усулларини мувофиқлаштириш, қўйилган муаммо билан курашишга ёрдам беради [1, 2].

Замонавий тиббиётда сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК) бўлган беморлар, ўпка юраги (ЎЮ) билан асоратланишининг олдини олиш ташхислаш ва даволаш – эрта, самарали, индивидуал ва кўп босқичли бўлиши зарур. Бинобарин, клиник-функционал, патогенетик ва регионал алоҳидаликни эътиборга олиб, ЎЮ асорати профилактикаси ва даволашнинг оптимал режасини ишлаб чиқиш долзарб муаммо ҳисобланади [3].

Америка Торакал жамияти ва Европа Респиратор жамияти (ATS/ERS) уюшмаси томонидан тайёрланган, клиник текширишларнинг ҳисоботида СОЎК реабилитациясининг ўрни ва исботланиш босқичлари белгиланган [6, 12].

Ишлаб чиқилган дастурларга асосан, ўпка реабилитацияси – сурункали обструктив ўпка касаллигининг асоратланиши, ЎЮнинг олдини олиш учун 4 босқич тадбирларни бажариш талаб этилади: I. Касалликни мониторинг. II. Хавф омиллари таъсирини камайтириш. III. Авжланмаган ҳолатдаги сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларни даволаш. IV. Авжланган ҳолатдаги сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларни даволаш [4].

Европа Респиратор жамияти (ERS) билан жамланган «ўпка реабилитацияси» тавсиялари бўйича [20], СОЎК реабилитациясининг самараси таҳлил қилинганда, базис терапия муолажаларидан сўнг беморларнинг жисмоний ҳаракатларга лаёқати ортади (исботланиш босқичи А). Нафас қисий хуржлари камаяди (исботланиш босқичи А). Ҳаёт сифати яхшиланади (исботланиш босқичи А). Сурункали обструктив ўпка касаллигига боғлиқ бўлган безовталиқ ва депрессия камаяди (исботланиш босқичи А). Психосоциал таъсир этиш самарали бўлади (исботланиш босқичи С). Ўпка реабилитациясининг минимал давомийлиги 6 ҳафта; бу давр узоқ давом этганда самара ортади (исботланиш босқичи В).

Европа экспертлари таҳлиллари бўйича [2, 18], нафас аъзолари касалликлари ва асоратларини адекват даволаш учун кўп маблағ кетказилганда, беморлар ҳаётининг сифати ва давомийлиги сезиларли яхшиланади.

Авжланган ҳолатдаги сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларни даволашда, Европа Респиратор Жамияти конгресси материалларига асосан [2, 9], стандартлаштирилган базис терапияни узоқ вақт давомидида қўллаш, кардиова-

скуляр асоратлар ривожланишининг олдини олади.

Таҳлилларда [2, 5, 20] сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларни ERS тавсиялари (исботланиш босқичи А) асосида стандарт терапия билан даволагандан сўнг, ҳаёт сифати параметрлари ($4,3 \pm 0,41$ баллдан $2,5 \pm 0,35$ баллгача ижобий ўзгариши), госпитализация сони ва давомийлиги (22,5 ва 5,7%) камайишлари амалда тасдиқланган.

Сурункали обструктив ўпка касаллиги билан хасталанган беморларда ўқитиш дастурининг клиник-функционал бузилишлари ва ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири ўрганилган [30]. Бунда ОФВ₁ 1,8 марта ортиши, ҳаёт сифати жисмоний юклагамага толерантлиги – 79,2%, эмоционал ҳолати – 87,5% ва даволанишдан қониқиши – 91,0% ижобий силжишлари аниқланган.

Тадқиқотлар таҳлилларига асосан, ЎЮни, айниқса, авжланган даврида даволаш самарасининг камлиги, бу муаммони ечишда янги ёндашишларни излашга мажбур қилади. Бу кўламадаги перспектив йўналишлардан бири медикаментоз даво усулларида фойдаланиш ҳисобланади.

