

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2022

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2022. №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
Отв. секретарь З.Д. Расулова, д.м.н.
М.Ю. Алиахунова, д.м.н., 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. Осиё 4. Научно-организационный отдел.

Тел.: (998–71) 234–30–77. Факс: (998–71) 235–30–63

E-mail: tervestuz@mail.ru

Сайт: terapevt.uz

Подписано в печать 14.09.2022, Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.

Усл. п.л. 18,0. Тираж 50. Заказ № 574.

«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 апоЕ2. 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-

нара сохранение достигнутого успеха СКА и дальнейшее течение заболевания зависят от мероприятий по улучшению отдаленных результатов ИБС.

Выводы. Исследование помогло подобрать адекватные дозы препаратов и физических на-

грузок с учетом индивидуальных генетических особенностей пациента, позволило добиться эффективности восстановительного лечения, исключая развитие осложнений и нежелательных реакций лекарственных средств.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЦЕНКОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА

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

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

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности комплексного лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий с учетом жизнеспособности миокарда.

Материал и методы. В исследование включили больных ИБС стабильной стенокардией напряжения III и IV функциональных классов (ФК) (средний возраст $57,1 \pm 7,2$ лет), которым проводили плановую коронарную ангиографию и, по показаниям, реваскуляризацию миокарда – стентирование коронарных артерий (СКА). Консервативное лечение включало двойную антиагрегантную терапию (ДАТ, ацетилсалициловую кислоту+клопидогрел), бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, гиполипидемическую терапию (розувастатин или аторвастатин). До процедуры СКА и в динамике наблюдения, в течение 3-х месяцев, оценивали жизнеспособность миокарда (ЭКГ, ЭХОКГ, стресс-ЭХОКГ, МСКТ), изучали липиды (холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов (АТ), С-реактивный белок, выявляемый высокочувствительным методом (вСРБ), полиморфизм генов CYP2C19 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272).

Результаты исследования. Лечение оказало благоприятное влияние как на морфофункциональные показатели (ЭКГ, ЭХОКГ, стресс-ЭХОКГ, МСКТ), так и на липиды (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Риск резистентности к клопидогрелу: носители однонуклеотидных полиморфизмов CYP2C19*17 (rs 12248560), «медленный» AA генотип CYP2C19*2 ассоциирован с АДФ-агрегацией и высоким риском резистентности с CC, CT и TT генотипом. У «плохих метабо-

лизаторов» клопидогрела применяли другие дозы (150 мг/сут). Чувствительность к клопидогрелу (ген CYP2C19*2, rs 4244285): пациенты с AA генотипом гена тромбоксан-синтетазы TBXAS1 и с полиморфизмами GG, AG и AA, рекомендовано уменьшение дозы. Наиболее уязвимым периодом после СКА был 1-й месяц, в связи со специфичной динамикой АТ. Через 2 месяца у 78% пациентов нормализовались показатели АТ, а через 3 месяца – у 90%. Аналогичная картина наблюдалась и по показателям вСРБ. Оценка жизнеспособности миокарда на основе данных ЭХОКГ, МСКТ, подбор адекватных доз статинов и ДАТ с учетом полиморфизма изученных генов значительно повысили эффективность и безопасность СКА. В динамике наблюдения объем ишемизированного миокарда уменьшился, выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка по сравнению с данными до СКА. Результаты нашего наблюдения позволяют выделить два важных момента. Во-первых, новые генерации стентов за счет своих технических характеристик позволяют максимально улучшить результат СКА. Во-вторых, персонализированный подход и изменение представлений о методе реваскуляризации с учетом функционального состояния и технология стентирования играют важную роль в улучшении отдаленного прогноза у данной группы пациентов.

Выводы. Оценка жизнеспособности миокарда и его функционального состояния с учетом полиморфизма генов 9p21 и CYP2C19, коррекция неблагоприятных факторов риска рестеноза, помогли выбрать оптимальный метод реваскуляризации, оптимизировать вторичную профилактику, снизить риск осложнений после СКА.

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

АБДУЛЛАЕВА У.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость Предуктала MR (фирма Servier, Франция) при лечении стабильной стенокардии напряжения (СН) II функционального класса (ФК).

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 больных, из них мужчин – 55% (22 чел.), женщин – 45% (18 чел.). Средний возраст – 56,8 лет. Средний индекс массы тела – 29,6. Артериальная гипертензия имела место у 72,3% больных, сахарный диабет 2 типа – у 7,2%. Пациенты получали стандартную терапию + Предуктал MR 35 мг 2 раза/сут.

Результаты исследования. 8 недель терапии Предукталом MR привели к статистически достоверному ($p < 0,05$) снижению частоты ангинозных приступов в неделю с $22,8 \pm 3,5$ до $11,4 \pm 1,9$ раз, т.е. на 50,5% или в 2 раза. Терапия Предукталом MR вызвала достоверное ($p < 0,05$) уменьшение потребления короткодействующих нитратов в неделю с $17,4 \pm 2,9$ до $7,6 \pm 1,5$ таблеток, т.е. на 56,3% или в 2,3 раза. В 95% случаев врачи и 94% случаев пациенты оценили эффективность терапии

Предукталом MR как отличную и хорошую. Переносимость препарата Предуктал MR оценили как отличную и хорошую в общей сложности 95% врачей (5 чел.) и 90% пациентов (36 чел.).

После 8 недельной терапии желание продолжить лечение Предукталом MR изъявили 90% больных. В ходе терапии у 5,0% пациентов (2 чел.) зафиксированы побочные эффекты. Один пациент (2,5%) отказался от лечения, один больной (2,5%) вынужден был отказаться от продолжения терапии из-за финансовых проблем. Более чем у половины пациентов (55,0%) изменений в антиангинальной терапии не было, у 12,5% больных дозы были уменьшены, у 10,0% – увеличены, у 4,5% пациентов имела место отмена препаратов, у 8,0% производилась замена препаратов в пределах одной фармакологической группы, 10,0% больных была назначена другая антиангинальная терапия.

Выводы. Предуктал MR может служить препаратом выбора при лечении стабильной стенокардии напряжения II функционального класса.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АСПИРИНА НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

АЛЯВИ А.Л., ХОДЖАНОВА Ш.И., РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВ З.Т.

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

Цель исследования. Изучение агрегационной активности тромбоцитов у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от длительности приема ацетилсалициловой кислоты (АСК).

Материал и методы. В исследование взяты под наблюдение 116 больных, которые поступили с диагнозом ИБС: стабильная стенокардия напряжения (СН) II или III функциональных классов (ФК) в кардиологическое отделение Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации. Диагноз ИБС устанавливался в соответствии с критериями Европейского общества кардиологов. Больные с СН, анамнестически, были разделены на 4 группы по давности приема ацетилсалициловой кислоты (АСК): 1 группу составили 30 больных, принимавших АСК до 1 года, вторую группу составил 31 больной, принимавший АСК от 1 года до 5 лет, третью – 31 больной, принимавший АСК свыше 5 лет и контрольную группу составили больные, не получавшие АСК. Средний возраст больных составил $64,9 \pm 0,9$ года. Среди больных было 55,1% (63 пациента) мужчин, 44,8% (53 пациента) женщин.

Результаты исследования. Все показатели агрегации тромбоцитов были статистически значимо выше у больных, не получавших АСК (контрольная группа), по сравнению с больными 1 и 2 групп, получавших АСК ($p < 0,05$). Также было обнаружено, что показатели агрегации были ниже в 3 группе больных с продолжительностью приема АСК более 5 лет по сравнению с контрольной группой, но различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

Имелись различия между группами с различной продолжительностью приема АСК при спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. В частности, показатели агрегации больных 1-й группы были самыми низкими по сравнению с аналогичными показателями 2-й и 3-ей групп. Следует отметить, что существенной разницы в агрегации тромбоцитов у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й и 3-й групп не наблюдалось. Таким образом, полученные результаты показали, что с увеличением продолжительности приема аспирина наблюдалось изменение как спонтанной так и индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов со стати-

стически значимым увеличением агрегационной активности тромбоцитов у больных с более, чем 5-летним стажем приема АСК ($p < 0,05$).

У больных с повышенной агрегацией тромбоцитов изменения наблюдались чаще при спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов в концентрации 5,0 мкмоль АДФ. Также было обнаружено, что у больных часто повышение спонтанной и 5,0 мкмоль АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов шли параллельно.

Выводы. 1. С увеличением продолжительности приема АСК наблюдалось изменение как спонтанной, так и индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов со статистически значимым увеличением.

2. У пациентов с повышенной агрегацией тромбоцитов наиболее часто регистрировались изменения спонтанной агрегации и при воздействии индуктора в концентрации 5,0 мкмоль, как на фоне приема АСК, так и без него.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

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

Цель исследования. Изучить маркеры воспалительной реакции и параметры липидного спектра у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией (СС) и проследить динамику после стентирования.

Материал и методы. Пациентам ($57,3 \pm 6,1$ лет) с ИБС, СС после плановой коронарной ангиографии (КАГ), с обструктивным значимым стенозом (ЗКС, $\geq 75\%$) выполнено стентирование коронарных артерий (СКА). Исходно до КАГ и через 3 и 6 месяцев после СКА изучали маркеры воспаления (интерлейкины (ИЛ), ФНО α , высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), фибриноген (Ф), липиды, проводили дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с оценкой толщины интима-медиа, атеросклеротических бляшек, жизнеспособности миокарда (ЭКГ, стресс-ЭХОКГ, МСКТ), полиморфизм генов 9p21. В зависимости от типа бляшки больные были разделены на две группы: В I группу (20) вошли больные с плотными атеросклеротическими бляшками, а во II группу (10) больные с мягкими бляшками.

Результаты исследования. В выделенных подгруппах пациентов со ЗКС выявлено превышение атерогенных фракций липидов (общего ХС, ХС липопротеинов низкой плотности и липопротеинов очень низкой плотности, триглицеридов) и достоверное превышение уровня маркеров сосудистого воспаления (в-СРБ, ФНО α , ИЛ-1 β), более выраженное у пациентов СС IV ФК. Увеличение уровня вСРБ наблюдалось у пациентов обеих групп: $13,2 \pm 1,6$ мг/л и $15,7 \pm 1,0$ мг/л (в контроле – $5,6 \pm 0,12$ мг/л). Повышение уровня ИЛ-6 у больных с плотными бляшками было менее выраженным $9,9 \pm 1,1$ пг/л, а у больных с мягкими бляшками содержание этого показателя было выше – $14,7 \pm 1,19$ пг/л. В группе пациентов с мягкими бляшками статистически значимая динамика наблюдалась для обоих изученных маркеров воспаления, однако у пациентов с плотными бляшка-

ми отмечено достоверное снижение уровня вСРБ уже через 3 месяца лечения и составило $7,1 \pm 1,22$ мг/л, а в группе пациентов с мягкими бляшками – $9,2 \pm 1,5$ мг/л. Содержание ИЛ-6 оставалось повышенным ($7,7 \pm 0,8$ и $8,6 \pm 0,76$ пг/мл, соответственно) у пациентов обеих групп. Влияние препаратов на Ф было приблизительно аналогичным. Огромная роль в прогрессировании ИБС принадлежит дестабилизации и тромбозу атеросклеротических бляшек. Течение стенокардии ассоциируется с повышением концентрации факторов воспаления (ИЛ, ФНО α), что свидетельствует о наличии уже на этапе СС персистирующего воспаления, при котором увеличивается риск тромботических осложнений. Склонность к быстрому росту, наличие воспаления, повышенная активность тканевых ферментов в области молодой бляшки, слабая выраженность структурно-образующих процессов, в том числе и кальциноза, объясняют их склонность к разрыву, образованию на поверхности молодой атеромы микроразрывов. Зарегистрировано максимальное повышение уровня маркеров воспаления в контрольной точке «3 месяца» и отсутствие достижения к конечной точке наблюдения целевых уровней атерогенных фракций липидов и маркеров воспаления, что может свидетельствовать о наличии системного пролонгированного сосудистого воспалительного ответа в обеих группах пациентов. Системный характер воспалительного ответа более выражен у пациентов с СС IV ФК.

Выводы. Оценка жизнеспособности миокарда с учетом полученных результатов исследования позволила выбрать наиболее приемлемый метод реваскуляризации (СКА), а адекватное медикаментозное лечение (антиагреганты, статины) подавляло процесс воспаления, способствовало стабилизации бляшки и уменьшению риска осложнений после СКА.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АНТИАГРЕГАНТ ДАВОНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШДА КЛОПИДОГРЕЛ МЕТАБОЛИЗМИНИ БОШҚАРАДИГАН ГЕНЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К.

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

Тадқиқод мақсади. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи CYP2C19 генлар полиморфизмининг клопидогрелнинг антиагрегант самарадорлигига таъсирини баҳолаш.

Материал ва усулар. «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази» интервенцион кардиология бўлимида ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиётини ўтказган 110 та бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши $55,4 \pm 14,2$ йил, шундан 52% эркаклар (57 та) ташкил этди. Тромбоцитлар агрегациясини баҳолаш мақсадида қон анализи беморлар ташрифининг дастлабки кунда ҳамда клопидогрел 600 мг юклама доза қўллангандан кейин 12 соатдан кейин қайта текширилди агрегометр (Bioloa) ёрдамида текширилди. CYP2C19 генлар полиморфизми эса полемераза занжир реакцисини ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар IBM SPSS 24.0 версия ёрдамида амалга оширилди.

Тадқиқод натижалари. Беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмининг тарқалиши қуйидагича бўлди: 110 беморнинг 53 тасида (48,2 %) CYP2C19*1 полиморфизми, 23 тасида (20,9%) CYP2C19*2 полиморфизми, 12 тасида (10,9%) CYP2C19*3 полиморфизми ҳамда 22 тасида (20%) CYP2C19*17 полиморфизми кузатилди. Тадқиқотга жалб этил-

ган беморларнинг клопидогрелга жавоб реакцисини 84% ни ташкил этди. Клопидогрелга жавоб реакцисини кам бўлган беморларнинг аксарияти CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 полиморфизмидаги беморлардан иборат бўлди. Клопидогрелнинг юклама дозасидан кейин тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши (5 ммоль/л ва 20 ммоль/л АДФ билан) ўрта ҳисобда CYP2C19*2 генотипли беморларда 18% ҳамда CYP2C19*3 полиморфизмли беморларда 21% ташкил этди. Аксинча CYP2C19*17 полиморфизмли беморларда юклама дозадан кейинги тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши (5 ммоль/л ва 20 ммоль/л АДФ билан) сезиларли даражада ортгани кузатилди (67%, $P < 0,001$ CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 гуруҳлар билан солиштирилганда). CYP2C19*1 генотипли беморларда эса клопидогрелнинг юклама дозасидан кейинги тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши ўртача ортганлиги кузатилди (48%, $P < 0,05$ CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 гуруҳ билан солиштирилганда).

Хулоса. CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 генетик полиморфизм ташувчиларда клопидогрел метаболизми секин бориб ушбу гуруҳда клопидогрелга чидаилилик кузатилади. Аксинча CYP2C19*17 полиморфизмли беморларда эса клопидогрел метаболизми тез кечиб клопидогрелга сезувчанлик ортиб кетади. CYP2C19*1 генотипли беморларда эса клопидогрел метаболизми ўртача тезликда кечиб беморлар контингентининг асосий қисмини ташкил этади.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КЛОПИДОГРЕЛ МЕТАБОЛИЗМИНИ БОШҚАРАДИГАН ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА ҚОНДАГИ ИНТЕРЛЕЙКИНЛАР ОРАСИДАГИ БОҒЛИҚЛИКНИ БАҲОЛАШ

АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К.

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

Тадқиқод мақсади. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда CYP2C19 генлар полиморфизми ва яллиғланиш (интерлейкин (ИЛ)—1, ИЛ—6) ва яллиғланишга қарши (ИЛ—4, ИЛ—10) интерлейкинлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва усулар. «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази» интервенцион

кардиология бўлимида ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиётини ўтказган 110 та бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши $55,4 \pm 14,2$ йил, шундан 52% эркаклар (57 та) ташкил этди. Қондаги яллиғланиш ва яллиғланишга қарши интерлейкинлар миқдори биокимёвий усул ёрдамида иммунофермент усули ёрдамида аниқланди (ELISA kit). CYP2C19 генлар полиморфизми эса полемераза

занжир реакцияси ёрдамида текширилди (PCR). Барча статистик текширувлар IBM SPSS 24.0 версия ёрдамида амалга оширилди.

Тадқиқод натижалари. Беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмининг тарқалиши бўйича CYP2C19*1 генотип кенг тарқалганлиги кузатилди 53 тасида (48,2 %), ундан кейин CYP2C19*2 полиморфизми – 23 тасида (20,9%), ҳамда CYP2C19*17 полиморфизми эса 22 тасида (20%) ҳамда CYP2C19*3 полиморфизми эса 12 тасида (10,9%) ташкил этди. Яллиғланиш интерлейкинлардан ИЛ–1 нинг ўртача миқдори $52,22 \pm 18,45$ пг/мл ни ташкил этди. Генетик полиморфизмнинг тарқалиши билан солиштирилганда CYP2C19*2 ($r=0,6$; $P<0,05$) ва CYP2C19*3 ($r=0,5$; $P<0,05$) генетик полиморфизми мавжуд беморларда ИЛ–1 миқдори нисбатан юқорилиги аниқланди ва улар ўртасида ижобий боғланиш кузатилди. ИЛ–6 текширилганда эса ушбу яллиғланиш интерлейкиннинг CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 генлар полиморфизми билан кучсиз ижобий боғланишга эга эканлиги кузатилди. CYP2C19*1 ва CYP2C19*17 генлар полиморфизмининг мавжудлиги ИЛ–6 миқдорининг ўзгаришига сезиларли таъсир қилмади. Яллиғланишга қарши интерлейкинлардан ИЛ–4 нинг ўртача миқдори $69,97 \pm 22,64$ пг/

мл ни ташкил этди. CYP2C19*1 генотипли беморларда ИЛ–4 миқдори юқори миқдорда кузатилди, CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 генотипли беморларда эса ушбу интерлейкиннинг концентрацияси камроқ эканлиги кузатилди ва кучсиз тескари боғлиқлик мавжудлиги кузатилди ($r = -0,3$; $P<0,05$ – CYP2C19*2; ($r = -0,2$; $P>0,05$ – CYP2C19*3). ИЛ–10 нинг ўртача миқдори $16,82 \pm 8,86$ пг/мл ни ташкил эткан бўлсада, ушбу интерлейкин билан клопидогрел метаболизмини бошқарадиган генлар ўртасида боғлиқлик кузатилмади.

Хулоса. CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 генетик полиморфизм ташувчиларда ИЛ–1 ҳамда ИЛ–6 миқдорининг юқори бўлиши кузатилди, ИЛ–4 миқдори эса кам эканлиги кузатилди. Яллиғланишга қарши бўлган ИЛ–10 эса генлар полиморфизми билан боғлиқликка эга эмаслиги кузатилди. Клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмидан CYP2C19*2 ва CYP2C19*3 полиморфизмли беморларда яллиғланиш жараёни яққолроқ ифодаланганлигини инобатга олиб, ЮИК билан оғриган беморларни беморларни даволашда персоналлашган генетик текширув ўтказиш асоратларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

АННАНЕПЕСОВ Т., ДЖУМАЕВ Х., ЭЛЬЯСОВ М.Б., ТОЙЛИЕВ С.Т.,
ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., ХАЛМУРАДОВА М.Х.

Научно-клинический центр кардиологии, Ашгабат, Туркменистан.

Цель исследования. Оценить состояние коронарных артерий (КА) и сократительную функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных ИБС с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материал и методы. В исследование были включены 42 больных с ИБС и СД 2 типа (средний возраст – $58,3 \pm 7,2$ лет) длительностью заболеванием в среднем $7,1 \pm 1,8$ лет, из которых компенсированный СД был у 28,6% больных субкомпенсированный – 26,2% и декомпенсированный – у 45,2%. ЭхоКГ исследование проводили согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества с использованием малых доз добутина.

