

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2022

КАРДИОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ПОДХОДА К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляев Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н.</i>	7
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ТРОМБОЦИТЛАР АГРЕГАЦИЯСИНИНГ ТУРЛИ КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ ОМИЛЛАРИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ <i>Аляев А.Л., Ходжанова Ш.И.</i>	17
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЦА У ЮНЫХ БЕГУНОВ-ЛЮБИТЕЛЕЙ <i>Медведев И.Н., Завалишина С.Ю., Махова А.В.</i>	22
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Уринов О.У., Курбанова Р.А.</i>	26
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ <i>Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Хафизов Т.Н., Расулев Ё.Э.</i>	34
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Атаходжаева Г.А., Арипова Д.Ш., Турсунбаев А.К.</i>	42
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА ТОЖ АРТЕРИЯЛАРНИ СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАРНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШДА КАМ УГЛЕВОДЛИ ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Аляев Б.А., Пайзиев Дж.Дж.</i>	48
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И АДЕКВАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР РСНПМЦК В ПОСТПАНДЕМИЙНОМ ПЕРИОДЕ <i>Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б., Инагамов Ж.Р., Махкамова М.М., Набибуллаева Ш.З., Ботирова Б.О., Шаробиддинов Қ.Ш.</i>	59
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В г. АНДИЖАНЕ (1 этап) <i>Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Усманов Б.Б., Веприцкая Е.В., Юлдашева М.</i>	64
КОМБИНИРОВААННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Сайдалиев Р.С., Назарова М.Х.</i>	69
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ <i>Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.</i>	71
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ЮРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИНИ БАҲОЛАШ <i>Халилова Ф.А.</i>	76
ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ <i>Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Насырова Д.А.</i>	82
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АОРТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО-ВРАЧОМ ФЕНЕСТРАЦИИ У БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Махкамов Н.К., Анваров Ж.О., Умаров М.М.</i>	89

ЛИТЕРАТУРА

1. Адизова Д.Р. Сурункали юрак етишмовчилиги этиологик омилларининг кекса ва қариллик ёшида функционал синфларга хос тафовутлари // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Ташкент, 2020. №5(122). С. 19–24.
2. Аляви А.Л., Камилова У.К., Расулова З.Д. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. – Ташкент: Ибн-Сино, 2016. С. 148.
3. Беленков Ю.Н. Современный образ пациента с ХСН в европейской части Российской Федерации (госпитальный этап) // Сердечная недостаточность. – Москва, 2011. Т. 12, №5. С. 255–264.
4. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.А. Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика, лечение // Кардиология. – Москва, 2018. №58(S6). С. 10–164.
5. Поляков Д.С., Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Артемьева Е.Г. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН // Кардиология. – Москва, 2021. №61(4). С. 4–14.
6. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // European Heart Journal. 2016. Vol. 37(27). P. 2129–2200.
7. 2017 ACC/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. Circulation. 2017. Vol. 136(6). P. 137–161.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

САЙДАЛИЕВ Р.С., НАЗАРОВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

РЕЗЮМЕ

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сайдалиев Р.С., Назарова М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

В исследование включены 50 пациентов с метаболическим синдромом с артериальной гипертензией (средней возраст $59,6 \pm 20$) из которых получали фиксированную комбинацию периндоприла 5/10 мг + амлодипина 5/10 мг в зависимости от уровня артериального давления (1 гр.) а остальные 30 – периндоприл+ амлодипин в комбинации с моксидином 0,4 мг в таблетках внутр (2 гр.) комплексная антигипертензивная терапия фиксированной комбинацией периндоприла 10/20 мг+ амлодипина 5/10 мг позволяет достичь целевого уровня артериального давления (130/85 мм рт ст.) у 77,3%, а при добавлении к схеме лечения моксонидина – у 80,8% пациентов. Сочетание с моксонидином оказывает более выраженный антигипертензивный эффект и имеет дополнительные метоболическое преимущества, что подтверждено динамикой липидного спектра маркеров системного воспаления, уровня мочевой кислоты в плазме крови.

Ключевые слова: метаболический синдром, дислипидемия, артериальная гипертензия.

Сердечно-сосудистая заболеваная остаются основной причиной смерти населения промышленно развитых странах мира, при этом одним из основных факторов сердечно-сосудистого риска является артериальная гипертензия (АГ) [7]. Эссенциальная АГ во многих случаях сопровождается повышением активности симпатической нервной системы (СНС) и снижением чувствительности к инсулину тканей с инсулинозависимым поступлением глюкозы, преимущественно скелетных мышц, в то время как гликемический контроль может оставаться практически нормальным [2–4].