Тадқиқотчилар маълумотлари бўйича [6, 11] СОЎК ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморларни даволашда, дори воситаларидан бета-адреноблокатор (небиволол) қўлланилган. Небиволол билан бир курс даволаш ёрдамида, юрак ўнг қоринча (ЎҚ) олд девори < 4,8 мм, ЎҚ юрак диастоладаги размери < 22 мм, ЎҚ юрак систоладаги размери < 15 мм камайишларини кузатганлар. Юрак ўнг қоринчасига тушадиган оғирлик камайиши E/A > 1,3 ва ўпка артерияси ўртача босими пасайиши (22 мм см.уст.) беморларнинг тинч ҳолатида аниқланган.

Изланишларнинг [7, 17, 18] маълумотларига кўра, СОЎК декомпенсатор юрак етишмовчилиги бўлган беморларга, кардиоселектив β-адреноблокатор – небиволол берилганда, назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан юрак ўнг бўлмача тўлиш фракцияси – FAF 15,7%, юрак ўнг қоринча изоволюмик бўшашиш вақти – IVRT 14,6% пасайишлари аниқланган. Қайд этилган ўзгаришлар эндотелий дисфункцияси (азот оксиди стабил метаболитлари – SM_{NO} 5,7%) пасайишига тўғри боғлиқ ўзгаришлари қайд қилиниб, кардиоселектив β-адреноблокаторлар билан коррекциялаш усуллари тавсия этилади.

Кейинги вақтларда ўпка юраги билан асоратланган беморларга бета-адреноблокаторларини қўллаш тортишувли масала эканлигини талқин қилади. Яъни, нафас аъзолари касалликларида базис терапия асосида гипотензив воситаларни танлаш муаммоларидан бири – бронхообструкция, β-блокаторларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Ҳозирги кунда ҳам сурункали обструктив ўпка касаллиги ЎЮ билан асоратланган беморларни дори воситалари, жумладан: бета-адреноблокаторлар билан даволашда

юқори самарага эришиш усуллари фаол муҳокама қилинмоқда. Таҳлилларда [9, 19, 21] СЎОК бўлган 54 та беморда юрак ўнг қоринча ремоделланиши ва диастола дисфункциясига небивалол таъсирининг нисбий таҳлили эътиборли маълумот ҳисобланади. Амалда қўллаш натижасига асосан, беморларда периферик гемодинамика қаршилик индекси ($0,92 \pm 0,05$ ш.б.дан $0,81 \pm 0,04$ ш.б.гача) пасайиши, ўпка вентиляция-перфузия ҳолати, қон сатурациясига тўғри корреляцияланганлиги аниқланган. Бироқ, марказий гемодинамикага таъсири ва узоқ муддат базис терапия сифатида қўллаш режалари ишлаб чиқилмаганлиги қайд этилган.

Изланишлар [2, 10] маълумотларида сурункали обструктив ўпка касаллиги ва артериал гипертензияси бўлган беморларга кардиоселектив β -блокаторлардан: метопролол, бисопролол, бетаксол қўлланганда, кичик дозалар тавсия этилган. Даволаш динамикасида биринчи навбатда клиник симптомлар, ЭКГ ва бронхообструкция даражаси назорат қилиб турилади. Илмий текширишларда, юқори кардиоселектив бисопрололнинг бронхлар ўтказувчанлигига таъсири нуқтаи назардан ҳам, атенололдан устунлиги таҳлил қилинган. Жуда кам бронхоконстриктор хусусиятли β -блокаторлар (ацебутолол, пиндолол), ички симпатомиметик тизимга фаол таъсир этиб, гипотензив самараси нисбатан пастлиги қайд этилган. Яъни, периферия гемодинамикасида макрофагал азот оксиди ишлаб чиқарилишининг (4,5%) камайтириши ва нейрогуморал бошқариш кўрсаткичларга сезиларли таъсир этмаслиги кузатилади.