Результаты исследования. Гемодинамически значимое стенозирование КА у больных с СД составляло $3,3 \pm 0,2$. При анализе топографии поражения у больных 1 группы стеноз ствола левой коронарной артерий наблюдался у 26,2%, правой межжелудочковой ветви – 80,9%, правой коронарной артерий у 71,4% и огибающей ветви – у 76,2% случаев. У 54% больных определялось многососудистое поражение КА, диффузными изменениями у 35,7% и в основном в средней и дистальной трети КА и гемодинамически незначимыми их изменением в ветвях второго порядка. При анализе по-

казателей геометрии выявлено увеличение КДО – $198,4 \pm 10,0$ и КСО – $111,9 \pm 9,7$ мл. увеличение переднее-заднего размера ЛЖ (D1) в диастолу – $5,7 \pm 0,2$ см и систолу – $4,7 \pm 0,3$ см. увеличение размера МЖП – боковая стенка ЛЖ (P1) в диастолу – $6,2 \pm 0,2$ см и систолу – $5,2 \pm 0,2$ см. Значительно увеличены индексы сферичности ЛЖ D1/L – $0,75 \pm 0,03$, D2/L – $0,74 \pm 0,04$. Отмечалось снижение показателей систолической функции ЛЖ: ФВ ЛЖ $40,3 \pm 1,3\%$, и индекса нарушения сегментарной сократимости – $1,8 \pm 1,1$, снижение систолического укорочения поперечных размеров ЛЖ: Сук D1 – $19,6 \pm 1,8\%$, Сук D2 – $15,7 \pm 1,4\%$. Анализ нарушений локальной сократимости показал, что наиболее выраженные нарушения в области передних и септальных сегментов ЛЖ обусловлена сочетанием рубцового и жизнеспособного миокарда. Обратимая дисфункция выявлена в 43% сегментов, рубец – в 30%. В области септальных сегментов обратимая дисфункция выявлена в 60% сегментов, рубец – в 13%, задних и боковых сегментов ЛЖ асинергия была обусловлена, в основном, обратимой дисфункцией.

Выводы. У больных ИБС с СД 2 типа наблюдается многососудистое поражение КА с диффуз-

ными изменениями в средней и дистальной трети КА и гемодинамически незначимыми поражениями в ветвях второго порядка, а также выявляет-

ся дисфункция передних и септальных сегментов ЛЖ, которая представлена сочетанием рубцового и жизнеспособного миокарда.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАМИЛ ЭКСТРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АТАДЖАНОВА М.А., ХУДАЙБЕРДИЕВА Д.П.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучение применения пирамил экстра в терапии артериальной гипертензии.

Материал и методы. Нами обследовано 27 больных с гипертонической болезнью. Из них 14 женщин и 13 мужчин. Средний возраст больных составил $45 \pm 4,6$ года.

У всех больных были исключены причины симптоматических АГ и они были обследованы по общим правилам: лабораторно – инструментальные, консультации специалистов (невропатолога, окулиста, эндокринолога и т.д.).

Пирамил экстра 5/5 был назначен в суточной дозе 1 таблетки в составе комбинированной гипотензивной терапии.

Результаты исследования. В результате наблюдения на фоне приёма пирамил экстра к третьей неделе приёма у больных отмечался стойкий гипотензивный эффект. Все больные отметили улучшение в ходе лечения.

При применении препарата побочных проявлений не отмечалось.

Выводы. Пирамил экстра 5/5 1 таблетка в сутки позволяет обеспечить 24-часовой контроль АД у больных с АГ. Пирамил экстра обладает органопротективными свойствами (в том числе нефропротективным) и может быть рекомендован для применения в практике в качестве комбинированной терапии, в том числе и с другими антигипертензивными препаратами.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

АХМЕТЖАНОВА Ш. К, БАЙДУРИН С. А, РИБ Е.А, ЖУКУШЕВА Ш.Т, СЫЗДЫКОВА А.Б.

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

Цель исследования. Изучение некоторых показателей кардиогемодинамики у пациентов АГ на фоне ожирения в условиях коронавирусной инфекции Covid-19 и коморбидной патологии в различные сроки наблюдения.

Материал и методы. В обсервационное проспективное исследование были включены 120 пациентов с АГ 2 и 3 степени, медиана возраста составила 55 лет.

В основной группе было 60 пациентов с АГ, перенесших КВИ с положительным ПЦР тестом на SARS CoV-2, в контрольной группе – 60 пациентов, не перенесших КВИ.

Всем пациентам помимо общеклинических исследований проведены ЭКГ, ЭХО-КГ и СМАД в различные сроки наблюдения (0–3 месяца, 4–6 и 7–12 месяцев).

Результаты исследования. В основной группе с АГ с ИМТ >30 кг/м² ($n=30$) КВИ тяжелой степени перенесли 12 (36,7%) человек, средней степени тяжести – 13 (43,3%) и легкой степени – 5 (16,7%) пациентов. В аналогичной группе АГ с

ИМТ <30 кг/м² КВИ тяжелой степени тяжести – 5 (16,7%), средней степени – 12 (40%) и легкой степени – 13 (43,3%) пациентов.

Среди основной группы у пациентов АГ с ИМТ >30 кг/м² имели место следующие сопутствующие заболевания: БА – 4, ХОБЛ – 2, ЖКБ – 3, ЯБЖ – 1, гипотиреоз – 3, ОА – 2, подагра – 1. В группе АГ с ИМТ <30 кг/м² наблюдались – БА – 3, ХОБЛ – 2, хрон. холецистит – 3, ЖКБ – 1, ЯБЖ – 2, ОА – 2. После перенесенной КВИ у 13 пациентов основной группы с ИМТ >30 кг/м² выявлены дестабилизация АД по данным вариабельности АД, а также изменения таких показателей ЭХО-КГ как ММ ЛЖ и ИММЛЖ, которые были статистически значимы ($p=0,05$) и ниже по сравнению с контрольной группой. Несмотря на отсутствие значимости показателей SCORE ($p=0,964$) у пациентов основной группы выявлялись различные сердечно – сосудистые события (гипертонические кризы – у 8 пациентов, тромбоз позвоночной артерии – у 1, острый коронарный синдром – у 2, ОНМК – у 1), которые развивались у пациентов, перенесших коронави

русную инфекцию тяжелой степени в сроки 4–6 и 7–12 месяцев наблюдения.

Выводы. При АГ на фоне абдоминального ожирения риск сердечно-сосудистых осложне-

ний зависит от степени тяжести КВИ Covid-19 и таких показателей ЭХО-КГ как ММ ЛЖ, ИММЛЖ, а также наличия различной коморбидной патологии.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ И РОЛИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

БОБОЕВ М.М., МАМАТОВ Б.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Выявить клинико-функциональные показатели и маркеры воспаления в крови, влияющие на прогноз у больных с инфарктом миокарда.

Материал и методы. Для достижения нашей цели мы отобрали пациентов с углубленным подсчетом лейкоцитов и провели с ними клинические испытания, включая анализы крови и инфаркт миокарда.

Результаты исследования. Наиболее важными и независимыми факторами для прогноза внезапной сердечной смерти у больных, перенесших ИМ, являются конечно-диастолический размер, фракция выброса, зоны акинезии левого желудочка и острая сердечная недостаточность III-IV по Killip; для не внезапной сердечной смерти, возраста, фракции выброса и аневризмы левого желудочка; для повторного инфаркта миокарда – повышение уровня холестерина более 6,5 ммоль/л и перенесенный ИМ.

Частота повторного инфаркта миокарда (5,8%), сердечная смертность, как внезапная (5,3%), так и

внезапная (2,4%) у больных с инфарктом миокарда наиболее высока в первый год. К 4–6 годам отмечалось постепенное снижение смертности, а также частоты повторных инфарктов миокарда с последующим увеличением к 7-му году наблюдения.

В динамике наблюдения (1998–2006 гг.) отмечено улучшение качества терапии и приверженности к лечению больных, перенесших инфаркт миокарда, что привело к снижению частоты внезапной сердечной смерти.

Вывод. Повышенный уровень лейкоцитов крови (более $10 \cdot 10^9/\text{л}$) у больных ИМнST ассоциирован со значительным увеличением относительного риска развития кардиогенного шока (ОР 5,2 [95%; ДИ 1,7–15,8] $p=0,001$), желудочковых фибрилляция (ОР 8,5 [95%; ДИ 1,9–38,3] $p=0,001$) и смерть во время госпитализации (ОР 2,47 [95%; ДИ 1,87–38,4] $p=0,03$).

Уровень лейкоцитов крови при поступлении в стационар может быть использован как один из дополнительных факторов стратификации риска у больных с ИМнST при госпитализации.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

ВИНОКУРОВА Е.С., САБИРДЖАНОВА З.Т., РАХИМОВА Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучения влияния метаболического синдрома на развитие и прогноз артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы: Обследованы 100 женщин в возрасте 50–70 лет с повышением артериального давления (АД). Сформированы 2 группы: основная – 60 больных с выявленным метаболическим синдромом, контрольная – 40 женщин без метаболического синдрома. Оценивали окружность талии, индекс массы тела, уровень АД. Специальные методы исследования включали определение уровня глюкозы, триглицеридов, ЛПВП (липопротеидов высокой плотности), ЛПНП (липопротеидов низкой плотности), а также креатинина в сыворотке крови. Сведения о наличии хронических заболеваний получены из анамнеза и при анализе амбулаторных карт пациентов. При обработке полученных результатов использовали методы описательной статистики.

Результаты исследования. Выявлено увеличение частоты встречаемости ряда хронических заболеваний у женщин с метаболическим синдромом в сравнении с контрольной группой. Так, у пациенток в основной группе у 10 пациенток (16,6%) была зарегистрирована АГ 1 степени, у 30 женщин (50%) – АГ 2 степени, у 20 (33,3%) – АГ 3 степени. В контрольной группе было выявлено у 18 пациенток АГ 1 степени (45%), у 20 – АГ 2 степени (50%) и у 7 – АГ 3 степени (17,5%). Также в основной группе у 38 (63,3%) пациенток выявлена гипертоническая болезнь (ГБ) III стадии, у 15 (25%) – II стадии, у 8 женщин (13,3%) – I стадии; в контрольной группе выявляемость ГБ составила: у 9 – ГБ III стадии (22,5%), у 20 – ГБ II стадии (50%) и у 2 – ГБ I стадии (5%). У большинства пациенток с ГБ выявлялась гипертрофия левого желудочка: у 52 (86,6%) в основной и 26 пациенток (65%) в контрольной группе. Снижение уровня СКФ (скорости

клубочковой фильтрации) выявлено у 26 от всех обследованных пациенток, независимо от наличия метаболического синдрома. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в виде стенокардии отмечена у 42 больных (70%) в основной группе и у 8 (20%) – в контрольной. Нарушения ритма у 51 (85%) в основной группе и 18 пациенток (45%) в группе сравнения. В основной группе 41 человек (68,3%) имели клинически выраженную хроническую сердечную недостаточность (ХСН), тогда как в контрольной – только 14 (35 %).

Выводы. По результатам полученных исследований можно сделать вывод, что повышенное артериальное давление при метаболическом синдроме распространено и дает основания для диагностики ГБ. В результате исследования выявлено увеличение частоты возникновения хронических заболеваний, которые связаны с нарушением липидного обмена. Что дает основание внести их в группу высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА В ПОСЛЕДСТВИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ВИНОКУРОВА Е.С., САБИРЖАНОВА З. Т., РАХИМОВА Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение характера и частоты нарушений ритма сердца у больных, перенесших COVID-19, на основании анализа амбулаторных карт пациентов.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 90 пациентов, перенесших COVID-19 среднетяжелого течения, из них 48 мужчины и 52 женщины. Пациенты находились в амбулаторном лечении на базе Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации. Средний возраст пациентов составил 55,3 (минимальный возраст 43, максимальный – 65). Все пациенты перенесли доказанную COVID-19-пневмонию. Диагноз устанавливали на основании проведенного ЭКГ, а также холтеровского мониторирования (ХМЭКГ). Все полученные в ходе исследования данные заносились в сводные таблицы редактора Excel.

Результаты исследования. в ходе исследования хотелось отметить, что у 32 (35,5%) всех пациентов отмечалось в анамнезе наличие сердечно-сосудистых заболеваний, а именно у 27 (84,3%) из них наблюдалась артериальная гипертензия, у 5 пациентов (15,7%) – ишемическая болезнь сердца. По результатам данных ЭКГ выявлено, что у 27 пациентов (30%) отмечалась синусовая тахикардия; синусовая брадикардия была у 9 пациентов (10%); суправентрикулярная экстрасистолия отмечалась у 48 (53,3%), из них у 30 (62,5%) отмечалась одиночная суправентрику-

лярная экстрасистолия, а у 18 (37,5%) – частая суправентрикулярная экстрасистолия; желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) отмечалась у 34 (38 %) среди всех пациентов, из них у 23 (68%) отмечалась одиночная ЖЭ, у 11 (32%) ЖЭ по типу бигеминии. Затем провели ХМЭКГ, в ходе которого отмечено, что встречаемость частой суправентрикулярной экстрасистолии составила 42% – 38 пациентов из всех случаев, частота встречаемости одиночных ЖЭ составляла (37% – у 33 пациента). Также регистрировались ЖЭ, которые не были получены при ЭКГ исследовании. А именно групповая ЖЭ у 12 (11%) пациентов, парная ЖЭ у 7 пациентов (6,3%).

Выводы. Согласно многочисленным данным доказано, что COVID-19 может оказывать значимое влияние на функцию сердечно-сосудистой системы и приводить к повреждению миокарда. При анализе нарушений ритма у всех обследованных пациентов было выявлено, что наджелудочковые и желудочковые аритмии регистрировались у всех больных с перенесенной пневмонией, вызванной COVID-19. В ходе анализа амбулаторных карт отмечено, что нарушения ритма сердца, выявляемые у пациентов в постковидном периоде не связаны со степенью тяжести и длительности коронавирусной инфекции. Поэтому можно рекомендовать всем больным проведение ЭКГ и ХМЭКГ с целью своевременного выявления нарушений сердечного ритма, дальнейшей корректировки соответствующей медикаментозной терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАРИФИКАЦИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ

ДАМИНОВ Б.Т., АБДУЛЛАЕВ Ш.С., ЭРНАЗАРОВА М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить степень старификации риска и характеристики клинико-метаболических параметров в зависимости от фенотипа ожирения в ранней диагностике кардиоренального синдрома.

Материал и методы. Было обследовано 60 пациентов, имеющих избыточный индекс массы тела (ИМТ) более 30 кг/м²; окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин) в возрасте от 25 до 55 лет. У всех обследованных больных отмечалось наличие артериальной гипертензии (АГ) I–II стадии, 1–2-й степени, а также отсутствие патологии почек (заболевания почек в анамнезе, структурные изменения паренхимы и сосудов почек при ультразвуковом исследовании, изменения мочевого осадка и плотности мочи, протеинурия, снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²). Согласно указанным критериям сформированы следующие группы: (n = 20) 1-я группа: осложненное ожирение (ОО) ИМТ ≥ 30 кг/м², АГ, НГТ или НТГ, дислипидемия; (n = 20) 2-я группа: метаболически здоровое ожирение (МЗО) ИМТ ≥ 30 кг/м²; (n = 20) 3-я группа: АГ ИМТ 30 кг/м²). В исследуемых группах проведена оценка абсолютного и относительного кардиометаболических рисков по шкалам (SCORE, шкала относительного риска для лиц моложе 40 лет, PROCAM, CMD5), а также выполнена оценка ассоциированных с ожирением заболеваний.

Результаты исследования. Доля лиц со сниженными значениями ХС ЛПВП была одинакова в

1-й и 3-й группах ($\chi^2 = 1,0$; $p > 0,05$), в 1-й группе преобладали лица с триглицеридемией ($\chi^2 = 3,7$; $p = 0,04$) (рисунок 3.1.1) и с нарушением углеводного обмена ($\chi^2 = 23,0$; $p < 0,001$) Отягощенная наследственность по ожирению установлена у 69% респондентов 1-й и у 62,3% 2-й группы, что достоверно выше, чем в группе контроля (35,5%) ($\chi^2 = 11,1$; $p = 0,0009$ и $\chi^2 = 10$; $p = 0,001$) и в 3-й группе (43,3%) ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,03$ и $\chi^2 = 3,0$; $p = 0,04$). В 1-й и 3-й группах у всех больных (100%) была установлена отягощенная наследственность по АГ, тогда как во 2-й группе выявлено 49,2%, а в группе здоровых – 45,8%, что достоверно ниже, чем в 1-й ($\chi^2_{1-2} = 33,0$ и $\chi^2_{1-4} = 36,0$; $p < 0,001$) У всех пациентов в группе МЗО по шкале SCORE и шкале относительного риска установлен низкий суммарный риск (средний балл $0,45 \pm 0,5$) и низкий кардиометаболический риск (шкала CMD5, средний балл $0,25 \pm 0,2$), а также низкий риск ишемических событий (шкала PROCAM, средний балл $0,35 \pm 0,4$).

Выводы: В группе пациентов с ожирением выявлено сочетание АГ и метаболических нарушений с заболеваниями, ассоциированными с ожирением более чем у трети пациентов. Несмотря на низкий кардиометаболический риск, отсутствие ассоциированных с ожирением заболеваний, нормальные значения метаболических параметров и уровня АД, пациентов с метаболически здоровым ожирением со сниженной чувствительностью к инсулину следует относить к группе риска развития кардиометаболических нарушений и АГ.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

ДЖУРАЕВА Э.Р., РИЗАМУХАМЕДОВА М.З., АРИПОВА Н.А., БЕРДИЕВА Д.У., ГАНИЕВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей течения Болезни Такаясу и совершенствование методов ранней диагностики по данным ретроспективного исследования историй болезни.

Материалы и методы. исследованы истории болезни восьми больных, находившихся на стационарном лечении в отделениях сосудистой хирургии и кардиоревматологии Ташкентской Медицинской Академии за период с 2020 по 2021 гг. (женщины в возрасте от 30 до 58 лет). Всем больным проводили комплекс клинических и биохимических обследований, ЭКГ, ЭхоКГ, ультразвуковую доплерографию и МСКТ сосудов.

Результаты исследования. Анализ истории болезни показал, что у 3 больных заболевание дебютировало в возрасте до 30 лет, однако в начальной стадии ни одной больной не был поставлен диагноз неспецифического аортоартериита (НАА). У 6 больных начало болезни было бессимптомным и первое их обращение к врачу было обусловлено повышением артериального давления, остальным больным были поставлены следующие диагнозы: ревматическая лихорадка, пневмония, инфекционно-аллергический миокардит, остеонхондроз позвоночника. Начальные клинические проявления в виде слабости, увеличения СОЭ

имели место у пяти больных, у 2 из них они сочетались с лихорадкой и анемией, у 3 – онемением левой руки. Симптомы заболевания обычно развивались в сроки от 2 месяцев до 7 лет. Чаще отсутствовал пульс на левой руке (у 5 больных), реже – на обеих руках или только на правой руке. Шумы над артериями, выявлялись у всех госпитализированных больных. Анамнестически стойкая артериальная гипертензия имела место у большинства больных. Дуплексное исследование, проводимое всем больным, позволило выявить три анатомических типа поражения сосудов при НАА. Первый анатомический тип поражения (с поражением дуги аорты и отходящих от нее ветвей) наблюдался у 3 больных. Второй анатомический тип (с присоединением поражения брюшного отдела аорты) отмечен у 2 больных. Третий анатомический тип (с поражением дуги аорты и сосудов нижних конечностей) выявлен у 3 больных. Обширность поражения коррелировала со степенью ак-

тивности процесса (лейкоцитоз, повышение СОЭ, лихорадка). У 63% больных диагностированы умеренная и высокая степень активности. Известно, что определение активности НАА не всегда является легко решаемой проблемой. В связи с этим особое значение имеет динамическое наблюдение за состоянием сосудов с помощью дуплексного исследования, позволяющего в значительной степени облегчить решение диагностических проблем. Дуплексное исследование артерий включало в себя измерение параметров сосудов (скорость кровотока, диаметр, толщину стенок, индекс резистентности). При наличии показаний к оперативному лечению проводилось МСКТ сосудов.

Выводы. Таким образом, дальнейшее изучение особенностей течения и клинических проявлений болезни Такаясу является актуальной проблемой. В целях улучшения ранней диагностики больным рекомендуется проводить дуплексное исследование и МСКТ сосудов.

КОВИДДАН КЕЙИНГИ СИНДРОМНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ЕРМЕКБАЕВА А.У., КАМИЛОВА У.К., ХАМРАЕВ А.А., ЗАКИРОВА Г.А., НУРИДДИНОВ Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. COVID реконвалесцентларида постковид синдромининг кечиши хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. COVID –19 ўтказган 220 нафар бемор текширилди. COVID дан кейинги давр таҳлил қилинди. Беморларнинг ўртача ёши $54,6 \pm 11,4$ ёшни ташкил этди. Уларнинг 107 нафарини (48,6 фоизини) эркаклар, 113 нафарини (51,4 фоиз) аёллар ташкил қилди.