Если одни факторы кардиоваскулярного риска (КВР) такие как отягощенный семейный анамнез, мужской пол, возраст, невозможно модифицировать, то другие (курение, небалансированное питание, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела) полностью зависят от образа жизни [5]. Большинство пациентов имеют сочетание нескольких факторов, обусловленных определенным образом жизни или связанных патогенетически [6].

Сегодня в мире одной из актуальных проблем является метоболический синдром (МС) из-за бы-

строй распространенности его и негативных последствий [6] МС включает ряд метаболических нарушений, способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний, вызывающих их осложненное течение и повышающих летальность. К проявлением МС относятся нарушение толерантности к глюкозе, ожирение, повышение артериального давления (АД) дислипидемию и гиперурекемию. Доказано, что интенсивное фармакологическое воздействие на факторы риска а также изменение в диете и образа жизни приводят к улучшению кардиоваскулярных показателей у пациентов с сахарным диабетом второго типа и макроальбуминурией. Соответственно такой подход может эффективным при МС.

Современные клинические рекомендации предусматривают при необходимости применения для достижения целевого уровня АД комбинации нескольких антигипертензивных препаратов что позволяет повысить эффективность лечение АД и приверженность терапии. Одна из ключевых позиций в отношении пациентов с высоким КВР необходимость применения антигипертензивных препаратов обладающих органопротекторными свойствами.

Согласно с последними рекомендациями (2013) Европейского общества по артериальной гипертензии и Европейского кардиологического общества одной из наиболее эффективных комбинацией антигипертензивных препаратов является сочетание ингибитора ангиотензин превращающего фермента и блокатора кальцевых каналов. для такой комбинации характерны выраженной антигипертензивный эффект, оптимальная переносимость дополнительные органо протекторные свойства и способность снижать КВР у пациентов АД [6].

Цель исследования. Изучение результатов комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с МС и оценка эффективности применения фиксированной комбинации периндоприла 5/10 мг и амлодипина 5/10 мг (а также сочетанием мс моксонидином) на стационарном и амбулаторном этапе лечения

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с МС, с АД разной степени, из них 25 женщины 25 мужчины в возрасте 44–72 лет (средний возраст $58,4 \pm 1,5$) которые находились на стационарном лечении в РНЦЭМП. Критериями включения были наличие у пациентов МС с впервые выявленной или некорректируемой предшествующей терапии АД, согласие пациента. к критерием исключения относили: почечную недостаточность, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл мин. перенесенные острые мозгового кровообращения, сердечная недостаточность III–IV ФК по NYHA. Декомпенсированные заболевания печени другие заболевания которые могли бы повлиять на результаты исследования. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование и суточное

мониторинг АД эхокардиографию, общего холестерина, (ХС)т ХС липопротеидов высокой, низкой плотности, триглицеридов, глюкозы, мочевой кислоты, с реактивного белка, экскрецию альбумина, СКФ.

Больные получали фиксированную комбинацию периндоприла, 5/10 мг и амлодипина 5/10 мг (препарат престанс компании «Servir» Ирландия доза зависела от уровня АД. Пациенты разделены на 2 группы, 24 больных 1-группы принимали периндоприл+ амлодипин, 26 больных пациентов 2-й группы принимали – периндоприл+амлодипин в комбинации моксонидином 0,4 мг внутр. состояние почек оценивали по уровню креатинина в крови СКФ и наличие микро или макроальбуминурии. Статическую обработку данных проводили программы Microsoft Excel.

Результаты. У всех пациентов выявлена сопутствующая патология ишемическая болезнь сердца. Кардилсклероз у 64,5% стенокардия – у 37,3%, бронхиальная астма у 6,3%, хронический бронхит у 18,8%, протеинурия микроальбуминурия у 31,3% гиперхлостремения у 91,6%, гиперурекемия у 70,8% транзиторная ишемическая атака в анамнезе отмечалась у 6,3% пациентов. 18,8% больных с АД до госпитализации вообще не получали антигипертензивной терапии, 27,0% получали монотерапию. 54,2% – комбинированную антигипертензивную терапию.

Целевые уровни АД к 7-му дню достигнуты у 77,3% пациентов первой и у 80,8% второй группы ($p < 0,01$). Через 14 дней терапии препарата том престанс средней уровень среднесуточного систолического АД снизился с 165 ± 2 до 133 ± 2 мм рт ст. ($p < 0,01$) диастолического АД с 92 ± 2 до 78 ± 2 мм рт ст. ($p < 0,01$) / офисного систолического и диастолического АД-соответственно с 174 ± 3 до 135 ± 2 мм рт ст. ($p < 0,01$). Кроме того комбинация периндоприл+амлодипином оказывает положительное влияние на функции почек: у пациентов 1-й и 2-й групп средней уровень креатинина в крови снижался с $107,8 \pm 6,5$ до $101,8 \pm 5,2$ мкмоль/л ($p < 0,01$) микроальбуминурии – с $389,6 \pm 14,2$ до $41,2 \pm 4,9$ мг/сут. ($p < 0,01$).