Салмоқли муваффақиятлар кейинги йилларда ЎЮ асоратини кальций антагонистлари билан даволашда эришилиб, уларнинг касаллик ривожини ва оқибатларини яхшилаши ўрганилган. Бронхлар ўтказувчанлигига негатив таъсир этмаганлиги сабабли, кальций антагонистларининг сурункали обструктив ўпка касаллиги ўпка артерия гипертензияси билан асоратланганда, даволаш учун биринчи восита қилиб танланади [12]. Лекин, бу гуруҳ воситаларининг барча таъсир самаралари етарлича ўрганилмаган. Умумий ва ўпка артерия гипертензиясини даволашда кальций каналлари блокаторларидан дигидропиридин асосли (нифедипин, фелодипин, амлодипин, лацидипин ва б.) ва дигидропиридин асосиз (верапамил, дилтиазем) воситалар қўлланилади. Шу билан бир вақтда, изланувчиларнинг маълумотларига кўра, кальций антагонистларидан (верапамил ва дилтиазем) фойдаланиш, юрак ритми ўзгарганда (брадиаритмиялар) ва ўтказувчанлиги (атриовентрикуляр ва синоатриал блокадалар) бузилганда чегараланади. Илмий маълумотларда, кальций антагонистларининг бронхлар мукоцилиар клиренсига негатив таъсир этмаслиги, СОЎК бўлган беморларнинг тизимли асоратларни даволашда муҳим аҳамиятга эга [3, 13, 16].

Текширишларда [3, 5, 13] белгиланишича, касаллик авжланмаган, лекин турли даражада гипоксемия ва ўпка артерия гипертензияси бўлган беморларда кальций антагонистлари билан даволаш динамикасида, ўпка артерияси ўртача босими ($28,2 \pm 0,7$ мм.с.м.уст. дан $22,4$ мм.с.м.уст. гача, яъни 15,7%) ва қаршилиги (14,5%) пасайиши кузатилган. Кальций антагонистларининг СЎОК бўлган беморларда таъсир механизми талқин қилинган. Яъни, кичик ва катта қон айланиш тизимида гипоксия эвазига ривожланган вазоконстрикцияни ва юракка тушадиган оғирликни камайтириши, миокардда дистрофик ва склеротик ўзгаришлар чақирувчи гипоксияни пасайтириши орқали ижобий таъсир қилади.

Маълумотларига кўра [4, 10, 14], бир вақтнинг ўзида кальций антагонистлари бронхоконстрикцияни сусайтириб, медиаторлар чиқишини камайтиради. Кальций антагонистлари бронхообструкция ривожланадиган ҳамма босқичларга таъсир этади. Жумладан, ацетилхолин, гистамин, лейкотриен ва простагландинлар чақирувчи бронхоспазмни камайтиради, силлиқ мушаклар, семиз ҳужайралар, бронхлар шиллиқ қавати секретор ҳужайраларига ижобий таъсир этади. Метаболик жараёнларга салбий таъсир этмагани ва буйрақлар фаолиятини мувофиқлаштиргани сабабли катта ёшдаги сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларни даволашда кальций антагонистлари муносиб ўрин тутаяди.

Муаллифлар [3, 6, 16] сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларга кальций антагонистлари бир курс берилганда, умумий артериал босим нормал ҳолатида ва компенсацияланган нафас етишмовчилигида метаболик алкалоз ($22,0\%$), $pCO_2 < 35$ мм.рт.ст. миқдорда ижобий силжишларини текширувчилари қайд этганлар. Кальций антагонистлари ўпка регионар вазоконстрикциясини йўқотиб, ўпка вентиляция-перфузиянинг умумий нисбатига таъсир этмаганлиги клиник текширишларда исботланган.

Маълумотларда, кальций антагонистлари билан ўткир синама ўтказилганда, ўпка артерия гипертензияси эрта босқичларида ўпка артерияси ўртача босими пасайтиради, ўпка артерия гипертензияси кейинги босқичларида (қаршилик ортиши, морфологик ўзгаришлар эвазига кўтарилган ўпка артерия гипертензияси) таъсир қилмаслиги қайд этилади. Юқори тоғ (2400–3100 м) шароитида яшовчи аҳолининг юрак ўнг қоринча ҳолатини инвазив ва ноинвазив функционал усуллар ёрдамида текшириб, юрак ЎҚ диастола дисфункциясини ва эрта босқичларда юрак ЎҚ диастола резервини баҳолаган. Гипоксия сабабли ривожланган ЎЮ асоратини даволашда кальций антагонистларини 12 ҳафта давомида, СОЎК бўлган 30 нафар беморда қўллаганда, ўпка томирлари қаршилиги $24,4 \pm 2,0\%$ пасайиб, юрак ўнг қоринча олд девори $2,5 \pm 0,1$ см.дан $2,2 \pm 0,1$ см гача ($p=0,042$) камайиши кузатилган. Хулосаларга кўра, ҳар бир бемор-