Тадқиқод натижалари. Касалхонадан кейинги даврда кўплаб беморлар турли шикоятлар билан мурожаат қилишда давом этишди. 3 ойдан кейин кузатишда, камида 1 аломат беморларнинг 36,6% да давом этди, ва 6 ойдан кейин кузатишда – 25,7% да кузатилди. Беморларда 3 ва 6 ойгача давом этган энг кўп учрайдиган белгилардан ҳолсизлик – 70 (31,8%) ва 51 (24,1%) да, шунингдек ҳансираш – 63 (28,6%) ва 38 (17,9%) да сақланиб қолди. Ушбу белгилар 3 ойдан кейин ҳар учинчи беморда ва 6 ойдан сўнг ҳар бешинчи беморда кузатилган. Дастлабки 3 ой ичида кўплаб беморлар – 40 (18,1%), илгари самарали антигипертензив терапия фонида қон босимининг кўтарилишига, шунингдек, юрак уриши 26 (11,6%) каби шикоятларга эга бўлганликлари эътиборли бўлди.

Камдан кам ҳолларда беморларда узоқ муддатли сақланган кўкрак соҳасидаги оғриқ, таъм ва ҳиднинг йўқолиши кузатилди. Сўров натижаларига кўра, 3 ойдан кейин COVID–19 реконвалесцентла-

рида қуйидагилар кузатилди: беморларда жиддий жисмоний юкламаларда ҳансираш 14,5 % беморларда, оддий жисмоний юкламаларда ҳансираш 8,2 % беморларда, кичик жисмоний юкламаларда ҳансираш 5 % беморларда, беморларнинг 1,4 % беморда тинч ҳолатда ҳансираш. 6 ойдан кейин ҳансирашнинг давом этиши кўпинча юрак-қон томир патологияси бўлган беморларда кузатилди. 6 ойдан кейин маълумотлар таҳлилига кўра жиддий жисмоний юкламаларда ҳансираш 4,7 % беморларда, оддий жисмоний юкламаларда ҳансираш 3,8 % беморларда, кичик жисмоний юкламаларда ҳансираш 2,3 % беморларда, беморларнинг 0,5 % беморда тинч ҳолатда ҳансираш кузатилди. 3 ва 4–6 ойдан кейин янги пайдо бўлган касалликларга чалинган беморлар орасида кузатувлар «янги» касалликлар таркибида 5 (2,3%) ва 6 (2,8%) ташкил этган артериал гипертензия билан касалланган беморлар устунлик қилди. Бундан ташқари, «янги» юрак ишемик касаллиги билан касалланган беморларнинг нисбати 3 ойда 0,45% нисбатан 4–6 ой ичида 1,4% ошди. Биринчи 3 ойга қараганда 4–6 ой давомида кўпроқ МИ ҳолатлари кузатилди. Худди шундай ҳолат СЮЕ нинг янги ҳолатларида ҳам кузатилди, вау биринчи 3 ойда 0,9% да ва 4–6 ойда учун 1,4%да қайд этилди.

Хулоса. COVID –19 реконвалесцентларида ковиддан кейинги давр юрак-қон томир касалликларининг тез-тез учраб туриши билан тавсифланган.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ФУНКЦИЯСИНИ ЎРГАНИШ

ЕРМЕКБАЕВА А.У., КАМИЛОВА У.К., РАХИМОВ А.Н., ХАМРАЕВ А.А., НАЗАРОВ Н.Н., ХУСАНОВ Р.А.

Тошкент тиббиёт академияси, «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 эндотелий дисфункциясининг гуморал омилларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. COVID-19 билан касалланиб тузалган 35 ёшдан 60 ёшгача бўлган 108 та СЮЕ билан касалланган беморлар текширилди. Улар NYHA таснифи бўйича ФС ларга ажратилди: I ФС ни – 30 та бемор, II ФС – 42 та, III ФС 36 та бемор ташкил этди. Барча беморларда эндотелий дисфункцияси эрта маркери Фон Виллебранд омили (VWF) ни иммунофермент усули билан аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижалари COVID-19 дан кейинги даврда эндотелий дисфункцияси касаллик функционал гуруҳларга мос равишда кучайиб бориши аниқланди. СЮЕ III ФС беморларда Фон Виллебранд омили миқдори II ФС беморларга нисбатан сезиларли баланд эканлиги аниқланди $18,20 \pm 1,26$ пг/мл га $15,46 \pm 1,07$ пг/мл мос равишта, I ФС беморларига нисбатан эса ишончли $4,90$ пг/мл юқори эканлиги аниқланди

$(12,30 \pm 1,34$ пг/мл, $p < 0,05$). II ФС беморлар қони таркибидаги Фон Виллебранд омили миқдори $15,46 \pm 1,07$ пг/мл ни ташкил қилган бўлса, I ФС беморларда бу кўрсаткич $12,30 \pm 1,34$ пг/мл ни ташкил қилди. Фон Виллебранд омили миқдори ва олти дақиқали юриш синамаси (ОДЮС) орасидаги боғлиқликни ўргалганда улар орасида корелацион боғлиқлик борлиги аниқланди. Бунда фон Виллебранд омили юқори III ФС беморлар гуруҳида ОДЮС кўрсаткичи I ФС беморларга нисбатан $58,1\%$ га пасайганлиги кузатилди ($173,56 \pm 5,12$ га $441,13 \pm 6,34$ м мос равишта). II ФС беморлар гуруҳида ОДЮС кўрсаткичи эса I ФС беморларга нисбатан $24,7\%$ га пасайганлиги кузатилди ($332,6 \pm 5,85$ м га $441,13 \pm 6,34$ м мос равишта, $p < 0,05$).

Хулоса. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, коронавирус инфекцияси (COVID-19) дан кейинги даврдаги юрак – қон томир деворидаги эндотелий дисфункцияси кучайиши кузатилиб, у фон Виллебранд омили ошиши билан тавсифланади.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИДА МИЯ НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИДИ NPPV RS 198389 ГЕНИ ПОЛИМОРФИЗМИНИНГЎРНИ

ЗАКИРОВА Г.А., КАМИЛОВА У.К., БОБОЕВ К.Т.

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

Тадқиқод мақсади. Ўзбек миллатига мансуб сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларда касаллик ривожланишида мия натрийуретик пептиди NPPV rs 198389 генининг молекуляр-генетик детерминантларини ўрганиш.

Материал и усуллар. Ўзбек миллатига мансуб СЮЕ билан хасталанган 35–60 ёшдаги 152 та бемор Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказида даволанган стационар даволанган бўлиб, уларнинг ўртача ёши $53,9 \pm 7,4$ ёшни ташкил этди. СЮЕ ли беморлар NYHA таснифига асосан ФС гуруҳларига ажратилди. I ФС гуруҳига 31 бемор кириб, уларнинг ўртача ёши $55,8 \pm 6,1$ ни ташкил этди. II ФС гуруҳини ўртача ёши $56,2 \pm 4,9$ бўлган 62 бемор ва III ФСни ўртача ёши $57,2 \pm 4,98$ бўлган 59 бемор ташкил этди. Назорат гуруҳини генетик текширувларга ёш, жинс жиҳатдан мос 75 та соғлом киши (Ўзбек миллатига мансуб шахслар) ташкил қилди. Молекуляр-генетик тадқиқодларнинг барча босқичлари Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт марказининг молекуляр тиббиёт ва хужайра технологиялари бўлимида ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. NPPV генининг rs 198389 полиморфизмининг аллеллари ва генотипларининг тарқалишининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва уларнинг СЮЕ ҳосил бўлиш хавфидаги аҳамиятини баҳолаш натижасида функционал жиҳатдан салбий С аллелининг СЮЕ нинг келиб чиқишидаги аҳамияти қайд этилди. Хусусан, С аллелининг частотасининг ошиши СЮЕ ФС II ва ФС III ривожланиш хавфининг деярли икки баробар ошиши билан боғлиқ ($P < 0.05$). Натижалар СЮЕ ФС II ва ФС III нинг ривожланиши билан боғлиқ ҳолда С / С генотипининг ҳимоя фаоллигининг пасайишини аниқ кўрсатиб берди. Олинган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда ОФ

= 40–49% га пасайиши билан боғлиқ ҳолларда генотипик Т / Т варианты СЮЕ билан касалланган беморларда ҳимоя ролини бажаришини қайд этишимиз мумкин генотипик С/С ОФ нинг пасайишига ҳисса қўшади. ОФ <40% ва ОФ > 50% бўлган СЮЕ ли беморлар ўртасида NPPB генининг rs 198389 полиморфизмининг генотипик вариантларини ташиувчанлиги ОФ <40% бўлган СЮЕ ли беморлар ўртасида статистик жиҳатдан жуда катта фарқлар кўрсатди бунга кўра ижобий Т / Т генотипи улушининг камайиши (13,3% га нисбатан 41,9%; $\chi^2=6.8$; $p=0.01$) ва С / С мутант генотипининг 2,1 баравар нисбатда кўпайиши кузатилди (36,7 % га нисбатан 13,9%; $\chi^2=5.1$; $p=0.02$). NPPB генининг rs 198389 полиморфизмидаги мутант С / С генотипи ОФ <40% кам бўлган СЮЕ ривожланиш хавфининг ошишига ҳиссасини қўшишини СЮЕ ОФ = 50–40%

га тенг бўлган беморлар гуруҳидаги фарқлар натижалари билан тақослаш орқали келтириш мумкин, бунда С / С генотип 2,1 марта нисбатда тез-тез қайд этилган (36,7% га нисбатан 22.9%; $\chi^2=2.3$; $p=0.1$)

Хулоса. Шундай қилиб ОФ даражасига қараб СЮЕ ли беморлар гуруҳларидаги NPPB генининг rs 198389 полиморфизми хусусиятларини ўрганиш натижалари ОФ <40% дан камайишига Т / Т генотипининг ҳимоя таъсири борлигини ишботлайди. Шу билан бирга ушбу локуснинг функционал жиҳатдан салбий гомозиготли генотипли С / С варианты СЮЕ нинг оғир клиник шаклини ривожланиш хавфини ишончли даражада оширади (ОФ <40%) ва СЮЕ оғир прогнозли мустақил прогностик жиҳатдан салбий генетик маркер деб ҳисоблаш мумкин.

ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

ЗУФАРОВ М.М.¹, МАХКАМОВ Н.К.^{1,2}, ХАФИЗОВ Т.Н.³

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан,

²ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» МЗ Республики Башкортостан, Уфа, Российская Федерация, ³Клиника имени М.Федоровича, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ выживаемости и оценку качества жизни больных после эндоваскулярного протезирования грудного отдела аорты.

Материал и методы. Проанализированы клинические данные 42 больных (средний возраст 58,7±4,1 лет, 32 мужчины, 10 женщин), которым было выполнено эндоваскулярное протезирование грудного отдела аорты с 2016 по 2022 гг. Средний период наблюдения составил 2,7±0,25 года. Аневризма грудной аорты диагностирована в 26,2% (11 из 42) случаев. В остальных 73,8% (31 из 42) случаев TEVAR выполнено у пациентов с расслоением аорты (тип В – 57,1% (24 из 42), в 9,5% (4 из 42) случаев – тип «ни А ни В», а у 7,1% (3 из 42) – тип А). Гибридные операции были применены у 12 (28,6%) больных, в том числе 3 (7,1%) больших операций с протезированием восходящей и дуги аорты, 3 (7,1%) случая с параллельным сонно-подключичным шунтированием и 6 (14,2%) случаев со стентированием общей сонной артерии и эндопротезированием левой подключичной артерии.

Результаты исследования. Общая летальность после всех TEVAR в течение 30 дней составила 2,4% (1 из 42), госпитальная – 0,0%, отдаленная летальность – 11,9% (5 из 42). Общая летальность от всех причин после всех TEVAR за исследуемый период составила 14,3% (6 из 42). Анализ показал более высокую летальность после TEVAR при расслоениях аорты, чем при аневризмах – 16,1% (5 из 31) против 9,1% (1 из 11), $p=0.551$.

Основными причинами летальных исходов послужили в 1 случае ОНМК и прогрессирование СПОН, в 1 случае острый инфаркт миокарда, в 1 случае отмечен разрыв интракраниальной аневризмы. У 2 пациентов причиной смерти послужило инфицирование COVID–19 и ассоциированная с ней тяжелая пневмония. Также у 1 пациента выявлено онкозаболевание, рак пищевода, которая также стала причиной смерти больного. Анализ случаев смерти после TEVAR не показал какие-либо стент-графт ассоциированные причины летальности.

Построение актуарной кривой выживаемости по Каплан-Мейеру после всех TEVAR показал, что кумулятивная доля выживших в 30-дневный срок составила 97,6%, 6-месячная выживаемость – 88,1%, двухгодичная и трехгодичная выживаемость – 85,7%. В зависимости от патологии грудного отдела аорты показало, что доля выживших в 30-дневный срок составила 90,9% для аневризм и 100% для расслоений аорты без статистической разницы ($p=0.262$), 6-месячная выживаемость составила 90,9% для аневризм и 93,55% – для расслоений. В дальнейшем показатель выживаемости в группе больных после TEVAR по поводу аневризм сохранялся на уровне 90,9% до трехгодичного срока наблюдения. После TEVAR при расслоениях аорты выживаемость через 12 месяцев составляла 87,1%, а двухгодичная и трехгодичная выживаемость – 83,87%.

При первичном обследовании в дооперационном периоде средняя оценка качества жизни больных из данных опросника SF–36 была рав-

на по физическому компоненту $32 \pm 4,8$ балла и по психологическому компоненту – в $42 \pm 6,1$ баллов. Анализ исходных значений по 8 доменам SF-36 показал значимое влияние диагноза аневризм брюшной аорты и вытекающих патологических состояний было оказано на ролевые ограничения из-за физических проблем (Role-Physical Functioning – RP) с показателем $26,8 \pm 4,3$ балла и физического функционирования (Physical Functioning – PF) с показателем $26,8 \pm 5,2$ баллов.

Также, в отличие от результатов шкалы SF-36 по доменам жизнеспособности (жизненная активность) (Vitality – VT), психического здоровья (эмоциональное благополучие) (Mental Health – MH) и социального функционирования (Social Functioning – SF) больных. Наименьшее влияние было отмечено для доменов ролевых ограничений из-за эмоциональных проблем (Role-Emotional – RE). Сама по себе оценка качества жизни исходя из телесной боли (Bodily pain – BP) имела диапазон от 30 до 50 баллов, так же, как и общее восприятие (состояние) здоровья (General Health – GH).

Динамика оценок по доменам SF-36 показала, что после TEVAR самыми результативными были домены жизненной активности (Vitality – VT) и психического здоровья. Так, если до TEVAR по домену жизненной активности среднее значение качества жизни было $63,8 \pm 7,2$, то через 12 месяцев показатель повысился со статистически значимой разницей ($p < 0,001$) до $86,2 \pm 6,4$ балла. Психическое здоровье больных также достоверно улучшилось с результатами SF-36 после TEVAR в $77,4 \pm 4,4$ балла.

В обобщенном виде оценка качества жизни больных с аневризмами грудного отдела аорты после TEVAR показала, что большинство пациен-

тов ответили, что их состояние значительно улучшилось после операции по сравнению с 12 месяцами ранее ($p < 0,001$). И за исключением ролевых эмоций, жизнеспособности и психического здоровья, все остальные домены значительно улучшились по сравнению с результатами опроса до TEVAR ($p < 0,01$).

Выводы. Эндоваскулярное протезирование при аневризмах и расслоениях грудного отдела аорты показало высокую эффективность как в раннем и ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, с частотой осложненных случаев 12% на госпитальном этапе лечения и 30-дневной летальностью в 2,4%. Показатель выживаемости составил 97,6% (95% ДИ 0,84–0,997) в ранние сроки со снижением до 85,7% (95% ДИ 0,71–0,93) к трем годам наблюдения.

Динамика оценок по доменам SF-36 показала, что после TEVAR самыми результативными были домены жизненной активности (Vitality – VT) и психического здоровья. Так, если до TEVAR по домену жизненной активности среднее значение качества жизни было $63,8 \pm 7,2$, то через 12 месяцев показатель повысился со статистически значимой разницей ($p < 0,001$) до $86,2 \pm 6,4$ балла. Психическое здоровье больных также достоверно улучшилось с результатами SF-36 после TEVAR в $77,4 \pm 4,4$ балла. Большинство пациентов ответили, что их состояние значительно улучшилось после операции по сравнению с 12 месяцами ранее ($p < 0,001$). И за исключением ролевых эмоций, жизнеспособности и психического здоровья, все остальные домены значительно улучшились по сравнению с результатами опроса до TEVAR ($p < 0,01$).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19

ИБРАГИМОВ У.Д., ПИРМАТОВА Н.В., ГАДАЕВ А.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние препарата эмпаглифлозин (Эмаглиф) у больных ХСН, перенесших Ковид-19 на уровень легочной гипертензии.

Материал и методы. Было исследовано 50 больных, декомпенсированной ХСН II-III (NYHA) функциональным классом, перенесших в анамнезе Ковид-19, госпитализированных в отделения кардиологии и кардиореанимации многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии в период с 2021 по 2022 года. Среди которых было мужчин 28 человек (56 %), женщин 22 (44%), большинство пациентов – 34 (68,0%) вошло в возрастную категорию 55–64 лет, а остальные пациенты распределились по другим возрастным группам.

Для определения давления в легочной артерии проводилось эхокардиографическое исследование. В комплексе стандартного лечения применяли препарат – ингибитор натрий-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2 эмпаглифлозин (Эмаглиф)) в дозе 10 мг один раз в день, в течение трех месяцев.

Результаты исследования. При определении уровня давления в легочной артерии выявлено увеличение его среднего значения по мере увеличения функционального класса сердечной недостаточности у исследованных больных. Улучшение клинической картины наблюдалось у пациентов со всеми ФК ХСН, с максимальным положительным эффектом от проведенной терапии а

группе с Ш ФК. На этом фоне у больных ХСН снизилось и давление в легочной артерии, среднегемодинамический уровень которого до начала терапии был в среднем $29,3 \pm 0,83$ мм.рт.ст.. На фоне стандартной терапии с включением препарата дапаглифлозид отмечено достоверное снижение уровня систолического давления в легочной артерии, что в свою очередь способствовало снижению конечно-диастолического давления в полости правого желудочка и увеличению фракции выброса правого желудочка на 4,5%. Наблюдение больных в течение трех месяцев показало снижение систолического давления в легочной артерии до 24,8 мм.рт.ст.

Выводы. Хроническая сердечная недостаточность прогрессируя приводит к повышению систолического давления в легочной артерии. Терапия эмпаглифлозином – ингибитором натрий-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2) сопровождается улучшением параметров функционального состояния миокарда и снижением систолического давления в легочной артерии, при этом возрастает насыщение кислородом артериальной крови, которое существенно снижается у больных сердечной недостаточностью III и IV функционального классов. При этом отмечено улучшение диастолической дисфункции левого желудочка, увеличилась фракция выброса правого и левого желудочка.

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК С ПРИМЕНЕНИЕМ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ

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

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

Цель исследования. Оценить прогноз у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом функционального состояния почек с применением мобильного приложения.

Материал и методы. Были обследованы 150 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам проводили: тест шестиминутной ходьбы, оценку ШОКС, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI в мл/мин, эхокардиографию.

Результаты исследования. Для создания мобильного приложения с оценкой значимости параметров в прогнозировании течения ХСН с учетом функции почек использована методика неоднородной последовательной процедуры с разработкой диагностических таблиц (ДТ) с учетом критериев дисфункции почек. Это обеспечивало этапность работы в мобильном приложении: первый – определение тяжести клинических признаков ХСН с вычислением степени тяжести и определение информативности каждого признака; второй этап – определение степени тяжести дисфункции почек, с включением признаков, имевших высокую диагностическую и прогностическую значимость; третий этап – выбор тактики ведения пациентов по сумме комбинаций диагностических порогов. На 1 этапе

определяли А. Определение функционального класса ХСН; В. Определение стадии ХСН; С. Определение фракции выброса левого желудочка; Д. Определение клинических признаков дисфункции почек (ДП), при этом Д1. Ранние признаки ДП (не менее 3х признаков), при их наличии открывается окно Д2. Поздние признаки ДП (не менее 2х признаков). На 2 этапе по критериям дисфункции почек определялись следующие градации: Е1. Определение тяжести течения ДП по СКФ – С1 Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² >90; С2 Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² =90–60; С3А Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² =45–59; С3Б Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² =30–44; С4 Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² =15–29; С5 – Стадия ХБП – рСКФ мл/мин/1,73 м² <15; Е2. Определение тяжести течения ДП по альбуминурии – А1 <30 мг/г или <3 мг/ммоль; А2 30–300 мг/г или 3–30 мг/ммоль; А3 >300 мг/г или >30 мг/ммоль. На 3 этапе в зависимости от комбинации диагностических критериев определяется тактика ведения пациентов.