В начале исследования у 89,6% больных выявлено гиперхолестеремия. За 3 месяца число пациентов гиперхолестеремией уменьшилось до 54,1% за счет второй группы. У больных второй группы которые получали престантин и моксонидин, но по разным причинам не принимали статины, через 3 месяца после начала лечения отмечено достоверно ($p < 0,05$) уровень ХС плазмы достоверно снизился с $437,5 \pm 517,9$ до $387,5 \pm 14,3$ ммоль/л наметилась тенденция к увеличению экскреции мочевой кислоты с мочой ($p < 0,05$). Статистически значимых изменений концентрации электролитов в плазме крови у пациентов двух групп не выявлен.

Заключение. Своевременное выявление скрытых компонентов МС (дислипидемия, гиперуреке-

мия, микроальбуминурия, системное воспаление) позволяет обеспечить комплексный подход к лечению пациентов с высоким КВР. Комплексная антигипертензивная терапия фиксированной комбинацией периндоприла 5/10 мг и амлодипина 5/10 мг (препарат представлен) позволяет достичь целевого уровня АД у 77,3%, а при добавлении к схеме лечения моксинидина – у 80,8 пациентов. Сочетание

препарата престанс с моксинидином оказывает более выраженный антигипертензивный эффект и имеет дополнительные метаболитические преимущества, что подтверждено положительно динамикой липидного спектра, маркеров системного воспаления, уровня мочевой кислоты в плазме крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В.В., Талаева Т.В., Шумаков В.А. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболитический синдром; фундаментальные клинические аспекты. Киев Четверта хвиля. 2009. Из-е 4. С. 402–413.
2. De Fronzo R.A. et al. Insulin Resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes Care 2012. Vol. 14. P. 173–194.
3. Feenani E., Buzzigoli G., Boadonna R. et al. Insulin resistance in essential hypertension. New Engl J Med 2013. Vol. 317. P. 35–47.
4. Gaede P., Vedel P., Larsen N. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. New Engl J Med 2013. Vol. 348. P. 383–393.
5. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. Task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Hypertens 2013. Vol. 3. P. 1281–1357.
6. Reaven G.M., Lithell H., Landsberg L. Hypertension and associated metabolic abnormalities: the role of insulin resistance and the sympathoadrenal system. New Engl J Med. 2006. Vol. 334. P. 374–381.
7. Julius S., Majahalme S. The changing face of sympathetic overactivity in hypertension. Ann Med 2010. Vol. 32. P. 365–370.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

*Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд, Узбекистан*

XULOSA

YOSH ERKAKLARDA YURAK ISHEMIK KASALLIGINING KLINIK KECHISHI XUSUSIYATLARI

Xasanjanova F.O., Tashkenbayeva E.N.

Samarqand davla tibbiyot universiteti, Respublika shoshilinch tez yordam ilmiy markazi Samarqand filiali. Samarqand, O'zbekiston

Ushbu maqolada yosh va keksa yoshdagi yerkaklarda yurak ishemik kasalligi (YulK)ning klinik kechish xususiyatlari tahlil qilinadi. Tadqiqotda YulK bilan og'riq 230 nafar bemor ishtirok etgan bo'lib, ular bemorlarning yoshiga qarab 2 guruhga bo'lingan: 1-guruhga 126 yosh bemorlar, 2-guruhga 104 keksa bemorlar kiradi. Asosiy diagnostika usullariga bemor bilan suhbatlar, EKG, Xolter monitoringi kirdi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, kundavomida 6 dan 8 martagacha anginal xurujlarning paydo bo'lishi 1-guruhdagi 85 (67,5%), 2-guruhdagi 82 (78,8%) bemorlarda kuzatilganligi aniqlandi, bu kasallikning og'irligini ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: yurak ishemik kasalligi, EKG, anginal og'riq, ishemiya, erkak, yosh.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF CORONARY HEART DISEASE IN MEN AT YOUNG AGE

Khasanjanova F.O., Tashkenbaeva E.N.

Samarkand state medical university; Samarkand branch of the republican scientific center emergency medical care. Samarkand, Uzbekistan

This article analyzes the clinical features of the course of coronary heart disease (CHD) in men at a young and old age. The study included 230 patients with coronary artery disease, which, depending on the age of the patients, were divided into 2 groups: the 1st group included 126 young patients, the 2nd group included 104