га индивидуал терапия узоқ муддат берилганда, ўпка артерия гипертензиясининг (41,7 мм.см.уст. дан, 31,8 мм.см.уст. гача, $p < 0,05$) пасайишлари таҳлил этилган. Бу каби изланиш натижалари кўп эмас ва турли талқинда, чунки муаллифлар ҳар хил дори воситалари, дозалар, даволаш вақтини қўллаганлар.

Изланишларда [3, 8, 15] текширишлар бўйича, вазодилататор терапия ўтказилиб, сурункали обструктив ўпка касаллиги ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморларга 0,005 г дозада верапамил вена ичига қуйилганда, юрак ўнг қоринча отиш ҳажми ортиб, умумий артериал босим ва қаршилиги пасаяди. Ўпка артерия қаршилиги фақат 65% беморларда, ўпка артерия ўрта босими 30% беморда камайганлиги таҳлил қилинган. Унинг фикрича, кальций антагонистлари қайтар ўпка артерия гипертензиясига нисбатан самарали, органик ўзгаришлар томирлар тизимида бўлганда аксинча таъсир кузатилади.

Муаллифлар томонидан, сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларга амлодипин кунига 5–10 мг, 4 ҳафта давомида берилганда ташқи нафас фаолияти (ОФВ₂ – 35,2±2,4% дан 44,1±3,3%) ($p < 0,05$) ва марказий гемодинамика (Е/А 0,97 дан 1,5 гача) яхшиланиши қайд этилган. Кальций антагонистлари беморлар сексуал фаолиятига салбий таъсири йўқ, дигидропиридинлар ҳаттоки яхшилаши мумкинлиги қайд этилган. «Endothelin-receptor antagonists in pulmonary hypertension (EAPH)» текширишларида, кальций антагонистларини ўткир синамада қўллаганда ўпка артерия ўртача босимини (ЎАБўр <22,1 мм.см.уст.) пасайтириб, периферия гемодинамикаси максимал систолик тезлигини (V_{max} 6,2%) яхшилаб, қон кислород билан тўйинишининг (SaO_2 87,2±2,4% гача) оширишини қайд этиб, узоқ муддат даволашга тавсия қиладилар.

Баъзи манбаларда [17], кальций антагонистлари узоқ қўлланилиб, тўхтатилгандаги салбий таъсирлар, барча кўрсатган ижобий самарасини йўққа чиқаради. Бу вақтда ножўя самара таъсирларга дифференцирланган ёндашиб, умумий гипотония ва кучли тахикардияни аҳамиятли ҳисоблаб, доза коррекцияланса, периферик қизаришлар, иссиқ келиш ҳисси, тўпиқ шишлари каби нохуш таъсирлар даволовчи шифокорларни қўрқитишини эсдан чиқармаслик керак.

Муаллифлар [18, 19] (234) СОЎК бўлган беморлар ҳаёт сифатига кальций антагонистлари таъсирини ўрганиб, жисмоний юктамаларга толерантлик 1,5 марта (325,6±29,1 дан 210,0±20,7 м.гача; $p < 0,02$) ортиши, ишга лаёқат ва психологик статус кўрсаткичлари балларда –15,8 Δ% ижобий силжишлари аниқланган. Беморларда депрессия, қўрқув камайиб, сексуал фаолият яхшиланиши ҳақида маълумотлар бор. Салмоқли муваффақиятлар кейинги йилларда ЎЮни кальций антагонистлари билан даволашда эришилиб, уларнинг касаллик ривожини ва оқибатларини ях-

шилаши ўрганилган. Илмий изланишларда, кальций антагонистлари ўпка артерия гипертензияси бўлган СОЎК беморларда, гипотония (систолик артериал босим 145 мм.см.уст.дан 90 мм.см.уст.гача пасайиши) ва юрак ритмлари (LF/YF 2,5%) салбий ўзгаришлари келтирилади.