Выводы. У больных ХСН оценка прогноза с учетом функционального состояния почек с применением мобильного приложения дает возможность ранней диагностики прогностически неблагоприятных критериев, определению тактики ведения пациентов и разработать меры профилактики.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН COVID-19 РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЛАРДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОН ТИЗИМИ ҲОЛАТИ

КАМИЛОВА У.К., МАШАРИПОВА Д.Р., РАХИМОВ А.Н., ЗАКИРОВА Г.А., НУРИТДИНОВ Н.А., ТАГАЕВА Д.Р., АЛИЕВА М.Ю.

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

Тадқиқот мақсади. Пост-ковид синдроми даврида сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларда эндотелий дисфункцияси хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. COVID-19 билан касалланиб тузалган сурункали юрак етишмовчилиги бор $58,61 \pm 0,67$ ёшли 96 нафар, шулардан 54 (56,25%) та аёл, 42 (43,75%) та эркак бўлган беморлар ўрганилди. Барча беморларг эхокардиографик (ЭХОКГ) текширувлардан ўтказилиб, уларга асосланган ҳолда, беморлар чап қоринча отиш фракциясига (ОФ) қараб 3 гуруҳга бўлинди, отиш фракцияси 50 % дан баланд (ОФ>50%) бўлган беморлар 29 та, отиш фракцияси 49–40 % атрофида (ОФ=49–40%) бўлган беморлар 36 та, отиш фракцияси 40 % дан паст (ОФ<40%) бўлган беморлар эса 31 та беморни ўз ичига олди. Ташкил этилган гуруҳларлардаги эндотелий дисфункцияси биомаркерлари Эндотелин-1 (пг/мл), Ренин МкМЕ/мл, Ангиотензин II (пг/мл), Альдостерон (пг/мл) миқдори иммунофермент усулида аниқланиб, гуруҳлари орасидаги боғлиқлик ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Отиш фракциясига (ОФ) қараб бўлинган гуруҳлар орасидаги кўрсаткичлар натижалари таҳлил қилинганда пост-ковид синдроми даврида сурункали юрак етишмовчилиги бор беморлар гуруҳларидаги эндотелий дисфункцияси биомаркерларининг миқдори чап қоринча отиш фракциясига тескари пропорционал эканлиги маълум бўлди. Бунда

ОФ>50% бўлган беморлар эндотелий дисфункцияси биомаркерларининг миқдори қуйидагича бўлди, бунда эндотелин-1 $5,61 \pm 0,24$ пг/мл ни, ренин $52,82 \pm 1,43$ МкМЕ/мл ни, ангиотензин II $69,84 \pm 1,12$ пг/мл ни, альдостерон миқдори $226,18 \pm 5,47$ пг/мл ни ташкил қилган бўлса, ОФ=49–40% бўлган беморлар гуруҳи орасида бу кўрсаткичлар ОФ>50% бўлган беморлар гуруҳидан ишончли даражада юқорилиги кузатилди, бунда эндотелин-1 нинг миқдори 32,49% ($8,31 \pm 0,16$ пг/мл) га рениннинг миқдори 12,57% га ($60,42 \pm 1,93$ МкМЕ/мл), ангиотензин II нинг миқдори 9,49% га ($77,16 \pm 1,49$ пг/мл), альдостероннинг миқдори 10,48% га ($252,68 \pm 5,94$ пг/мл) баландлиги аниқланди. ОФ<40% бўлган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткичлар биринчи гуруҳдан сезиларли даражада юқорилиги кузатилди, бунда эндотелин-1 нинг миқдори деярли 2 баробарга ($10,11 \pm 0,13$ пг/мл) рениннинг миқдори 1,4 баробарга ($71,16 \pm 2,53$ МкМЕ/мл), ангиотензин II нинг миқдори деярли 1,5 баробарга ($96,54 \pm 1,49$ пг/мл), альдостероннинг миқдори ҳам деярли 1,5 баробарга ($323,46 \pm 5,94$ пг/мл) ошганлиги аниқланди.

Хулоса. олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики пост-ковид синдроми даврида сурункали юрак етишмовчилиги бор беморлар гуруҳларидаги эндотелий дисфункцияси биомаркерларининг миқдори чап қоринча отиш фракциясига тескари пропорционал эканлиги кузатилди.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОЎРИГАН БЕМОЛЛАРНИНГ ШИФОКОРЛАРНИНГ ДАВО КЎРСАТМАЛАРИГА МАЖБУРИЯТИ (ПРИВЕРЖЕННОСТЬ) ВА АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИЛГАН ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАСИНИНГ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ

КАМОЛОВ Б.Б., ТУЛАБОЕВА Г.М., АБДУКОДИРОВА Н.М., САИДОВ Х.Х., САГАТОВА Х.М., МУМИНОВ С.ДЖ.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Амбулатор кузатувида бўлган артериал гипертонияли (АГ) беморларни шифокорларнинг даво кўрсатмаларига мажбурияти (приверженность) ва олиб борилган текширувлар натижасини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Андижон вилоятинин, Асака тумани, Асака шаҳрининг кўп тармоқли 1-сон марказий поликлиникасида 298 та АГ билан оғриган беморлар текширувга олинди. Тадқиқотга жалб этилган беморларимизнинг 60 ёшгача

бўлганлари 34 % ни ташкил қилса, 60 ёшдан сўнг 66%, эркаклар 40%, аёллар эса 60% ташкил этди. АГ нинг ўртача давомийлиги $10,2 \pm 5,6$ йилни ташкил этди. Беморларнинг бирламчи назоратида САБ– $156,1 \pm 14,0$ ва ДАБ $91 \pm 5,8$ мм сим устунига тенг бўлди. Беморларнинг шифокор давосига мажбурияти Мориски – Грин шкаласи ёрдамида таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Текширувга олинган беморларимизнинг поликлиникага мурожа-

ти ўртача ҳисобда йилига 6.0 ± 1.8 маротаба ни ташкил этди. Бизнинг илмий изланишимизда Мориски-Грин суровномаси ёрдамида 28,5% беморимизда шифокорлар тавсиясига комплаентлик (даволанишга мажбурият) аниқланди. Олинган натижаларга кўра $n=80$ (27 %) беморимиз гипотензив дори воситасини қабул қилишни унитган бўлса, $n=101$ (34 %) бемор қабул қилиш вақтига безътибор бўлган, $n=57$ (19%) бемор ўзини яхши ҳис қилган вақтда препарат қабул қилмаган ва нихоят $n=60$ (20%) беморимиз препаратлар ножўя таъсирини сезган ҳолатларда дори воситасини қабул қилмаган. Текширувга жалб этилган 298 та беморга қуйидаги лаборатор текширувлар олиб борилган: ЭКГ текширув усули 100% беморларда ўтказилган, ЭХОКГ текшируви усули эса $n=81$ (27,2%) беморда, биохимик лаборатор текширув усулларида қондаги липидлар миқдори $n=107$ (35,9%), мочевино $n=79$ (26,5%), креатинин $n=80$ (27,5%), қондаги шакар миқдори $n=38$ (13%) беморда олиб борилган. Окулист маслаҳатидан эса $n=110$ (34%) та бемор ўтган. Қондаги УХ $5,6 \pm 0,9$

ммоль /л ташкил этса, қондаги шакар миқдори $7,4 \pm 0,7$ ммоль/л, креатинин 105 ± 15 ммоль/л ва мочевино $6,6 \pm 1,2$ ммоль/л тенг бўлгани намойён бўлди. ЭХОКГ нинг ҳамма кўрсаткичлари тўлиқ ўрганилмаган. Чап қоринча отиш фракцияси (ОФ) $n=81$ та беморда ўрганилган бўлиб, ўртача ОФ $54,5 \pm 7,97$ % ни ташкил этган. $n=18$ та беморда қоринчалараро тўсиқ ўлчами (ҚАТЎ) $(1,3 \pm 0,5$ мм) ва чап қоринча орқа девори ўлчами (ЧҚОД) $(1,4 \pm 0,2$ мм) кўрсаткичлари ўрганилган. Таҳлил қилинган кўрсаткичлар АГ ли беморларимизда чап қоринча гипертрофияси мавжудлигини исботлади.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, АГ ли беморларнинг шифокорлар тавсиясига мажбурияти паст кўрсаткични ташкил этди. Шу билан бирга АГ диагностикаси ва унинг даволаш борасида ишлаб чиқилган тавсияларга шифокорлар томонидан риоя этилмаган. Буйракнинг АГ да шикастланувчи аъзолар туркимига киришини инobatга олсак, буйракнинг гломерулар филтрация тезлиги, микроальбуминурия ҳолати умуман ўрганилмаган.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН АМБУЛАТОР КУЗАТУВ ШАРОИТИДАГИ БЕМОРЛАРДА «АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ» МАКТАБИДАН КЕЙИНГИ САМАРАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ

КАМОЛОВ Б.Б., ТУЛАБОЕВА Г.М., ТУРСУНОВ Х.Х., АБДУКОДИРОВА Н.М., ТОЛИПОВА Ю.Ш.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади Амбулатор кузатувида бўлган артериал гипертония билан ҳасталанган (АГ) беморларда «артериал гипертония» мактабини самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Андижон вилоятинин, Асака тумани, Асака шаҳрининг кўп тармоқли 1-сон марказий поликлиникасида 298 та АГ билан оғриган беморлар текширувга олинди. Тадқиқотга жалб этилган беморларимизнинг 60 ёшгача бўлганлари 34 % ни ташкил қилса, 60 ёшдан сўнг 66%, эркаклар 40%, аёллар эса 60% ташкил этди. АГ нинг ўртача давомийлиги $10,2 \pm 5,6$ йилни ташкил этди. Текширувга жалб этилган беморларимизнинг 31 (10,4%) таси «артериал гипертония» мактабида иштирок этишдан воз кечдилар. Текширувга жалб этилган беморларнинг 1 йилдан кейинги умумий сони 267 ни ташкил этди. 1 гуруҳ ($n=129$, асосий гуруҳ) артериал мактабида иштирок этган беморлар, 2 гуруҳ ($n=138$ назорат гуруҳи) дастурда қатнашмаган беморлар ташкил этди. Беморларнинг «артериал гипертония» мактабидан кейинги натижалар таҳлил қилинди.

Тадқиқод натижалари. Текширувга олинган беморларимизда 1 йил давомида кузатув натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан касалхонага ётқизилган беморларнинг сони анча кам $n=51$ (39,5%) бўлган. Артериал гипертония мактабида иштирок этма-

ган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткич $n=70$ (51%) га тенг бўлди. Шу билан биргаликда поликлиника шифокорларга мурожат қилган беморларнинг сони ҳам камайди асосий гуруҳда $n=53$ (41%), назорат гуруҳида $n=87$ (63%). Мактабнинг самарадорлиги АБ ни мақсадли даражага пасайиши билан ҳам ифодаланди. Дастлабки кўрсаткич 25,5% ни ташкил этган бўлса, 1 йилдан сўнг АБ мақсадли даражага пасайиши асосий гуруҳда $n=69$ (53%, $p<0.05$), назорат гуруҳида эса 33% ($n=45$) беморларда кузатилди. Гипертоник кризлар, асосий гуруҳда 129 та бемордан $n=15$ (11,6 %) ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич $n=43$ (31 %) га тенг бўлди. Бош миё инсультлари асосий гуруҳда $n=8$ (6%) ни ташкил этса, назорат гуруҳидаги беморларда $n=14$ (10 %) бўлгани аниқланди. Артериал гипертония мактабида иштирок этган беморлар гуруҳида касалхонага ётқизилган беморлар 39,5%, поликлиника шифокорларга мурожат қилганлар 41%, мактабда иштирок этмаган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткичлар 51% ва 63% тенг бўлганлиги аниқланди. Мактабдан сўнги медикаментоз даволаш усуллари таҳлил қилар эканмиз асосий гуруҳ беморларида сезиларли даражада ижобий натижалар олинди. Морис-Гринк шкаласи бўйича даволанишга мойиллик кўрсаткичини ўрганар эканмиз, назорат гуруҳида даволанишга мойиллик

n=70 (51%), асосий гуруҳда даволанишга мойиллик n=91 (70,5%) бўлиб, асосий гуруҳ беморларида даволанишга мойиллик назорат гуруҳига нисбатан 30% ($p<0.01$) баланд эканлигини кузатдик. Комбинацияли даволаш усуллари борасида яна ижобий натижаларни асосий гуруҳ беморларида кузатдик. Асосий гуруҳ беморларида 2 ва ундан ортиқ комбинацияли даволаш n=66 (51%) ташкил этган

бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич n=40 (29%) эга бўлди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, Артериал гипертензия ўқув дастурининг самарадорлиги беморларнинг шифокорларга бўлган муносабатларининг камайиши, беморларнинг даволанишга мойиллик кўрсаткичларини ортиши ва артериал қон босимини мақсадли даражага пасайиши билан ифодаланди.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТОЛА ЛКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИБС

КАХАРОВ И.И., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЮЛДАШОВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р.

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

Цель исследования. Оценка непосредственных клиничко-ангиографических результатов стентирования ствола левой коронарной артерии при различных клинических формах ИБС.

Материалы и методы. С 2010 по 2020 гг. нами выполнено 318 стентирований ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных различными формами ИБС. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 75,2% (239), средний возраст составил $62,5 \pm 8,28$ лет. У 81,8% отмечалась дислипидемия, в 84,1% – артериальная гипертензия, 67% пациентов были курильщиками. Пациенты были разделены на 3 группы: 1) стабильная стенокардия (СН) 36,2% (115) больных; 2) нестабильная стенокардия (НС) 36,4% (116) больных; 3) острый инфаркт миокарда (ОИМ) 27,4% (87) больных. В 1-й группе у трех больных в анамнезе было выполнено АКШ.

Результаты исследования. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентировании ствола ЛКА в 100% слу-

чае использовали стенты с лекарственным покрытием. Средней диаметр имплантированного стента составил $3,7 \pm 0,34$ мм при средней его длине $24,3 \pm 9,1$ мм. Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 98,4% в 1 группе, 95,5% во 2-й группе и 95,1% в 3-й группе. У одного больного (0,3%) 1-ой группы развился ИМбпСТ на фоне окклюзии боковой ветки. В группе больных нестабильной стенокардией ОИМ развился в 3-х случаях (0,94%) и в одном случае (0,3%) острый тромбоз стента с последующей летальностью (0,3%). В 3-й группе повторный ОИМ отмечался в 2-х случаях (0,62%), летальность в 7 случаях (2,2%) на фоне кардиогенного шока.

Выводы. Стентирование является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения больных с поражением ствола ЛКА. Проведение ЧКВ ствола ЛКА следует проводить согласно принятым рекомендациям, при этом в каждом случае следует рассмотреть возможности альтернативных методов лечения.

ЎТКИР КРОНАР СИНДРОМ S-T СЕГМЕНТ КЎТАРИЛИШИ БИЛАН КЕЧГАН БЕМОЛДАРДА КРОНАРОАНГИОПЛАСТИКА ВА ТРОМБОЛИТИК ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

КУРБАНОВА Д.Х., ТУРСУНОВА Л.Д., САЙДАЛИЕВ Р.С.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Ўткир коронар синдром S-T сегмент кўтарилиши билан кечган беморларда реперфузиянинг турли усуллари самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текширув учун S-T элевацияли миокард инфаркти (МИ) билан оғирган 80 та бемор танланган. (ўртача ёши ~ 46.2 йил). Бу беморлар касаллиқнинг клиникаси бошлангандан бошлаб, дастлабки 6 соат ичида Республика шошилинч тез ёрдам илмий марказининг кардиобригадаси томонидан фармакологик ва оператив реперфузия ўтказилган. Ўткир коронар синдром

S-T сегмент кўтарилиши билан беморларга ташхис клиник лаборатор таҳлиллар, ЭКГ, қондаги махсус маркерлар: креатининфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, АСТ, АЛТ; ЭхоКГ, КАГ каби текширувлар асосида қўйилган. Текширувдаги беморларда анамнездан артериал гипертензия (80%), ИККС (28%). Ўткир коронар синдромни Q тишли МИ га ўзгариши билан 75%, Q тишчасиз МИ 16% ва ностабил стенокардия 5% беморларда ажратилган. Текширувга олинган беморларни ЭКГ да: S-T элевацияси олдинги деворда 42 та, орқа деворда 38та; Ангиография натижаларига кўра:

олдиги қоринчалараро тармоқ (ПМЖВ) 38та, ўнг коронар артерияда 21 та; Артериал гипертония билан 62 та, АГ сиз 18 та; ЎИМ анамнези бўйича ИККС билан 22 та, ИККС сиз 58 та. Текширувга олинган беморлар 2 та гуруҳга ажратилган. Беморларни 1-гуруҳи (n=46) га коронароангиопластика, 2-гуруҳига (n=34) тизимли тромбозис реперфузиянинг 2та тури: 1) тизимли тромбозис 2) коронароангиопластика ўтказилган. Даво самарадорлигини баҳолаш учун юракнинг систолик ва диастолик функциясига баҳо бериш мақсадида ЭхоКГ ни 3 – ва 7 – суткаларида стационарда босқичма босқич ЭхоКГ ўтказилган. ЭхоКГ кўрсаткичлар: чап бўлмача ўлчами, охириги диастолик ҳажм, охириги диастолик ўлчам, охириги систолик ўлчам, отиш фракцияси каби кўрсаткичлар солиштирилган.

Тадқиқод натижалари. 1-гуруҳ тромбозис олинган беморларнинг чап қоринча отиш фракцияси 3-суткада 3.88% ($p<0.01$) 7-суткада 4.84% (0.001); чап қоринча дилатацияси 9 (18%) беморларда, 7-суткада 6 (12%) га камайган. Чап қоринчани охириги систолик ўлчами 1.03% ($p<0.05$). 2 – гуруҳ коронароангиопластика ўтказилган беморларда чап қоринча отиш фракцияси 7.52% ($p=0.01$) яхшилانган. Диастолик дисфункция 3-суткада, 30 бемор (53.6%), 7-суткада 19 та (33.9%, $p<0.05$)

сақланган. чап қоринчани охириги систолик ўлчам 1.91% ($p=0.05$), охириги диастолик ҳажм 0.36% га камайган.

Хулоса. Ўткир коронар синдром S-T сегмент кўтарилиши билан кечган беморларда коронароангиопластикани қўллаш чап қоринча миокардининг систолик хусусиятини етарлича яхшилади, чап қоринчани отиш функцияси 15,08% га ортди ва миокардининг диастолик хусусияти яхшиланди. Ўткир коронар синдром S-T сегмент кўтарилиши билан кечган беморларда системали тромбозисни қўллаш чап қоринча миокардининг систолик хусусиятини айтирли даражада оширди ва чап қоринчани отиш фракциясини 4,84% га яхшилади. Шу билан бирга, зудлик билан ўтказилган каронароангиопластикасининг самараси тромботик терапияга нисбатан юқорилиги аниқланди. ЎКС S-T элевацияли беморларда реперфузион даволаш усулларини қўллаш, (тромбозис ва коронароангиографик текширишлар) аниққса, давони бошлашда касалликнинг илк белгилари пайдо бўлгандан бошлаб вақтнинг аҳамияти, ўткир коронар синдромли беморларда тўғри танланган стратегия даволаш самарадорлигини белгилайди, ўлим кўрсаткичи ва ногиронликни камайтиради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

МАММЕДНАЗАРОВА А.К., АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., КУРБАНОВ В.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Карыева, кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) у больных старческого возраста.

Материал и методы. Нами проанализировано течение инфаркта миокарда у 125 больных старческого возраста (75 лет и более) на базе Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. Среди них мужчин 60 (48%), женщин 65 (52%) больных. Диагноз ИМ был поставлен на основании общеклинических методов обследования, электрокардиография, эхокардиография, кардиоферментов крови (тропонин, миоглобин, креатининфосфокиназа и т.д.).

Результаты исследования. По нашим данным среди всех обследованных у 64,1% пациентов ведущим клиническим синдромом был болевой. При этом выявлены убедительные гендерные отличия болевого синдрома. До 80 лет у мужчин отмечался типичный ангинозный приступ, тогда как у женщин болевой синдром имел серийный стенокардитический характер. У мужчин старше 80 лет наиболее часто встречался безболевого вариант ИМ.

Описываемая пациентами боль у всех обследованных носила ноющий или жгущий характер.

Ни одним больным боль не описывалась, как давящая или сжимающая, 51,2% пациентов обращали внимание также на выраженную слабость и ощущение нехватки воздуха. Указанные симптомы преобладали среди пациентов старше 80 лет.