Маълумки, ЎЮ билан асоратланган СОЎК бўлган беморларда қўлланиладиган бошқа гуруҳ дори воситаларидан простагландинлар нормада ва патологияда томирлар тонусини қувватлайди, тромбоцитлар агрегациясини камайтиради. Фикрларга кўра, ўпка артерия гипертензияси бўлган беморларда кальций антагонистлари самарасиз ёки мумкин бўлмаган ҳолларда, простагландинлардан фойдаланилади [5, 7, 20]. Лекин, бу гуруҳ воситаларининг СОЎК бўлган беморларга барча таъсир самарадорлиги етарлича ўрганилмаган.

Ўпка юраги билан асоратланган беморларни ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлари (АПФи) ёрдамида даволаш бўйича илмий изланишларда, умумий ва ўпка артерия гипертензияси бўлган беморларда қўллаш татбиқ этилган. Изланишларда [2, 11] АПФи ва шамоллашга қарши фенспирид билан биргаликда (СОЎК II даража, компенсацияланган ЎЮ билан асоратланган даврда), АПФи ва шамоллашга қарши флутиказон билан биргаликда (СОЎК III–IV даража, компенсацияланмаган ЎЮ билан асоратланган даврда) беморларни даволаганда катта ижобий самара олиш усуллари аниқланган.

Европа пўльмонологлари ва америка торокал ҳамжамиятларининг қўшма баёнотида (ATS/ERS, 2004) [26] оксигенотерапияни СОЎК бўлган беморларга узоқ муддатда қўллаш кўрсатмалари берилган. Тавсияларга асосан амалиётда беморларнинг ҳаёт сифати (9,8%) яхшиланиши, ишга лаёқати (2,5%) ортиши, ремиссия даврининг (1,2%) узайиши натижасида ўлим камайиши қайд этилган.

Манбаларда эфферент терапиянинг тиббиётда қўлланиши ўрганилиб, Куликов А.Г., Максимов В.А., Чернышев А.Л. ва б. [15, 21] талқинларича, озонотерапиядан кейин эритроцитлар шаклининг тикланиши унинг юзасини ошиши ва уларнинг функционал хусусиятлари яхшиланиши аниқланади. Озоннинг қонни реологик хусусиятларига таъсир қилувчи яна бир самараси, эндотелиал ҳужайралардаги NO синтетаза ферментининг фаоллашуви бўлиб, озоннинг қон томир девори эндотелиал ҳужайраларга таъсири натижасида юзага келади. Ички аъзолар касалликларида озонли кислород бирикмалари билан даволаш динамикасида қоннинг кислород билан тўйиниши (SaO_2 8,2%) ортиб, юрак қисқаришлар сони 1 дақиқада: 87,6±0,3 тадан 74,1±0,4 тага пасайишини таҳлил этадилар. Бу озоннинг кислородни ташиши ва уни тўқималарда бўшатиши хоссалари билан боғлиқ.

Тажрибаларда *in vitro* биологик фаол моддалар (дофамин, норадреналин, адреналин) авлодлари

бўлмиш аминокислоталар билан озон реакцияга кириша олиши кўрсатилган. Натижада юракнинг мушаклари фаоллигида асосий ролни ўйновчи ёғ кислоталарининг тез етказилиши, глюкозани энергия сифатида парчалашининг камайиши тўғрисида тахмин қилиш мумкин [23]. Вазодилатация омили – ўпка селектив вазодилататори, юқори диффузияли – азот оксиди ингаляцияси ўпка артерия гипертензиясини пасайтиради. Бунда азот оксиди тезда гемоглобин билан қўшилиб, катта қон айланишга тушмайди ва умумий гипотония чақирмайди, яъни фақат кичик қон айланиш тизимида фаол бўлади [20]. Вазодилатация терапияси самарасини аниқлаш учун, беморларда прогнозловчи, азот оксиди билан ўткир синама ўтказиш «олтин стандарт» қаторига киргизилган.