Выявлено, что у больных ИМ старческого возраста ишемическая болезнь сердца, как правило, сочеталась с двумя или тремя заболеваниями, но среди них не было сахарного диабета. Наиболее часто ассоциированным синдромом являлась изолированная систолическая артериальная гипертензия, диагностированная более 5 лет.

Временной промежуток от первых признаков заболевания до госпитализации у мужчин составлял в среднем 8,1 часа. У женщин этот период превышал 24 часа.

Следует отметить, что инфаркт миокарда у данной категории пациентов развивался впервые.

Выводы. Впервые развившийся ИМ в старческом возрасте имел особенности болевого синдрома и гендерные различия течения, что необходимо учитывать в особенности клиники, диагностики ИМ у этих больных.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ И РАССЛОЕНИЯХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

МАХКАМОВ Н.К.^{1,2}, ЗУФАРОВ М.М.¹, ХАФИЗОВ Т.Н.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан, ²ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» МЗ Республики Башкортостан, Уфа, Российская Федерация,

³Клиника имени М. Федоровича, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. провести сравнительный анализ результатов эндоваскулярного протезирования и консервативного лечения аневризм и расслоений грудного отдела аорты.

Материал и методы. Изучены результаты консервативного лечения 18 больных с аневризмами и расслоениями грудного отдела аорты, получивших стационарное лечение и в дальнейшем наблюдавшихся в РНЦЭМП (Ташкент, Узбекистан). Сравнительный анализ проведен с группой больных после TEVAR (n=42), получивших лечение в РЧНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан) и ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» МЗ Республики Башкортостан (г. Уфа, Российская Федерация). Статистическая обработка исходных данных пациентов не показала существенных отличий между группами при сопоставлении по возрасту, полу и тяжести состояния при поступлении больных на стационарное лечение. Средний возраст больных в группе консервативного лечения составлял 53,8±3,3 (от 22 до 87) лет, большинство были в возрасте от 60 до 74 лет. Также, как и в группе TEVAR значимую часть больных в группе консервативного лечения (72,2%; 13 из 18) составили случаи расслаивающейся аневризмы грудного отдела аорты. По классификации Стэнфорда группы также были сопоставимы с небольшой разницей. Среди догоспитальных осложнений в группе TEVAR выявлено достоверно большее количество различных последствий основной патологии больных, которые послужили причиной для применения инвазивного метода лечения. Среди больных, подвергшихся консервативному лечению и наблюдению были острая висцеральная ишемия в 1 случае (5,6%) и анемия тяжелой степени вследствие разрыва аневризмы и постгеморрагического состояния – 3 (16,7%). По встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с аневризмами грудного отдела аорты группы консервативного лечения и TEVAR

были сопоставимы. У всех пациентов были выявлены сопутствующие ССС, влияющие на прогноз терапии. Также были отмечены случаи с ОНМК в анамнезе в группе TEVAR. ХБП чаще сопутствовала больным с консервативной терапией.

Результаты исследования. Отмечены более высокие показатели госпитальной летальности на фоне консервативного лечения больных –38,9% (7 из 18) против 0,0% в группе TEVAR. 30-дневная летальность после получения лечения была статистически значимо высокой в группе консервативного лечения – 22,2% против 2,4% в группе TEVAR. Отдаленная летальность до 36 месяцев на фоне лекарственной терапии также была выше – 16,7% против 11,9% при TEVAR. В итоге общая летальность за период исследования составила 77,8% в группе консервативного лечения и 14,3% в группе TEVAR. Основные причины летальных исходов в группе консервативного лечения были представлены в основном сердечно-сосудистыми осложнениями и СПОН, тогда как после TEVAR случаев, связанных с самой процедурой или же стент-графтом не выявлены. Построение актуарной кривой выживаемости по Каплан-Мейеру после всех TEVAR показал, что кумулятивная доля выживших в 30-дневный срок составила 97,6%, 6-месячная выживаемость – 88,1%, двухгодичная и трехгодичная выживаемость – 85,7%. В группе консервативного лечения были получены статистически значимо низкие показатели выживаемости в течение всего периода исследования, как в ранние 38,89% (95% ДИ 0,175–0,599), так и в отдаленные 22,2% (95% ДИ 0,07–0,4) сроки наблюдения.

Выводы. TEVAR демонстрирует более благоприятные краткосрочные и долгосрочные клинические результаты лечения при аневризмах и расслоениях грудного отдела аорты в исходе успешного ремоделирования аорты по сравнению с только медикаментозным лечением.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ И РАССЛОЕНИЯХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

МАХКАМОВ Н.К.^{1,2}, ЗУФАРОВ М.М.¹, ХАФИЗОВ Т.Н.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан,

²ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» МЗ Республики Башкортостан, Уфа, Российская Федерация, ³Клиника имени М.Федоровича, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. провести сравнительный анализ результатов эндоваскулярного протезирования и консервативного лечения аневризм и расслоений грудного отдела аорты.

Материал и методы. Изучены результаты консервативного лечения 18 больных с аневризмами и расслоениями грудного отдела аорты, получивших стационарное лечение и в дальнейшем наблюдавшихся в РНЦЭМП (Ташкент, Узбекистан). Сравнительный анализ проведен с группой больных после TEVAR (n=42), получивших лечение в РЧНПМЦМЦ хирургии имени академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан) и ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» МЗ Республики Башкортостан (г. Уфа, Российская Федерация). Статистическая обработка исходных данных пациентов не показала существенных отличий между группами при сопоставлении по возрасту, полу и тяжести состояния при поступлении больных на стационарное лечение. Средний возраст больных в группе консервативного лечения составлял 53,8±3,3 (от 22 до 87) лет, большинство были в возрасте от 60 до 74 лет. Также, как и в группе TEVAR значимую часть больных в группе консервативного лечения (72,2%; 13 из 18) составили случаи расслаивающейся аневризмы грудного отдела аорты. По классификации Стэнфорда группы также были сопоставимы с небольшой разницей. Среди догоспитальных осложнений в группе TEVAR выявлено достоверно большее количество различных последствий основной патологии больных, которые послужили причиной для применения инвазивного метода лечения. Среди больных, подвергшихся консервативному лечению и наблюдению были острая висцеральная ишемия в 1 случае (5,6%) и анемия тяжелой степени вследствие разрыва аневризмы и постгеморрагического состояния – 3 (16,7%). По встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с аневризмами грудного отдела аорты группы консервативного лечения и TEVAR были сопостави-

мы. У всех пациентов были выявлены сопутствующие сердечно-сосудистые состояния, влияющие на прогноз терапии. Также были отмечены случаи с ОНМК в анамнезе в группе TEVAR. ХБП чаще сопутствовала больным с консервативной терапией.

Результаты исследования. Отмечены более высокие показатели госпитальной летальности на фоне консервативного лечения больных – 38,9% (7 из 18) против 0,0% в группе TEVAR. 30-дневная летальность после получения лечения была статистически значимо высокой в группе консервативного лечения – 22,2% против 2,4% в группе TEVAR. Отдаленная летальность до 36 месяцев на фоне лекарственной терапии также была выше – 16,7% против 11,9% при TEVAR. В итоге общая летальность за период исследования составила 77,8% в группе консервативного лечения и 14,3% в группе TEVAR. Основные причины летальных исходов в группе консервативного лечения были представлены в основном сердечно-сосудистыми осложнениями и СПОН, тогда как после TEVAR случаев, связанных с самой процедурой или же стент-графтом не выявлены. Построение актуарной кривой выживаемости по Каплан-Мейеру после всех TEVAR показал, что кумулятивная доля выживших в 30-дневный срок составила 97,6%, 6-месячная выживаемость – 88,1%, двухгодичная и трехгодичная выживаемость – 85,7%. В группе консервативного лечения были получены статистически значимо низкие показатели выживаемости в течение всего периода исследования, как в ранние 38,89% (95% ДИ 0,175–0,599), так и в отдаленные 22,2% (95% ДИ 0,07–0,4) сроки наблюдения.

Выводы. TEVAR демонстрирует более благоприятные краткосрочные и долгосрочные клинические результаты лечения при аневризмах и расслоениях грудного отдела аорты в исходе успешного ремоделирования аорты по сравнению с только медикаментозным лечением.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАЦКЕВИЧ С.А.¹, БЕЛЬСКАЯ М.И.²

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

Цель исследования. Оценить динамику функционального состояния почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 160 пациентов с ХСН II,III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза (давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q – $4,12 \pm$ **Результаты исследования.** Анализ анамнестических данных показал наличие высокого удельного веса таких заболеваний, как АГ у 92,5%, СД – 34,2%, ожирение – 71,3%, язвенное поражение ЖКТ – 29,4%, почечная дисфункция – 29,2%. Из них 45,7% перенесли инфаркт миокарда (ИМ) и 13,6% острое нарушение мозгового кровообращения. Анализируя степень тяжести поражения коронарных артерий, по результатам коронарографии следует отметить, что у пациентов с коморбидной патологией достоверно чаще регистрировались многососудистые поражения коронарных артерий и сосудов других органов [420 (65,1%) ($p < 0,05$)], у больных без коморбидности чаще регистрировалось однососудистое

поражение коронарных артерий [227 (77,15%)]. В группе пациентов с коморбидной патологией преобладало поражение проксимальных сегментов (ствол левой и правой коронарной артерии), тогда как у пациентов без коморбидной патологии отмечалось поражение в основном средних сегментов. Также, частота выявления инсульта и повторных ИМ в анамнезе увеличивалась с возрастом.

У пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий индекс коморбидности Чарльсона составил $5,36 \pm 1,08$ баллов, у пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий $7,52 \pm 2,16$ баллов.

Выводы. Таким образом, с возрастом увеличивается число больных с коморбидными заболеваниями и их осложнениями. При наличии коморбидных заболеваний таких как СД, АГ, хроническая обструктивная болезнь легких, дисфункция почек у больных с ИБС чаще наблюдаются многососудистые поражения коронарных артерий и других бассейнов сосудистого русла.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

МАШАРИПОВА Д.Р., КАМИЛОВА У.К., БОБОЕВ К.Т.

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

Цель исследования. Изучить различие частоты распределения аллелей и генотипов I/D полиморфизма гена АПФ у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) узбекской национальности в зависимости от дисфункции почек (ДП).

Материал и методы. Всего было обследовано 136 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I, II и III ФК ХСН. Средний возраст больных составил $58,8 \pm 4,7$ лет. По классификации NYHA больные с I ФК составили 25 (18,4%), II – ФК 69 (50,7%) и III ФК ХСН 42 (30,9%) больных. 60 (44,1%) составили пациенты с рСКФ < 60 мл/мин и 76 (55,9%) пациентов с рСКФ более 60 мл/мин 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 в отделе молекулярной медицины и клеточной технологии Республиканского спе-

циализированного научно-практического центра гематологии.

Результаты исследования. Частота встречаемости I и D аллелей I/D полиморфизма гена АПФ в подгруппе больных СКФ ≤ 60 мл/мин составляла 43,3% и 56,67%, в контрольной выборке 59,8% и 40,2% соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН у носителей неблагоприятного «D» аллеля был достоверно в 1,5 раза выше, чем у носителей дикого аллеля «I» ($\chi^2=55,0$; $p < 0,05$; OR=79.8; 95%CI10.7–590.6).

По частоте встречаемости генотипов I/D полиморфизма гена АПФ наблюдается достоверное увеличение частоты гетерозиготного I/D и D/D генотипов в группе больных рСКФ ≤ 60 мл/мин (30,67 и 41,33% соответственно), по сравнению группой контроля (25,5% и 27,5%, соответственно; $\chi^2=3,3$; $p=0,06$; OR=1,3; 95% CI0.5819–2.87

и $\chi^2=3,5$; $p=0,05$; $OR=3,7$; 95% CI 0.8641–4.012) (рис.3.9). При этом выявлено достоверная разница отличий между сравниваемыми подгруппами больных с СКФ менее и более 60 мл/мин по частотам генотипов I/D полиморфизма гена ACE ($\chi^2<3,8$; $p<0,05$). При этом сравнении частот генотипов и аллелей I/D полиморфизма гена АПФ между подгруппой пациентов со СКФ<60 мл/мин и контрольной группой и больными СКФ бо-

лее 60 мл/мин выявлены статистически значимые различия в встречаемости D аллеля и DD генотипа ($\chi^2<3,8$; $p<0,05$).

Выводы. Анализ частоты распределения аллелей и генотипов I/D полиморфизма гена АПФ выявил значимую ассоциацию аллеля D и генотипа D/D гена АПФ с риском развития ХСН и ДП у лиц узбекской национальности.

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

МУРАТНАЗАРОВА Н.А., ХОЖАКУЛИЕВ Б.Г., МУХАММЕДОВА Н.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь преэклампсии в анамнезе с частотой развития острого инфаркта миокарда (ИМ) путем анализа репродуктивного анамнеза женщин молодого возраста с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. В анализ включены 17 женщин (основная группа), перенесших ИМ в возрасте до 45 лет. Контрольную группу составили 12 женщин без ишемической болезни сердца (ИБС). Оценка компонентов метаболического синдрома (МС) проводилась согласно IDF. Индекс массы тела (ИМТ) женщин в основной группе составил $27,9\pm 6,1$ кг/м², объем талии (ОТ) $90,1\pm 16,8$ см., в контрольной группе $23,4\pm 5,1$ кг/м² и $76,8\pm 11,7$ см соответственно. На момент развития ИМ 23,6% женщин находились в пременопаузе, 17,6% – в менопаузе, 5,9% – в постменопаузе, у 52,9% женщин менструальная функция была сохранена. Группы женщин с ИБС и без ИБС достоверно не различались по возрасту, возрасту менархе и менопаузы, а также наличием нарушений менструального цикла.

Результаты исследования. У женщин с острым ИМ возраст менархе составил $13,1\pm 1,4$ лет, возраст наступления менопаузы $42,2\pm 5,1$ лет, у 58,8% имело место нарушение менструального цикла против 50,0% женщин в контрольной группе. Продолжительность менструального цикла до наступления менопаузы по данным анамнеза была короче у женщин с ИБС – $27,4\pm 2,5$ дней про-

тив $30,5\pm 8,3$ дней в контрольной группе ($p<0,001$). Отмечалась тенденция к укорочению менструального цикла при наличии у женщин 3-х и более компонентов МС. У женщин с ИБС до развития ИМ чаще наблюдались нарушения менструального цикла (35,3% случаев). Среди осложнений беременности большинство женщин указали на гестоз, наиболее значимой оказалась преэклампсия. Установлено, что у 11 женщин с острым ИМ во время беременности была преэклампсия. Выявлена прямая корреляция между преэклампсией во время беременности и ОТ ($r=0,35$; $p<0,008$), а также ИМТ ($r=0,38$; $p<0,003$).

Осложненное течение ИМ наблюдалось у 70,6% пациенток. Сниженная систолическая функция левого желудочка в госпитальный период отмечена у 29,4% женщин, сердечная недостаточность ФК II-IV у 64,7%. При коронарографии 3-х сосудистое поражение выявлено у 11,8% молодых пациенток, окклюзия коронарных артерий у 52,2% и стенозы более чем в 75% и в 21,8% случаев соответственно.

Выводы. В проведенном исследовании выявлено, что у женщин в возрасте до 45 лет с ИМ отмечается высокая частота ожирения, преэклампсии в анамнезе, ранняя менопауза. Причем частота преэклампсии во время беременности имела корреляцию с показателями ИМТ и ОТ, а продолжительность менструального цикла с количеством компонентов МС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МУРОДОВА Н.О., ЖАББОРОВ О.О., ТУРСУНОВА Л.Д.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности комбинированных препаратов иАПФ+антагонисты кальция и иАПФ+диуретики у больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: Были изучены 40 пациентов с клиническим установленным диагнозом ГБ II-III стадии, с артериальной гипертензией 2,3 степени были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациентов, получавшие комбинированную терапию лизиноприл + амлодипин (экватор) 5/10 мг/сут. Вторую группу составили 20 больных, лечившихся лизиноприл + гидрохлоротиазид (Ко-диратон) 10/12,5 мг/сут в течении 14 дней. Всем больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), при котором были изучены следующие параметры: показатели суточного профиля АД систолические дневные/ночные (САД) и диастолические дневные/ночные (ДАД), средние и нагрузочные показатели АД, показатели нагрузки давлением по индексу времени (ИВ), суточный ритм АД, среднее суточное значение пульсового АД, и показатели диуреза в виде процентного соотношения объемов выделенной мочи и потребленной жидкости за утренний, полуденный, вечерний и ночной периоды времени.

Результаты исследования. До проведенного нами лечение по данным статобработки и расчета основных групп показателей было выявлено в дневные часы среднее значение САД выше нормы (>216 мм.рт.ст), среднее значение ДАД повышено (>118 мм.рт.ст). Повышение нагрузки давлением ИВСАД (100%), ИВДАД (98%). Значения вариабельности АД выше нормы (23–15 мм.рт.ст). В ночные часы повышение средних значений САД (199 мм.рт.ст) и ДАД (103 мм.рт.ст) и нагрузки давлением. Значения вариабельности АД выше нормы (16–10 мм.рт.ст). Суточный ритм АД для САД и ДАД выше нормы. Среднее суточное значение пульсового АД выше нормы (98 мм.рт.ст).

После приема обеих схем лечения было выявлено в дневные часы среднее значение

САД в пределах нормы (135 мм.рт.ст), среднее значение ДАД в пределах нормы (85 мм.рт.ст). Снижение нагрузки давлением ИВСАД (30%), ИВДАД (30%). Значения вариабельности АД в пределах нормы (15 мм.рт.ст). В ночные часы снижение средних значений САД и ДАД (125–75 мм.рт.ст) и нагрузки давлением. Значения вариабельности АД в пределах нормы (14–12 мм.рт.ст). Суточный ритм АД для САД и ДАД в пределах нормы. Среднее суточное значение пульсового АД в пределах нормы (55 мм.рт.ст).

По диуреза в виде процентного соотношения выделенной мочи к потребленной жидкости за аналогичной период показала утром (65%), полдень (75%) и вечером (68%), т.е. произошло увеличение дневного и снижение ночного диуреза. На фоне применения комбинированных препаратов иАПФ + антагонисты кальция обладают высокой антигипертензивной эффективностью, а препараты иАПФ + диуретики обладают кардио-нефропротективными свойствами, а также метаболически нейтральны.

Выводы. Таким образом у пациентов ГБ с артериальной гипертензией 2,3 степени после приема комбинированного препарата лизиноприл + амлодипин ассоциировался со стойким продолжительным гипотензивным эффектом и достижением целевого уровня САД и ДАД у 87,5% и 84% пациентов соответственно. Снижение периферического артериального давления в аорте и улучшением упруго-эластических свойств артерий в течение суток.

В результате лечение с лизиноприл + гидрохлоротиазидом за счёт увеличения дневного и снижения ночного диуреза произошло дополнительное снижение артериального давления. Выявленная динамика АД и диуреза позволяет объяснить достигнутый антигипертензивный эффект восстановлением циркадного водно-электролитного баланса.

АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОР НЕПРИЛИЗИН ИНГИБИТОРИНИ ИШЕМИК ЭТИОЛОГИЯЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРДНИНГ ЯШОВЧАНЛИГИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

НАРЗУЛЛОЕВА Д.С., МУХАМЕДОВА М.Г., НАСИРОВА Г.А.

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро, Тиббиёт Ходимлари Касбий Малакасини Ривожлантириш Маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Миокард тўқимасининг яшовчанлиги ишемик этиологияли сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг прогностларини баҳолашда муҳим кўрсаткичлардан саналади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади ишемик этиологияли сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган ҳамда зарб ҳажми камайган беморларда сакубитрил/валсартан дори воситасини гибернацияланган миокард тўқимасига таъсирини баҳолаш.

Материал и методи. Республика Шошилиноч Тиббий Ёрдам Илмий Марказининг Бухоро филиалида 2021–2022 йиллар давомида 120 та ишемик этиологияли зарб ҳажми камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши $58,2 \pm 14,6$ йилни ташкил қилди ҳамда уларнинг 53% (58 та) эркаклар ташкил этди. Беморлар 60 тадан 2 гуруҳга ажратилди ва биринчи гуруҳдаги беморларга стандарт давога қўшимча ангиотензин рецепторини блокловчи мақсадида сакубитрил/валсартан 24/26 мг дан – 2 маҳал (дозаси 48/51 мг гача титрацияланди), иккинчи гуруҳдаги беморларда эса валсартан 40 мг дан – 1 маҳал (доза 80 мг гача титрацияланди) буюрилди. Гибернацияланган миокард тўқимаси трансторакал эхокардиография орқали баҳоланди. Барча статистик таҳлиллар STATA воситасида амалга оширилди.

Результати исследования. Зарб ҳажми ҳамда миокард тўқимаси деворининг қисқарувчанлик индекси иккала гуруҳда ҳам ях-

шиллангани кузатилди ($P < 0,05$), аммо иккала гуруҳни ўзаро солиштирганимизда сакубитрил/валсартан гуруҳи зарб ҳажмига ($32,3 \pm 8,3\%$ дан $43,8 \pm 12,6\%$ га қ. $31,8 \pm 8,2\%$ дан $37,1 \pm 10,5\%$ гача $P < 0,05$) ҳамда миокард тўқимаси деворининг қисқарувчанлик индекси ($2,36 \pm 0,5$ дан $1,93 \pm 0,4$ гача қ. $2,36 \pm 0,6$ дан $2,15 \pm 0,45$ гача $P < 0,05$) сезиларли даражада ижобий таъсир кўрсатди. Юракнинг минутлик ҳажми ҳам иккала гуруҳдаги беморларда даво фонида яхшиланди, аммо сакубитрил/валсартан гуруҳида бу кўрсаткич янада сезиларли даражада яхшиллангани кузатилди ($P < 0,05$). Гарчи миокард деворининг систолик ҳамда диастолик қалинлиги иккала гуруҳда ҳам даво фонида яхшиллангани кузатилган бўлсада ($P < 0,05$), гуруҳлар ўзаро солиштирилганда иккала гуруҳ ўртасида сезиларли ўзгариш кузатилмади ($P > 0,05$). Эркаклар ва аёллар алоҳида текширилганда иккала гуруҳ ўртасида жинс бўйича сезиларли тафовут кузатилмади ($P > 0,05$).

Хулоса. Ишемик этиологияли зарб ҳажми камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда сакубитрил/валсартан дори воситаси валсартанга қараганда устунликка эга бўлиб, миокард тўқимасини қисқарувчанлик фаолиятини яхшилаш билан бир қаторда миокард тўқимасининг қисқарувчанлик индекси ҳам ижобий таъсир кўрсатади ва шу орқали гибернацияланган миокард тўқимаси фаолиятини маълум бир миқдорда яхшилайди.

ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ТАРҚАЛИШИ ЖИҲАТЛАРИ

НИШОНОВА Н.А., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ТУРСУНОВ Х.Х., КАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Фермерлик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида ижтимоий – оилавий ва гендер омилларга алоқадорликда артериаль гипертензияни тарқалиши хусусиятлари.

Материал ва усулар. Эпидемиологик тадқиқот Андижон шароитида фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи $\geq 18 - 90$ ёшли 2182 та аҳолиси амалга оширилди (аёллар 1113 та ва эркаклар 1069 та). Артериаль гипертензияни (АГ) аниқлаш ва баҳолашда Россия (2020) ва Европа (ESC, 2018) кардиологлар жамиятларини тавсиялари мезон қилиб олинди.

Тадқиқот натижалари. Фермерлик билан шуғулланувчи популяцияда (ФБШП) АГ 12,9 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланади. Аниқланиш частотаси жами популяциясида, аёллар ва эркакларда қуйидагича қайд қилинади: олий маълумотлиларда 14,1 фоиз (эркакларда 16,4 фоиз ва аёлларда 8,9 фоиздан; $P < 0,05$), ўрта маълумотлиларда 12,6 фоиз (эркакларда 11,7 фоиз ва аёлларда 13,7 фоиздан; $P < 0,05$), турмуш қурганларда 4,7 фоиз (аёлларда 3,6 фоиз ва эркакларда 5,0 фоиз; $P < 0,05$), турмуш қурганларда 13,4 фоиз (эркакларда 13,1 фоиз ва

аёлларда 13,8 фоиздан; $P < 0,05$), ажрашганларда 10,9 фоиз (эркакларда 16,0 фоиз ва аёлларда 4,8 фоиз; $P < 0,05$) ва беваларда 7,7 фоиз (эркакларда 0,0 фоиз ва аёлларда 10,5 фоиздан; $P < 0,05$). Бу кўрсаткичлар бошқа популяцияларда олинган натижалардан кескин (то 3 баробарга етиб) камлиги билан фарқланишади.

Хулоса. Оилавий ижтимоий – ҳолатга боғлиқ ҳолда 3,5 баробарга етиб фарқ билан

кўпайиб артериал гипертензия фермерлик билан шуғулланувчи популяциясида кузатилади ($P < 0,001$) ва эркакларда ушбу омилларни таъсири аёлларга қиёсан сезиларли даражада кучли бўлади. Нисбатан юқори тарқалиш частотаси билан АГ олий маълумотлилар ва оилавий (турмуш қурганлар) популяциясида тасдиқланади.

ФЕРМЕР – АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЁШГА БОҒЛИҚ ХОЛДА АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ

НИШОНОВА Н.А., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ТУРСУНОВ Х.Х., УСМОНОВ Б.У.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Фермер аҳоли популяциясида (ФАП) ёшга боғлиқ ҳолда артериаль гипертензиянинг (АГ) эпидемиологик хос жиҳатларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усулар. Водий шароитида эпидемиологик тадқиқот уч босқичда (стратегик вазифаларни ишлаб чиқиш босқичи, синов скринингини ўтказиш босқичи ва натижаларни таҳлил қилиш босқичи) амалга оширилди. 2182 та $\geq 18 - 70$ ёшли ФАП комплекс текширилди. Қон босими даражасига кўра АГни аниқлаш ва баҳолашда Европа [ESH/ESC, 2007] ҳамда Россия (2020) кардиологлари жамиятлари мезонлари қўлланилди.

Тадқиқод натижалари. Тадқиқ қилинган ФАПда, $\geq 18 - 70$ ёшлиларда, АГ 12,9 фоиз тарқалиш частотаси билан қайд этилади ва сезиларли гендерли тафовут билан (эркакларда 14,6 фоиз ва аёлларда 11,3 фоиздан; $P < 0,05$) тасдиқланади. Турли ёш гуруҳларида 31,3 фоизга етиб тафовутланади, ёш ўтиши билан 6,4 баробарга етиб ортади [$RR = 1,29$; 95% ИИ = 1,0 – 1,66; $\chi^2 = 5,19$; $P = 0,023$]. АГни аниқланиш частотаси энг кўп 70

ёшдан ўтган ФАПда (38,2 фоиз) ва 50 – 69 ёшлиларда (19,7 фоиз) тасдиқланади. Сезиларли тафовут билан АГни кам аниқланиши частоталари текширилганларнинг 18 – 30 ёшли (6,9 фоиз) ва 31 – 49 ёшли (10,8 фоиз) гуруҳларида кузатилади ($P < 0,05$).

Эркак ва аёлларда ёшга боғлиқ ҳолда АГни тарқалиши частотаси куйидагича ифодаланади: 18 – 30да 3,8 ва 10,6 фоиздан ($P < 0,05$), 31 – 49да 11,2 ва 10,2 фоиздан ($P < 0,05$), 50 – 69да 34,0 ва 11,8 фоиздан ($P < 0,05$), ≥ 70 ёшлиларда 39,4 ва 36,4 фоиздан ($P < 0,05$).

Хулоса. Аёлларда ёшни АГга таъсири фақат 18 – 30 ёшлиларда сезиларли бўлади ва эркакларда эса $\geq 31 - 70$ ёшдагиларни барчаларида ишончли ва кучли тасдиқланади. Чунончи, ёшга боғлиқ ҳолда АГни аниқланиш частотаси эркакларда 1,3 баробарга ва аёлларда 3,6 баробарга етиб ортиб бериш кузатилади ($P < 0,001$). Хар иккала аҳоли гуруҳларида, ФАПда АГни келиб чиқиш хавфи ва кўпайиш частотаси 50 ёшдан бошлаб то 11 баробарга етиб ортади ($P < 0,001$).

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С МИКСОМОЙ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

ОВЕЗОВА Г., АМАНОВА ДЖ., АКМАММЕДОВА А., ТАНГИЕВА О., АРТЫКОВА А.

Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Описание терапевтом клинического случая развития у женщины 59 лет миксомы левого предсердия.

Материал и методы. Женщина О. 59 лет поступила в отделение кардиологии Международного кардиологического центра с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении тела, сухой непродуктивный кашель, сжимающую боль в сердце, изнурение и общую слабость. Со слов болеет 1 месяц. На

ЭХОКГ была диагностирована большая миксома левого предсердия. Общее состояние больного тяжелое. Сердечные тоны выслушиваются систолический шум над мечевидным отростком, акцент и усиление II тона в левом II межреберье. Пределы сердца увеличены влево. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс – 92 уд/мин ритмичный. Лабораторные данные ОАК (общий анализ крови): ГБ – 118; Эрит – 3,6; цветовой пок. – 0,9; Гематокрит – 34%; Тромбоцит – 444; Лейкоцит – 4,6; Нейтрофил – 70,5; Лимфоцит – 25,5; Моноцит – 4,0; СОЭ – 50; БАК

(Биохимический анализ крови): Об. Белок–76; мочевины–3,4; креатинин–0,051; Глюк.–6,1; Билирубин – 3,9; АСАТ–0,35; АЛАТ – 0,26; диастаза крови–69,0; об. Холестерин–4,3; триглицериды–01,1; К–5,0; На–139; Хл–102. Коагулограмма: ПИ (протромбиновый индекс)–82%; АЧТВ (Активированное частичное тромбопластиновое время) – 29,0; Фибриноген–6,3; МНО–1,1; реактивный белок – положительный; Группа крови: О (I) Rh (+) положительный. ОАМ (Общий анализ мочи): 50,0, желтый, плотность–1010, прозрачный, кислый, Белок–нет, глюкоза–нет, кетоновые тела–+. Эпит – единичные клетки переходного и плоского эпителия поле зрения, лейкоцит–1–2, эритроцит–не изменен. Операция в условиях искусственного кровообращения: резекция миксомы левого предсердия и постплатика дефекта межпредсердной перегородки.

Результаты исследования. После проведенных лабораторных и инструментальных исследований наблюдается положительная динамика. Заживление раны PER PRIMA. Больного выписали из больницы в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В результате повторных исследований 02.06.2022г. биохимического анализа крови и коагулограммы уже выявлены нормальные изменения в виде протромбина, уровня общего билирубина за счет прямой фракции, γ -глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы уровня общего белка, альбумина. На ЭКГ отмечался синусовый ритм 76 удара в минуту, вертикальное положение ЭОС. Проведенные мероприятия дали положительный эффект в лечении больного.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КАМ УГЛЕВОДЛИ ПАРҲЕЗНИНГ БИОКИМЁВИЙ САМАРАДОРЛИГИ

ПАЙЗИЕВ ДЖ.ДЖ., АЛЯВИ Б.А.

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

Тадқиқод мақсади. ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда кам углеводли режимни қондаги глюкоза, гликогемоглобин ва липидлар кўрсаткичига таъсирини баҳолаш.

Материал ва усулар. Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимидаги ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 120 бемор тадқиқотга жалб этилди (2019–2022 йиллар). Беморларнинг ўртача ёши $58,2 \pm 12,6$ йил, аёллар 47%, эркеклар 53% ни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳдаги тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда (60 та) стандарт даво билан бир қаторда кам углеводли схемага риоя қилиши буюрилди. 2-гуруҳдаги беморлар эса стандарт даво билан бир қаторда одатдаги юрак қон томир касалликлари учун тавсия қилинган овқатланиш схемаси буюрилди. Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари, жумладан қондаги глюкоза миқдори, гликирланган гемоглобин ҳамда липид кўрсаткичлари беморларнинг шифохонага дастлабки ташрифи ҳамда 3 ойдан кейин иммунокимёвий усул ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар STATA воситасида амалга оширилди.

Тадқиқод натижалари. Дастлабки текширувда 2 гуруҳ беморларнинг биокимёвий кўрсаткичларида сезиларли фарқ кузатилмади ($P > 0,05$). Кузатув давомида қондаги глюкоза миқдори биринчи гуруҳдаги беморларда ик-

кинчи гуруҳга нисбатан сезиларли даражада камайганлиги кузатилди ($6,2 \pm 2,6$ ммоль/л дан $4,4 \pm 2,1$ ммоль/л га қ. $6,1 \pm 2,4$ ммоль/л дан $5,8 \pm 2,3$ ммоль/л га, $P < 0,001$). Шу билан бир қаторда гликирланган гемоглобин миқдори ҳам 1-гуруҳдаги беморларда 2-гуруҳга нисбатан сезиларли даражада камайганлиги кузатилди ($6,9 \pm 2,7$ % дан $4,8 \pm 1,9$ % га қ. $6,7 \pm 2,6$ % дан $6,4 \pm 2,4$ % га, $P < 0,001$). Липид кўрсаткичларидан фақатгина триглицеридлар кам углеводли схемадаги беморларда одатдаги овқатланиш режимидаги беморларга қараганда сезиларли даражада камайганлиги кузатилди ($4,6 \pm 1,9$ ммоль/л дан $2,2 \pm 1,4$ ммоль/л га қ. $4,8 \pm 2,0$ ммоль/л дан $3,5 \pm 1,8$ ммоль/л га, $P < 0,001$). Гарчи бошқа липид кўрсаткичлари жумладан умумий холестерин, юқори зичликдаги липопротеид-холестерин, паст зичликдаги липопротеид холестерини, зичлиги жуда паст липопротеид холестеринида иккала гуруҳда ҳам дастлабки ҳолатга нисбатан бироз яхшиланиш кузатилган бўлсада, кузатув давомида гуруҳлар ўртасида сезиларли ўзгариш кузатилмади ($P > 0,05$). Шу билан бир қаторда жинс бўйича алоҳида текширилганда эркеклар ва аёллар ўртасида сезиларли тафовут кузатилмади ($P > 0,05$).

Хулоса. ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда кам углеводли режим қондаги глюкоза, гликирланган гемоглобин ҳамда триглицеридларни умум эътироф этилган одатдаги овқатланиш схемасига қараганда самаралироқ камайтиради.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА КАМ УГЛЕВОДЛИ ПАРҲЕЗНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ БИОМАРКЕРЛАРИГА ТАЪСИРИ

ПАЙЗИЕВ ДЖ.ДЖ., АЛЯВИ Б.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази ДМ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сўнгги йилларда ЮИК да атеросклеротик пиллакчаларнинг ривожланишида липидлар, қондаги қанд миқдори билан бир қаторда яллиғланиш ва яллиғланишга қарши биомаркерлар – интерлейкинларнинг (ИЛ) аҳамияти катта эканлигига урғу берилмоқда. Тадқиқотнинг мақсади юрак ишемик касаллиги билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда кам углеводли режим (парҳез) ни қондаги яллиғланиш (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ўсма некроз омили- α) ва яллиғланишга қарши (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13) интерлейкинларига таъсирини баҳолаш.

Материал ва усулар. Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимидаги юрак ишемик касаллиги билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 120 бемор тадқиқотга жалб этилди (2019–2022 йиллар). Беморларнинг ўртача ёши $58,2 \pm 12,6$ йил, аёллар 47%, эркаклар 53% ни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳдаги тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда (60 та) стандарт даво билан бир қаторда кам углеводли схемага риоя қилиши таъкидланди (таркибида крахмал миқдори кўп бўлган озиқ овқатлар чекланди). 2-гуруҳдаги беморлар эса стандарт даво билан бир қаторда одатдаги юрак қон томир касалликлари учун тавсия қилинган овқатланиш схемаси буюрилди (таркибида ёғ миқдори кўп бўлган маҳсулотлар чекланди). Яллиғланиш (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ўсма некроз омили- α) ва яллиғланишга қарши (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13) интерлейкинлар беморларнинг шифохонага дастлабки ташрифи ҳамда 3 ойдан кейин иммунокимёвий усул ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар STATA воситасида амалга оширилди.

Тадқиқод натижалари. Дастлабки текширувда 2 гуруҳ беморларнинг биокимёвий кўрсаткичларида сезиларли фарқ кузатилмади. Кузатув давомида яллиғланиш интерлейкинлари иккала гуруҳдаги беморларда ҳам дастлабки кўрсаткичларига нисбатан камайганлиги кузатилди ($P < 0,05$). Икки гуруҳ бир бирига солиштирилганда ИЛ-6, ўсма некроз омили- α кам углеводли схемага (парҳезга) риоя қилган беморларда одатдаги парҳезга амал қилган беморларга нисбатан сезиларли бўлгани кузатилди ($P < 0,05$), аммо ушбу гуруҳларда ИЛ-1 β миқдорининг ўзгаришига нисбатан сезиларли фарқ кузатилмади ($P > 0,05$). Яллиғланишга қарши интерлейкинлардан ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13 лар миқдори кузатув давомида иккала гуруҳдаги беморларда ҳам ортгани кузатилди. Гуруҳлар ўзаро солиштирилганда эса ИЛ-4 ва ИЛ-13 лар миқдори кам углеводли схемага амал қилган гуруҳда сезиларли даражада юқори эканлиги кузатилди ($P < 0,05$). Гарчи ИЛ-10 миқдори кам углеводли схемага амал қилган гуруҳда юқори бўлсада бу ўзгариш статистик жиҳатдан сезиларсиз эканлиги кузатилди ($P > 0,05$). Гуруҳлар жинс бўйича алоҳида текширилганда эркаклар ва аёллар ўртасида сезиларли тафовут кузатилмади ($P > 0,05$).

Хулоса. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда кам углеводли режим (парҳез) қондаги яллиғланиш ва яллиғланишга қарши интерлейкинларини умум эътироф этилган одатдаги овқатланиш схемасига қараганда самаралироқ камайтиради. Ушбу овқатланиш режимининг қондаги интерлейкинларни камайтиришидаги аниқ механизмларни билиш учун кўп сонли беморларда бир қанча қўшимча кўрсаткичларни ўз ичига оладиган тадқиқотлар талаб этилади.

КОРРЕКЦИЯ ПОЧЕЧНОЙ И МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД –19

ПИРМАТОВА Н.В., ГАДАЕВ А.Г., КАДИРОВА Г.И., МУМИНОВА Н.А., КАБИЛОВА Г.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние препарата эмпаглитозин (Эмглиф) у больных ХСН, перенесших Ковид-19 на миокардиальную и почечную дисфункцию.

Материал и методы. Было исследовано 50 больных, декомпенсированной ХСН II-III (NYHA)

функциональным классом, перенесших в анамнезе Ковид-19, госпитализированных в отделения кардиологии и кардиореанимации многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии в период с 2021 по 2022 года. Среди которых было мужчин 28 человек (56 %), женщин 22(44%),

большинство пациентов – 42 (84,0%) вошло в возрастную категорию 55–64 лет, а остальные пациенты распределились по другим возрастным группам.

Для определения давления в легочной артерии проводилось эхокардиографическое исследование. Для определения почечной дисфункции проверяли уровень цистатина С по формуле Ноек и соавт. $2003г:СКФ(мл/мин/1,73м^2) = (80,35/цистатин\ С\ мг/мл) - 4,32$. В комплексе стандартного лечения применяли препарат – ингибитор натрий-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2 эмпаглифлозин (Эмаглиф)) в дозе 10 мг один раз в день, в течение трех месяцев.

Результаты исследования. При проведении эхокардиографического исследования суммарно у исследованных больных было достигнуто улучшение сократительной функции миокарда: величина фракции выброса в среднем возрасла с 38,1% до 47,1% ($p < 0.05$), при этом возрастание фракции выброса наблюдалось в большей степени у больных с исходно нарушенной систолической функцией левого желудочка, которые имели и более тяжелую ХСН. У них фракция выброса в среднем увеличилась с $32,5 \pm 0,67\%$ до $44,8 \pm 0,98\%$ ($p < 0.001$). Кроме того улучшились показатели состояния диастолической функции левого желудочка.

Что касается почечной дисфункции, то на сегодняшний день наиболее точным эндогенным маркером СКФ признан цистатин С. При нарушении фильтрации уровень цистатина С в крови увеличивается. Так у обследованных больных уровень цистатина С имел тенденцию к увеличению, соответственно к снижению СКФ. Так среднее значение СКФ по цистатину С у III и IV ФК ХСН составило $55,2 \pm 10,2$, что почти в 2 раза меньше чем в норме. В плане проведенного лечения эмпаглифлозином мы видим что СКФ начал повышаться достигнув $74,3 \pm 8,5$, а в группе не переносивших КО-ВИД – 19 СКФ до лечения составило $61,1 \pm 6,5$, а в динамике лечения $78,4 \pm 7,2$.