Бундан ташқари азот оксидини 2 йил давомида (1 курсга 10 та муолажа, ҳар 3 ойда) ижобий таъсир билан қўлланиши ҳақида маълумотлар бор. Азот оксидини узоқ қўллаганда, гипоксия натижа-

сида юзага келган томирлар эндотелий тизими тузилиши ва дистрофияси коррекцияланади ҳамда вазодилатацияга эришилади. Шунингдек, ўпка артерия босими коррекцияланиб, юрак ўнг қоринча ремоделланиши каби морфологик ўзгаришлар регрессияси индукцияланади [21].

Хулосалар. Ўпка юраги ташхисланган даврда беморларга самарали профилактика ва даво усулларида: базис терапияни узоқ вақт давомида қўллаш, β-блокаторлар, ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари (АПФи), простагландинлар ва кальций антагонистларидан фойдаланиш ўринли бўлади. СОЎК бўлган беморлар ўпка юраги (ЎЮ) билан асоратланишининг олдини олиш ташхислаш ва даволаш – эрта, самарали, индивидуал ва кўп босқичли бўлиши зарур. Оксигенотерапия ва озонотерапияни СОЎК бўлган беморларга узоқ муддатда қўллаш қоннинг кислород билан тўйинишини ва қоннинг реологик хусусиятларини яхшилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Абросимов В.Н., Бяловский Ю.Ю., Субботин С.В. и др. Объемная капнография: возможности применения в пульмонологической практике // Пульмонология. 2017. Т. 27. №1. С. 65–70.
2. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Джумаева А.Ч., ва бошқалар Артериал гипертензиянинг коморбид ҳолатида Covid-19 ўтказган беморларда биокимёвий ва кардиореспиратор ҳолатига даво муолажаларнинг таъсири.
3. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Коракулова З.Т., Тиллоева Ш.Ш., Сабиржанова З.Т. Вентиляционно-перфузионные нарушения легких и эмоциональный дистресс после перенесенной covid-19 у больных хронической обструктивной болезнью легких. Сборник тезисов Международного форума терапевтов «Актуальные проблемы заболеланий внутренних органов», 24–25 сентября, – Ташкент, Журнал «Терапевтический вестник Узбекистана». 2021. №3, С. 65.
4. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Назирова М.Х. Бронх-ўпка патологияси бўлган беморларда эндотелий дисфункцияси ривожланиши ва респиратор тизими вентиляция-перфузия функционал ўзгаришларининг боғлиқ кечиши. Ўзбекистон Терапия Ахборотномаси журнали. 2021, №1. С. 54–58. Абросимов В.Н. Объемная капнография: возможности применения в пульмонологической практике / В.Н. Абросимов, Ю.Ю. Бяловский., С.В. Субботин и др. // Пульмонология. 2017. Т. 27. №1. С. 65–70.
5. Арипова Д.Ш., Рахимова Д.А., Валиев А.А. Эффективность глицерозина на вентиляционно-перфузионные параметры больных с хронической обструктивной болезнью легких. Международная конференция «Наука и образование: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине в таджикской медицине». – Ташкент. 2021. С. 39–42.
6. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское ре-спираторное общество, 2015. С. 148.
7. Коростовцев Д.С., Брейкин Д.В. // Сравнение пиковой скорости выдоха у здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой. – Казань: «Практическая медицина». 2014. №3(14). URL: <http://pmarchive.ru/>, обращение 12.10.2014
8. Крючкова А.В., Семьнина Н.М. Влияние светодиодной хромотерапии на клиническое течение бронхиальной астмы и качество жизни пациентов // Врач-аспирант. Воронеж, 2015. №3(70). С. 56–62.
9. Национальная программа Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Оригинал-макет, 2017 – 160 с.
10. Сабиржанова З.Т., Рахимова Д.А., Муминов Д.К. Эффекты включения озонкислородной смеси в лечение больных хронической обструктивной болезнью легких. Международная конференция «Наука и образование: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». Ташкент. 2021. С. 42–45.
11. Семенкова Г.Г., Лозинская Ю.А., Семьнина Н.М. Анализ факторов риска и распространенности бронхиальной астмы среди студентов медицинской академии в динамике // Журнал теоретической и практической медицины. – М., 2004. Т. 2. №1. С. 42–47.
12. Семьнина Н.М., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Князева А.М., Грошева Е.С. Особенности взаимосвязи показателей качества жизни и бронхиальной обструкции у