Выводы. Применение препарата эмпаглифлозина (эмаглиф) в комплексном лечении ХСН. перенесших Ковид19 показало положительные результаты. При исследовании сердечной функции отмечено увеличение насосной функции миокарда, что проявилось повышением фракции выброса. Влияние эмпаглифлозина на почечную дисфункцию у больных ХСН показало увеличение СКФ с большим отрывом в группе больных не болевших Ковид19, что еще раз доказывает отрицательное воздействие коронавирусной инфекции на почечную функцию пациентов, с медленным и тяжелым восстановлением у больных ХСН.

КАХЕКСИЯ И КИШЕЧНАЯ МАЛЬАБСОРБЦИЯ – КАК ПРОЯВЛЕНИЕ КОМОРБИТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ПУЛАТОВА П.Х., ГАДАЕВ А.Г., ПИРМАТОВА Н.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявление распространенности синдрома кахексии и мальабсорбции у пациентов кардиологического стационара с ХСН и оценка качества жизни при данной патологии.

Материал и методы. Было обследовано 50 больных с ХСН II-III функциональным классом, госпитализированных в отделения кардиологии и кардиореабилитации многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии в период с 2021 по 2022 года. Из них 36 (72,0%) мужчин и 14 (28,0%) женщин.

Результаты исследования. Среди больных с ХСН было выявлено 43,6% больных с нарушением нутритивного статуса и характеризовались снижением отношения тощая масса/жировая масса тела, снижением сывороточного альбумина и абсолютного числа лимфоцитов. Распространенность синдрома кахексии среди больных ИБС и ХСН составила 12,6%, при этом выраженность гипотрофии нарастала по мере увеличения ФК ХСН. Кроме того у 8 (16%) пациентов был диагностирован синдром нарушенного всасывания-мальабсорбции, 5 который проявлялся вздутием живота, 5 распирающими болями в животе и диареей. При исследовании качества жизни были выявлены

следующие изменения. Исследования показано, что 24 пациента (48%) имели достаточно сильное и умеренное ограничение при самостоятельном одевании. Прогулки по кварталу по ровной местности вызывали крайнее ограничение у 5 больных (10%), умеренное ограничение у 27 больных (54%). Работа в саду практически была невозможна у 7 (14%) больных, умеренно ограничена у 36 (72%). Подъем по лестнице на один пролет без остановки был невозможен у 17 (34%) больных, сильно ограничено у 10 (20%) больных, умеренно ограничено у 23 (46%) больных.

Выводы. У пациентов с ХСН кроме сердечной и почечной дисфункции отмечается изменения в процессе переваривания и в нутритивном статусе. Изучение морфофункциональных изменений тонкой кишки позволит оценить роль мальабсорбции в формировании кахексии у пациентов с ХСН. Среди больных с ХСН было выявлено у 43,6% нарушение нутритивного статуса, при этом кахексия была выявлена у 12,6% пациентов. Кроме этого у обследуемых выявлено нарушение качества жизни. в связи с чем своевременное выявление таких изменений позволит своевременно оказать помощь и предупредить дальнейшее прогрессирование патологии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНОЙ КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ПУЛАТОВА П.Х., ГАДАЕВ А.Г., ПИРМАТОВА Н.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить качество жизни больных ХСН с помощью калиперометрии.

Материал и методы. Было обследовано 50 больных с декомпенсированной ХСН II-III ФК (NYHA), госпитализированных в отделения кардиологии и кардиореанимации многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии в период с 2021 по 2022 года. Среди больных было 36 (72,0%) мужчин и 14 (28,0%) женщин.

Результаты исследования. Большинство больных с ХСН ишемического генеза имеют нарушения нутритивного статуса, характеризующиеся изменением соотношения тощей и жировой массы тела. ХСН при ИБС ассоциирована со снижением тощей массы тела, степень которой увеличивается в зависимости от ФК. Больные с нарушением нутритивного статуса имеют более низкое качество жизни и худший прогноз заболевания. Нарушения нутритивного статуса были выявлены у 43,6% больных с ХСН ишемической этиологии и характеризовались снижением отношения тощая масса/жировая масса тела, снижением сывороточного альбумина и абсолютного числа лимфоцитов. Распространенность синдрома кахексии среди больных ИБС и ХСН составила 12,6%, при этом выраженность гипотрофии нарастала по мере увеличения ФК ХСН. Нарушения нутритивного статуса, независимо от ФК ХСН, ассоциируются со снижением качества жизни, прогрессивно ухудшавшемся в течение 2 лет наблюдения. В результате проведенных исследований нами

установлено, что у большинства больных с ХСН наблюдаются нарушения нутритивного статуса: по индексу массы тела 32 (64%) больных имеют избыточный вес или ожирение, пониженный нутритивный статус – 7 (14 %) больных. Среди больных с абдоминальным ожирением – объем талии выше рекомендованной величины у 24 (75%) пациентов, у стольких же больных индекс талия – бедро выше рекомендованной величины. Данные о состоянии нутритивного статуса больных с хронической сердечной недостаточностью, полученные при помощи разных методов исследования различаются: по индексу массы тела недостаточный нутритивный статус наблюдается у 3,9% больных, по уровню сывороточного альбумина – 8%, методы оценки компонентного состава тела выявляют 13,8% больных.

Выводы. Нарушения нутритивного статуса были выявлены у 43,6% больных с ХСН ишемической этиологии и характеризовались снижением отношения тощая масса/жировая масса тела, снижением сывороточного альбумина и абсолютного числа лимфоцитов. Распространенность синдрома кахексии среди больных ИБС и ХСН составила 12,6%, при этом выраженность гипотрофии нарастала по мере увеличения ФК ХСН. Всем больным с ХСН рекомендуется оценка нутритивного статуса с определением ИМТ (кг/м), тощей и жировой массы тела калиперометрическим методом, с целью дальнейшей коррекции выявленных изменений.

COVID-19 ЎТКАЗГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

РАХИМОВ А.Н., КАМИЛОВА У.К., ЕРМЕКБАЕВА А.У., МАШАРИПОВА Д.Р.,
НУРИТДИНОВ Н.А., АХМЕДОВ Х.С.

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

Тадқиқот мақсади. Пост-ковид синдроми даврида сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларда касалликнинг кечишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. COVID-19 билан касалланиб тузалган сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор $57,41 \pm 0,56$ ёшли 126 нафар, шулардан 67 (53,17%) та аёл, 59 (46,83%) та эркак бўлган беморлар ўрганилди. Беморларнинг COVID-19 га ПЦР анали манфий бўлгандан кейин ўртача $59,2 \pm 1,02$ кун ўтган. Назорат гуруҳи сифатида $58,83 \pm 0,41$ ёшли 60 та шулардан 32 (53,33 %) та аёл, 28 (46,67%) та эркак бўлган СЮЕ бор COVID-19 касаллиги билан касалланмаган беморлар гуруҳи танлаб олинди. Беморлар олти

дақиқали юриш синамаси (ОДЮС) ёрдамида баҳоланиб, 3 та функционал синфга (ФС) бўлинди. Бунда I ФС – 36 та, II ФС – 51 та, III ФС – 39 та беморни ўз ичига олди. Назорат гуруҳида эса қуйидагича бўлди, I ФС – 19 та, II ФС – 21 та, III ФС – 20 та бемордан иборат бўлди. Ташкил этилган гуруҳларларда касалликнинг кечиши, гемодинамик кўрсаткичлар, клиник ҳолатларни баҳолаш шкаласи (КХБШ), ҳаёт сифати ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Олиб борилган тадқиқот натижалари таҳлил қилинганда шу нарса аниқландики COVID-19 ўтказган СЮЕ билан хасталанган беморларда касалликнинг кечиши, гемодинамик кўрсаткичлар, ҳаёт сифати SARS-CoV-2 вируси билан зарарланмаган СЮЕ бор бе-

морларга қараганда салбий кўрсаткичларни қайд этилган. COVID-19 ўтказмаган СЮЕ билан хасталанган беморларда гемодинамик кўрсаткичлар қуйидагича бўлди, систолик артериал қон босими (САҚБ) $122,26 \pm 0,85$ мм.сим.уст. га диастолик артериал қон босими (ДАҚБ) $77,16 \pm 0,70$ мм.сим.уст. га, юрак уриш сони (пулс) $79,52 \pm 0,84$ та/мин га, кислороднинг қондаги даражаси (SpO_2) $95,42 \pm 0,13$ % га тенг бўлган бўлса, COVID-19 ўтказган СЮЕ билан хасталанган беморларда ушбу кўрсаткичлар САҚБ учун $132,13 \pm 0,98$ мм.сим.уст. ни, ДАҚБ учун $86,84 \pm 0,62$ мм.сим.уст. ни, пулс учун $92,18 \pm 0,27$ та/мин ни, SpO_2 учун $92,78 \pm 0,21$ % ташкил қилди, ва бу кўрсаткичлар статистик жиҳатдан ишонарли даражада фарқ қилди ($p < 0,05$). Гуруҳлар ораси-

даги ОДЮС ва ҳаёт сифатини ўрганилганда, 60 нафар бемордан иборат назорат гуруҳида ОДЮС ўртача $394,17 \pm 5,14$ м ни, КХБШ $5,01 \pm 0,02$ баллни ташкил қилган бўлса, COVID-19 ўтказган СЮЕ бор беморларда бу кўрсаткичлар дастлабки гуруҳдан сезиларли даражада фарқ қилди. Бунда ОДЮС дастлабки гуруҳдан 20% ($318,46 \pm 5,85$) га пасайганини, КХБШ эса деярли 25% га кўтарилганлигини кўриш мумкин.

Хулоса. COVID-19 ўтказган СЮЕ билан хасталанган беморларда, COVID-19 ўтказмаган беморларга нисбатан касалликнинг кечиши ва ҳаёт сифати кўрсаткичини ёмонлашгани кузатилди ва бу ўз навбатида гемодинамик кўрсаткичларда ҳам ўзгаришлар билан кечди.

COVID-19 ЎТКАЗГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА КАСАЛЛИК КЕЧИШИНИ БАШОРАТЛАШ

РАХИМОВ А.Н., КАМИЛОВА У.К., ЗАКИРОВА Г.А., НУРИТДИНОВ Н.А., УТЕМУРАТОВ Б.Б.

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

Тадқиқот мақсади. COVID-19 ўтказган сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларда касаллик кечишини прогнозлаш матрицасини яратиш.

Материал ва усуллар. COVID-19 билан касалланиб тузалган сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор 138 нафар, шулардан 64 (46,38%) та аёл, 74 (53,62%) та эркак бўлган беморлар ўрганилди. Барча беморлардаги кардиоваскуляр хавф омиллари аниқланди, жумладан ортиқча тана вазни, ирсий мойиллик, чекиш, анамнездаги инфарктдан кейинги кардиосклерознинг мавжудлиги. Бундан ташқари прогнозлаш учун зарур бўлган бошқа клиник, лаборатор-инструментал текширувлар (эхокардиография, юрак доплерография, иммунофермент текширувлари) ҳам қилинди. Байеснинг эҳтимоллар назариясига асосланган, Е.Н. Шиганнинг интенсив кўрсаткичларни нормаллаштириш усулидан фойдаланилган ҳолда ишлаб чиқилди. Бунда одатдаги интенсив кўрсаткичлар ўрнига нормаллаштирилган интенсив кўрсаткичларни (НИК) қўлланилади.

Тадқиқот натижалари. Барча беморлар дастлаб 2 гуруҳга бўлинди чап қоринча отиш фракциясига (ЧҚОФ) қараб. Бунда 50 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида ЧҚОФ 50% дан камайган беморлар 60,43% ташкил қилган бўлса, 50 ёшдан баланд бўлган беморлар орасида бу курсаткич 61,70 % ташкил қилди. Умумий беморлар орасида ЧҚОФ 50% дан кам бўлган беморлар сони 60,86% ни ташкил қилди. Е.Н. Шиганнинг интенсив кўрсаткичларни нормаллаштириш усулидан фойдаланилган ҳолда прогностик коэффициент (Х) топилди. Прогностик коэффициент ҳар бир омилнинг биринчи ва иккинчи нормаллаштирилган интенсив кўрсаткичлардан келиб чиққан ҳолда топилди (мос равишта энг кичиги ва энг каттаси). Семизлик хавф омилида хавф индекси (R) 1,56 ни таш-

кил қилган бўлса, прогностик коэффициент мос равишта 1,16 га 1,81 ни ташкил қилди. Худди шу кўрсаткичлар ирсий мойиллик учун R 1,34 ни, прогностик коэффициент 1,13 га 1,52 ни, чекиш учун R 1,35 ни, прогностик коэффициент 1,14 га 1,54 ни, анамнездаги инфарктдан кейинги кардиосклерознинг мавжудлиги учун R 1,57 ни, прогностик коэффициент 1,31 га 2,06 ни ташкил қилди. Лаборатор-инструментал текширувлардан энг юқори хавф индекси глобал бўйлама деформациясининг 16% дан пасайишида кузатилган бўлса, иммунофермент текширувларидан эндотелин-1 миқдорининг қонда 8,3 пг/мл дан ошишида кузатилди. Бундан ташқари хавф индекси якуний диастолик ҳажмда, якуний систолик ҳажмда, чап бўлмача ўлчамларида, доплерографик текширувлардан Е/А кўрсаткичларида, иммунофермент текширувлардан ренин, ангиотензин, альдостерон курсаткичлари ҳисобланди. Прогнозлаш коэффициенти топилгандан кейин энг кичик кўрсаткичлар алоҳида гуруҳни ташкил қилиб, умумий йиғиндиси ихобий прогнознинг дастлабки кўрсаткичи аниқланди (17,67 балл), энг катта кўрсаткичлар алоҳида гуруҳни ташкил қилиб, умумий йиғиндиси салбий прогнознинг сўнгги нуқтаси аниқланди (31,66 балл). Шундан келиб чиқиб прогнозлаш жараёнида агар беморларда 17,67-22,33 баллгача йиғинди бўлса ихобий прогноз, 22,33-27,02 баллгача йиғинди бўлса диққат талаб қиладиган гуруҳга кириди. Агар беморларда кўрсаткичлар йиғиндиси 27,02-31,66 баллгача бўлса салбий прогноз кузатилиши башоратланади.

Хулоса. COVID-19 ўтказган СЮЕ билан хасталанган беморларда кардиоваскуляр хавф омиллари, касаллик клиник кечиши ва лаборатор функционал усуллар натижаларини ўз ичига олган прогностик матрица касаллик кечишини башоратлашга ёрдам беради.

ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

РАХИМОВА М.Э., ТУРАКУЛОВ Р.И., ПИРМАТОВА Н.В., ГАДАЕВ А.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить анамнестические особенности и оценить влияние ПД на отдаленные исходы у больных с ИБС.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов в возрасте от 41 до 82 лет, получавшие стационарное лечение в отделение кардиологии и кардиореабилитации многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в период 2019–2021 гг. Средний возраст всех больных составил $61,4 \pm 7,2$ лет. Среди них 56 мужчин (65,1%) в возрасте $56,9 \pm 8,4$ лет, 31 женщин (34,9%) в возрасте $67,4 \pm 9,2$ лет. ПД диагностировали у пациентов с СКФ менее 60 мл/мин/1,73м². Анализ анамнестических данных показал наличие высокого удельного веса традиционных факторов риска (ФР), таких как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения.

Результаты исследования. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=49) – больные с ИБС со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 100 мл/мин/1,73м²; 2 группа (n=38) – больные с СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м². По возрасту и гендерным особенностям группы существенно не различались.

Средний возраст 1 группы составил $61,9 \pm 7,8$ лет, 2 – группы $63,9 \pm 7,4$ лет. У пациентов с СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м² достоверно чаще регистрировалась сопутствующая патология, такая как АГ (87,5% и 46,7% соответственно, $p < 0,001$), сахарный диабет (58,5% и 20,7% соответственно, $p < 0,001$), ожирение (56,1% и 27,9% соответственно, $p = 0,014$), перенесенный ИМ (47,3% и 31,8% соответственно, $p = 0,034$). Частота обращения к скорой помощи в 1 группе составили 3–4 раза в год, а число повторных госпитализаций 2 раза, во 2 группе эти показатели составили в среднем 6–9 и 3–4 раза, соответственно. Повторный ИМ наблюдалось в 1 группе у 6 (12,2%) пациентов, а во 2 группе 9 (23,7%) больных. По результатам анализа выявлено, что у пациентов имевшие ФР такие как АГ, СД, ожирение, перенесших ИМ в анамнезе отмечалось пропорциональное снижению функции почек, т.е. снижение СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м².

Выводы. Таким образом, ПД встречается чаще у больных ИБС с ФР, такими как АГ, СД, ожирение и ухудшает общее состояние больного, приводит к прогрессированию основного заболевания, увеличивает риск повторного ИМ и внезапной смерти. Почечная дисфункция является одним из основных независимых предикторов неблагоприятного исхода у пациентов ИБС.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

РАХИМОВА М.Э., ГАДАЕВ А.Г., ОЧИЛОВ И.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить частоту выявления коморбидной патологии у больных с ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач был проведен ретроспективный анализ 647 историй болезни и протоколов ангиографии пациентов с заболеваниями сердечно сосудистой системы, за период с 2016 по 2020 годы, получавшие лечение в Республиканском специализированном центре хирургии и ангионеврологии. Средний возраст в общей выборке составил $62,5 \pm 7,5$ лет. Изучены распространенность факторов риска, коморбидные патологии, особенности коронарного кровотока и состояние функции почек.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных показал наличие высокого удельного веса таких заболеваний, как АГ у 92,5%, СД – 34,2%, ожирение – 71,3%, язвенное поражение ЖКТ – 29,4%, почечная дисфункция – 29,2%. Из них 45,7% перенесли инфаркт миокарда (ИМ) и 13,6% острое нарушение мозгового кровообращения. Анализируя степень тяжести поражения коронарных артерий, по результатам коронарографии следует отметить, что у пациентов с коморбидной патологией достоверно чаще регистрировались многососудистые поражения коронарных артерий и сосудов других органов [420 (65,1%) ($p < 0,05$)], у больных без коморбидности чаще регистрировалось однососудистое пораже-

ние коронарных артерий [227 (77,15%)]. В группе пациентов с коморбидной патологией преобладало поражение проксимальных сегментов (ствол левой и правой коронарной артерии), тогда как у пациентов без коморбидной патологии отмечалось поражение в основном средних сегментов. Также, частота выявления инсульта и повторных ИМ в анамнезе увеличивалась с возрастом.

У пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий индекс коморбидности Чарлсона составил $5,36 \pm 1,08$ баллов, у пациентов с

многососудистым поражением коронарных артерий $7,52 \pm 2,16$ баллов.

Выводы. Таким образом, с возрастом увеличивается число больных с коморбидными заболеваниями и их осложнениями. При наличии коморбидных заболеваний таких как СД, АГ, хроническая обструктивная болезнь легких, дисфункция почек у больных с ИБС чаще наблюдаются многососудистые поражения коронарных артерий и других бассейнов сосудистого русла.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ РОЗУВАСТАТИНОМ И КОМБИНАЦИИ С ЭЗЕТИМИБОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

РАХИМОВА М.Э., ГАДАЕВ А.Г., АБДУХАЛИКОВ О.З.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности розувастатина в комбинации эзетимибом (розулип плюс 20/10 мг) в фармакологической коррекции липидного обмена при ИБС.

Материал и методы. В исследовании участвовало 37 человек в возрасте 45–70 лет с диагнозом стабильная стенокардия напряжения I – II – III ФК ИБС. Больные были разделены на две группы: основная 25 и контрольная – 12. Пациенты из основной группы получали в базисной терапии препарат розувастатин в комбинации эзетимибом (розулип плюс 20/10 мг) 1 кап. в сутки. Участники контрольной группы – розувастатин 20 мг 1 таб. в день. Всем пациентам проведены общеклинические тесты и определены показатели липидного обмена (общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеинов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП), очень низкой плотности (ХСЛПОНП), триглицериды (ТГ)) до лечения и через 3 месяца с момента включения препаратов.

Результаты исследования показали, что переносимость препарата – хорошая, побочных эффектов не выявлено. В конце третьего месяца терапии зарегистрировано достоверное снижение уровня общего холестерина (ОХ) у участников

основной группы – на 18,7%. А у пациентов контрольной группы этот показатель составил 11,9%. Также, у пациентов основной группы значительно снизился уровень ХСЛНП на 12,7%, ХСЛОНП на 9,4%, а у участников контрольной группы эти показатели были 6,9% и 4,3%, соответственно. Отмечается повышение ХСЛВП у участников основной группы – на 13,6%. У пациентов контрольной группы содержание ХСЛВП осталось без изменений. У пациентов из основной группы уровень ТГ понизился на 10,5%, а в контрольной группе этот показатель составил 5,8%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение розувастатина в комбинации с эзетимибом является более эффективным чем монотерапия розувастатином. Результаты данной работы показали, что лечение ИБС с помощью розувастатина в комбинации с эзетимибом воздействуют на многие показатели липидного обмена.