- больных бронхиальной астмой // Теоретические и прикладные вопросы науки и образования. – Тамбов, 2015. С. 112–113.
13. Семьнина Н.М., Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Князева А.М., Грошева Е.С. Особенности показателей цитокинового профиля у курящих больных бронхиальной астмой // Перспективы развития науки и образования. – Москва, 2015. С. 35–36.
 14. Семьнина Н.М., Чернов А.В., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М. Оценка статуса курения у больных бронхиальной астмой молодого возраста // Врач-аспирант. Воронеж, 2014. Т. 64., №3(1). С. 180–186.
 15. Скворцов В.В., Халилова У.А. Современные принципы диагностики и лечения ХОБЛ: фокус на ингибиторы ФДЭ-4. Справочник врача общей практики. 2017. №9. С. 28–45.
 16. Федосеев Г.Б. и др. В поисках истины: что такое бронхиальная астма? Пульмонология 2015. №25(1). С. 5–18.
 17. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Российское респираторное общество, 2016.
 18. Chuchalin A.G., Khaltayev N., Antonov N.S. et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation//Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2014. Vol. 9. P. 963–974GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published MAY 2014. <http://www.ginasthma.org/download.asp?intId=217>
 19. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI [Электронный ресурс] / WHO workshop report. Last updated 2016. – Режим доступа: www.goldcopd.org.
 20. Murnane B., et al. Dispersing the Mists: An Experimental History of Medicine Study into the Quality of Volatile Inhalations. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2017 Jun; 30(3):157–163. doi: 10.1089/jamp.2016.1357. Epub 2017 Jan 11.
 21. Thomas M., Decramer M., O'Donnell D.E. No room to breathe: the importance of lung hyperinflation in COPD // Prim. Care Respir. J. 2013. Vol. 22. №1. P. 101–111.

УДК: 577.12.577.121

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НАРУШЕНИЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ДИСБИОЗОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

АЗАДАЕВА К.Э., ТУХТАЕВА Н.Х., ХУДАЙБЕРГАНОВА Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

ХУЛОСА

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЗОНА ДИСБИОЗИ БИЛАН БИРГАЛИКДА РЕАКТИВ АРТРИТДАГИ ЛИПИД АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТУШУНЧАСИ

Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Худайберганова Н.Х.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Реактив артрит – бу диарея (иерсиния, сальмонелла, шигелла ва б. чақирилган) ва сийдик чиқарув аъзоларининг ўтказган инфекциядан касалликларидан кейин 1,5–2 ҳафтадан то 6 ойгача муддатдан кейин, бўғимларда иммуналлигганиш касалликларидир. Реактив артритнинг (РеА) уrogen ва энтероген мавжуд. Асосан эркаклар касалланади. РеАнинг умумий клиник белгилари: олдинги ёки бир вақтнинг ўзида ривожланган уретрит ёки диарея; оёқларнинг носимметрик артрити (товон бармоқларининг типик сосискасимон дефигурацияси); энтезит ривожланишида товонда оғриқ ва шиш; кўзининг шикастланиши (конъюнктивит, ирит); қафт ва товонда кератодермия, онихолизис; қонда РО йўқлиги, HLA-B27 аниқланиши, рентген белгиларидан товон шпораси ва асимметрик сакроилеит кузатилади. РеА бўғимлар деформацияси ривожланмайди, эрозив ўзгаришлар – фақатгина сурункали шаклида кузатилиб, артрит бир неча ойда ўтиб изсиз йўқолади. Аниқ ташхислаш учун инфекция верификацияси аниқлаш учун биологик ажралмалардан микробиологик текширувлар ўтказилади (сийдик, простата ажралмаси, цервикало канал шиллиги, синовиал суюқлик ва б.). РеАнинг асосий терапевтик давоси антибактериал дори воситалари қўлланилишидир (триггер инфекцияси пайдо бўлганда), ностероид яллиғланишга қарши восита (НЯҚВ), глюкокортикостероид (ГКС) (локал ёки тизимли қисқа курс), сульфасалазин (чўзилувчан ва сурункали кечишида).

Калит сўзлар: реактив артрит, дислипидемия, гастродуоденал зона микробиоценози.