Выводы. Препарат розувастатин в комбинации с эзетимибом обладает высоким гиполлипидемическим действием, понижая уровни содержания ХСЛНП, ХСОНП, ОХ, ТГ, при этом повышая уровень ХС ЛВП у лиц, страдающих ИБС.

ПАСТ ВА ЎРТАЧА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ХАВФИ МАВЖУД БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТОЖ АРТЕРИЯЛАРДАГИ СУБКЛИНИК АТЕРОСКЛЕРОЗНИНГ КЎКРАК АРТЕРИЯЛАРИНИНГ КАЛЬЦИНОЗИ БИЛАН ЎЗАРО БОЎЛИҚЛИГИ

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А.^{1,2}, ШАРИПОВА З.К.¹, САИДХОДЖАЕВА Д.А.¹

¹Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги тиббиёт бош бошқармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, ²Тиббиёт ходимлари касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Ўтказилган скрининг тадқиқотлари ва кўкрак артерияларининг кальцинози ва ёшга оид юрак-қон томир ходисалари хавфини ўрганиш.

Материал ва усулар. Охириги йилларда ўтказилган скрининг тадқиқотларда кўкрак артерияларининг кальцинози ва юрак-қон томир касалликларидан ўлим ўртасидаги боғлиқликни, шу билан бирга ёшга оид юрак-қон томир ходисалар хавфи 1,32 дан 1,44 гача бўлганлигини аниқланган. Кўкрак артерияларининг кальцинози юрак-қон томир касалликларидан ўлимнинг 40 % га ошиши билан боғлиқ. 25 йиллик кузатувдан сўнг кўкрак беги артериялари кальцинози юрак ишемик касаллиги, ишемик инсульт ва юрак етишмовчилиги билан боғлиқлиги кўрсатилган.

Тадқиқод натижалари. Маммограммаларда кальцинатлар қон-томирлар билан бевосита боғлиқ бўлган, параллел чизиқлар ёки чизиқли тубуляр тузилмалар шаклига эга бўлади. Шунга қарамай, BIRADS атлас қўлланмаси сифатида қабул қилинган маммакатларда рентгенолог шифокорлар маммография протоколида кўкрак беги томирлари кальцинатлари борлиги ёки йўқлигини

қайд қилишмайди. Кўпинча қон-томирлардаги кальцинатлар менопаузадан кейин кузатилади, гормонал терапия олган аёлларда эса камроқ учрайди. Шунингдек қандли диабет, гипертония, дислипидемия билан боғлиқлиги кўрсатилган. Кўп ишлатиладиган SCORE шкаласига кўра 65 ёшдан ошган шахслар камида юқори хавф тоифасига киради. Шуни эсда тутиш керакки, субклиник атеросклерознинг ультратовуш маркерлари эса асосан ёш ва ўрта ёшли одамларда учрайди. Камроқ хавфдан фарқли ўлароқ, периферик атеросклерознинг оғирлигидан қатъий назар тиббий профилактик терапия ўтказилиши керак бўлади.

Хулоса. Сут беги томирларидаги қон-томир ўзгаришларини аниқлаш аёлларда қон-томир касалликларини аниқлаш нуқтаи назаридан ўз вақтида хушёрликни олдиндан белгилаб беради. Паст ва ўртача юрак-қон томир хавфи мавжуд бўлган 40 ёшдан ошган аёлларда субклиник атеросклерознинг ўзига хос белгиларини ва юрак-қон томир асоратларининг прогнозини баҳолашга бағишланган тадқиқотлар катта илмий ва амалий аҳамиятга эга.

РОЛЬ И МЕСТО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРЕДТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А.^{1,2}, САИДХОДЖАЕВА Д.А.¹, ШАРИПОВА З.К.¹

¹Центральная клиническая больница № 1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, ²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан.

За последние 10–15 лет доказательная база тестов с физической нагрузкой увеличилась в геометрической прогрессии для конкретных групп пациентов благодаря расширению медицинского интереса к физиологическим основам многих переменных, которые ранее недооценивались, так и благодаря объединению данных в пользу многопараметрического подхода, тщательной оценке интегративной физиологии физической нагрузки.

Материал и методы. Чрезвычайно актуальной является разработка новых диагностических подходов, позволяющих прояснить мало изученные патогенетические аспекты ишемической болезни сердца (ИБС), являющейся областью растущего клинического интереса. В последние годы происходит смена парадигм в отношении выбора тех или иных методов диагностики. Так, если раньше традиционная диагностическая роль проб с физической нагрузкой заключалась в выявлении

обструктивной ИБС с целью реваскуляризации венозных коронарных поражений, то текущие стратегии сосредоточены на растущей проблеме не-обструктивной ИБС, однако в клинической практике методы для ее выявления имеют ограниченное применение.

Результаты исследования. Несмотря на то, что разработаны оптимальные диагностические алгоритмы (рекомендации Европейского общества кардиологии (ЕОК), 2013года), рекомендации Американского Колледжа кардиологии 2012 года, британские рекомендации NICE (2010; 2017гг), анализ последующей клинической практики показал, что остается много нерешенных вопросов. Новые предложения по данному вопросу предложены в новых рекомендациях по диагностике и ведению хронического коронарного синдрома 2019 года ЕОК. В них подчеркивается, что тестирование с физической нагрузкой не может служить для диагностики ИБС из-за его низкой чувствительности. Соответственно, применение его для таких целей из класса I перешло в класс IIb (B). Проведение теста с ЭКГ-нагрузкой предлагается для оценки толерантности к физической нагрузке, симптомов, аритмии, реакции артериального давления, риска сердечно-сосудистых событий у некоторых пациентов (класс I C), и данный тест может быть рассмотрен у пациентов для оценки контроля над симптомами и ишемией (класс IIb C). Кроме того, для больных с базовой предтестовой вероятностью в пределах 5–15% проведение электрокардиографического стресс-

теста целесообразно для уточнения клинической вероятности ИБС.

Новый диагностический алгоритм по обследованию больных с подозрением на хронический коронарный синдром содержит ряд новых положений, среди которых следует отметить следующие: пересмотрена шкала предтестовой вероятности; введено понятие клинической вероятности; уточнено значение различных неинвазивных тестов с центральной ролью тестов с визуализацией для выявления ишемии миокарда. Однако, следует принимать во внимание, что при разработке шкалы оценки предтестовой вероятности ИБС включены больные низкого риска, у большого числа из которых обструктивные поражения коронарных артерий были верифицированы при МСКТ-ангиографии; критерием наличия обструктивных поражений были стенозы $\geq 50\%$. Изменения в шкале оценки предтестовой вероятности ИБС объясняют снижением частоты встречаемости факторов риска и улучшением медикаментозной терапии, а также снижением распространенности ИБС в развитых странах Запада. По мнению ряда исследователей (Сумин А.Н. (2017), Genders T.S. (2018) оценка предтестовой вероятности не превосходит предсказательной точности клинической оценки.

Выводы. Наблюдаемое несоответствие приводит к тому, что вероятность ИБС завышается, а это в свою очередь приводит к нерациональному использованию диагностических процедур.

ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ТРАНСКЛАПАН ОҚИМ ТЕЗЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А.¹, ЮСУПАЛИЕВА Г.А.², НАЗИРХУЖАЕВ Н.Ш.³

¹Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги тиббиёт бош бошқармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, Тошкент, ²Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, ³Тошкент вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Маслаҳат-ташхис поликлиникаси, Тошкент вилояти, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Ўзбек популяциясидаги турли ёшдаги соғлом болаларда трансклапан тезликларни баҳолаш ва ёшга ҳамда антропометрик параметрларга боғлиқлигини аниқлаш.

Материал ва усулар. 96 нафар 0–14 ёшдаги соғлом болалар. Текширувлар эксперт классдаги Toshiba Xario 200 ультратовуш қурилмасида олиб борилди. Кулранг шкалали режим, рангли, импульс (PW) ва узлуксиз тўлқинли (CW) доплер усулларида фойдаланилди. Апикал тўрт камерали кесимда тансмитрал ва транстрикуспидал оқим тезлиги, беш камерали кесимда трансаортал оқим тезлиги, парастернал кўндаланг кесимда эса транспульмонал оқим тезлиги баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. Митрал клапан оқими тезлиги 78–145 см/сек (ўртача 109 см/сек), трикуспидал клапан оқими тезлиги 53–103 см/сек

(ўртача 76 см/сек), аортал клапан оқими тезлиги 97–179 см/сек (ўртача 137 см/сек), пульмонал оқим тезлиги эса 81–181 см/сек (ўртача 108 см/сек) диапозонида эканлиги маълум бўлди. Қуйидаги диаграммаларда тадқиқотда олинган трансклапан оқим тезликлари ва уларнинг ёш, бўй узунлиги ва тана вазнига қараб ўзгариши тасвирланган.

Хулоса. Болаларда трансклапан тезликларни юқори чегараси катталарга нисбатан юқорироқ. Митрал, трикуспидал ва аортал клапан оқими тезликлари боланинг ёши ва антропометрик параметрларига минимал даражада боғлиқ. Ўпка артерияси клапани оқими тезлиги билан ёш, бўй ва тана вазни орасида сезиларли боғланиш мавжуд; боланинг ёши ва тана ўлчамлари ошган сари транспульмонал тезлик пасайиб боради.

КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ: «ЛЕГКИЕ – ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»

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

НАО «Медицинский университет Астана»¹ Нур-Султан,
НАО «Медицинский университет Караганды»², Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Клинико-экспериментальное обоснование 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%). Проведены 3 серии экспериментов на 290 крысах линии Вистар: 1) Хроническая АГ (солевая диета с 18% NaCl в течение месяца, после чего проводилась гипотензивная терапия берлиприлом (Berlin-Chemie) в дозе 0,5 мг/кг (n=24) и корвитолом (Berlin-Chemie) по 3 мг/кг (n=28). Препараты вводили через зонд в желудок в 2% растворе крахмала. 2) Серия АГ на фоне экспериментального аллоксанового СД (n=22) воспроизведенного в/в введением 4% раствора аллоксана (Lachema, Чехия) в дозе 37 мг/кг массы тела. В последующем животные содержались на солевой диете с проведением терапии: эналаприлом (n=11) и метопрололом (n=11). Наблюдение за животными с хронической АГ проводилось до 6 месяцев. 3) Острая адрена-

линовая гипертензия (n=10) путем введения в бедренную вену 0,4 мл 0,5% раствора адреналина. Кроме общепринятых использованы специальные методы исследования: оценка эндотелиальной дисфункции, показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантного статуса, сурфактантной системы легких, тизеографическое и подробное морфологическое. У 230 больных ЭАГ изучено влияние длительного приема (6–12–18–24 мес.) препаратов на ФВД и гемодинамику: эналаприл – 39, лизиноприл – 24; периндоприл – 27; квинаприл – 22; пропранолол – 11; атенолол – 25; метопролол – 32; бисопролол – 26; небиволол – 24 б-х. При необходимости дополнительно назначались гидрохлортиазид или индапамид, всего у 173 чел.

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, длитель-

ности 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. Констатирована эндотелиальная дисфункция, происходит интенсификация липопероксидации в плазме крови и эритроцитах, дисбаланс 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 бронхоспазм, пери-

бронхиальная лимфоидная инфильтрация, макрофагальная реакция, неравномерная гипертрофия мышечного слоя артерий, при АГСД дополнительно периваскулярный отек, сосудистые инвагинации. Длительный прием БАБ приводит к снижению спирометрических показателей, увеличению R-occlusion, повышению ДЛА. ИАПФ не оказывают отрицательного влияния на ФВД и ДЛА. В эксперименте на фоне терапии и снижении системного АД наблюдается регрессия лимфоидно-макрофагальной инфильтрации легких при лечении эналаприлом, а также при лечении метопрололом с сохранением бронхоспастического компонента.

Вывод. Выявленные при АГ в клинике и эксперименте изменения бронхо-легочной системы и гемодинамики, прогрессирующие с нарастанием степени АГ и категории риска, позволяют рассматривать легкие – как орган-мишень при АГ.

АКТИВНОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

СУЛЕЙМАНГУЛЫЕВ Ш.М., ДЖУМАЕВ Х.Х., ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., МУРАТНАЗАРОВА Н.А.

Научно-клинический центр кардиологии, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить активность провоспалительных цитокинов у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий (КА) и ишемической болезнью почек до и после стентирования почечных артерий.

Материал и методы. Обследовано 230 пациентов ИБС (длительностью в среднем $8,1 \pm 0,5$ лет), из которых 176 было мужчин и 54 – женщин, в возрасте от 38 до 55 лет (средний возраст – $51,8 \pm 2,6$ лет). Всем больным проведено ангиографическое исследование. Функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения были следующие: ФК II – у 22,6% пациента, ФК III – у 66,1%, ФК IV – у 11,3%. У 73,5% пациентов АГ выявлена у 90,4%, при этом III степень была у 75,0%, длительностью – $12,4 \pm 0,6$ лет. В контрольную группу вошли 30 здоровых человек, из которых 25 мужчин и 5 женщин в возрасте от 41 до 56 лет ($49,3 \pm 0,6$ лет). Группы не различались по возрасту и полу.

Результаты исследования. При исследовании гемодинамики почек выявлены стенозы у 68,6% больных от 30 до 90% диаметра просвета ПА, у 7,5% – окклюзия ПА и сморщивание почек. Степень стеноза правой ПА (ППА) в основной группе в среднем составил $67,0 \pm 1,0\%$, в левой ПА (ЛПА) – $61,0 \pm 1,4\%$. Диаметр ППА в 1 группе составил в среднем $0,44 \pm 0,003$ см, во 2 груп-

пе – $0,51 \pm 0,0004$ см ($p < 0,001$). Диаметр ЛПА в 1 группе был $0,46 \pm 0,003$ см и в контрольной группе – $0,52 \pm 0,0009$ см ($p < 0,001$). Уровень ФНО- α в основной группе составил $49,0 \pm 5,3$ пг/мл в контрольной группе – $54,2 \pm 8,6$ пг/мл ($p > 0,34$), Уровень ИЛ-6 у больных основной группы был выше по сравнению с контрольной группой и составил $20,8 \pm 10,7$ пг/мл и $6,4 \pm 1,7$ пг/мл соответственно ($p > 0,1$), уровень ИЛ-2R в основной группе составил $258,7 \pm 30,6$ пг/мл и в контрольной – $218,3 \pm 21,9$ пг/мл ($p > 0,23$).

Учитывая 70% поражения ПА всем больным было проведено стентирование с последующим повторным исследованием уровня провоспалительных цитокинов. У 76,2% больных нормализовались цифры артериального давления, но у 23,8% больных нормализации АД не наступило. У больных с нормализацией АД уровень ФНО- α составил $56,4 \pm 7,7$ пг/мл, ИЛ-6 – $3,2 \pm 0,8$ пг/мл и ИЛ-2R – $260,2 \pm 21,6$ пг/мл, а без стабилизации АД – ФНО- α $54,2 \pm 8,6$ пг/мл ($p > 0,1$), ИЛ-6 – $72,6 \pm 14,8$ пг/мл ($p < 0,001$) и ИЛ-2R – $297,3 \pm 26,1$ пг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Отсутствие нормализации АД вероятно являются результатом воспалительного процесса сосудистой стенки обусловленное стентированием или нарушением турбулентного кровотока поддерживающий воспалительный процесс.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

ТАГАЕВА Д.Р., ИКРАМОВА Ф.А., КАМИЛОВА У.К., ХАМРАЕВ А.А., АБДУЛЛАЕВА Ч.А.,
МАШАРИПОВА Д.Р., ЗАКИРОВА Г.А.

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

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

Материал и методы. В исследование были включены 128 больных 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 исследование не включались больные с сахарным диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что у больных с I ФК ХСН показатель СКФ составил $86,4 \pm 9,5$ мл/мин/1,73 м² со II ФК ХСН составил $77,1 \pm 16,4$ мл/мин/1,73 м² и у больных с III ФК ХСН $65,3 \pm 12,0$ мл/мин/1,73 м² соответственно. При этом больные СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² 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 функционального состояния почек выявило, что у больных СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м²

данный показатель составил $344,6 \pm 21,8$ м и у больных СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² – $235,0 \pm 8,24$ м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² – $8,1 \pm 0,67$ баллов, по сравнению с группой больных СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м², 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 ≥ 60 мл/мин/1,73 м² данный показатель составил $37,2 \pm 2,24$ баллов, у больных СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² – $49,4 \pm 5,13$ 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.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДИКТОРОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТАНГИЕВА О., ОВЕЗОВА Г., МУХАММЕДОВА ДЖ., АКМАММЕДОВА А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Изучение оценки различных предикторов у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 78 больных (38 мужчин и 40 женщин) АГ получивших лечение в возрасте от 20 до 40 лет.

При обследовании определяли заболеваемость артериальной гипертензией членов семьи больных (у матери и отца), вредные привычки, особенности питания, измеряли рост и вес, артериальное давление, уровень холестерина, β

– липопротеиды. Определяли индекс массы тела и виды ожирения. При обследовании всем больным было проведено ЭКГ и ЭхоКГ с последующим вычислением общепринятыми методами показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики и сердечной геометрии. Распределение факторов риска было проведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ и международного общества гипертонии.

Результаты исследования. У 73,2% обследованных, в семье которых ранее выявленных

больных артериальной гипертензией, этот наследственно-предрасположенный фактор риска считается одним из основных. Тем не менее, выявлено значительное влияние внешних факторов на уровень артериального давления, что указывает на неоднозначность воздействия генетических факторов у взрослых людей. При обследовании больных использованы деление факторов риска и показаны частота выявления ассоциированных прогностических неблагоприятных состояний факторов риска. Выявлено, повышение систолического артериального давления выше 140 мм рт.ст. диастолического выше 90 мм рт.ст. – 58,8%; малоподвижный образ жизни – 58,1%; злоупотребление алкоголем – 52,7%; курение – 52,0%; ожирение (ИМТ) – 45,2%; $holesterin > 6.5 \text{ mmol/l}$ – 45,2%, пол (мужчины и женщины старше 55) – 39,9%; сахарный диабет – 16,2%. У лиц с избыточным весом при индексе массы тела свыше 30 вероятность возникновения артериальной гипертензии (АГ) возрастает в 2–6 раз. У всех обследованных нами больных выявлена гиподинамия. При сравнении тренированных и ведущих малоподвижный образ жизни людей выявлено 20–50% заболеваемость АГ. Доказана взаимосвязь между уровнем артериального давления и физической активностью.

Вне зависимости от ожирения, физической активности, пола и возраста имеется кратковременное и длительное воздействие алкоголя на уровень артериального давления. Таким образом, факторы риска у обследованных нами больных очень высоки и включают в себя состояния поддающиеся коррекции (ожирение, курение, алкоголь и другие). При изучении возникших изменений миокарда больных разных групп риска в группе риска, больных с выраженными и очень высокими сердечно-сосудистыми осложнениями выявлены явные признаки гипертрофии левого желудочка (вычислялась масса левого желудочка) и превышение частоты ассиметричной гипертрофии левого желудочка. Самое неблагоприятное увеличение массы левого желудочка соответствовало концентрической гипертрофии левого желудочка. Если масса левого желудочка превышала 200 г, осложнения составляли – 51, 0%.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, в частности первичный врачебный осмотр, выделение групп с высоким риском, объяснение больным о воздействии факторов риска на организм и в соответствии с этим со стороны врачей своевременная профилактика позволит предупредить церебральные и сердечные осложнения.

АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

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

Цель исследования. Анализ активности ренина в плазме крови (АРП), концентрации альдостерона и величины массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у пациентов при гипертонических кризах (ГК).

Материал и методы. Было обследовано 111 пациентов с артериальной гипертензией I и II стадий (АГ I, АГ II), из них 53 больных с АГ I и 58 пациентов с АГ II. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 69 лет. Мужчин было 49, женщин – 62. Активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы определялась с помощью радиоиммунологического исследования. По величине ММЛЖ все больные были разделены 3 группы: 1) без гипертрофии (ММЛЖ менее 150 г); 2) с умеренной гипертрофией левого желудочка (150–200 г ММЛЖ); 3) с выраженной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) – ММЛЖ более 200 г.

Результаты исследования. У больных АГ I без гипертрофии при кризах в половину случаев

наблюдалась высокая активность ренина в плазме крови (АРП – 5 нг/млхч), вдвое реже встречались ГК с нормальной и низкой активностью ренина, так называемые нормо – и низкоренинные. При умеренной ГЛЖ АРП была чаще в пределах нормы (50% случаев). С дальнейшим развитием ГЛЖ у больных АГ I отмечалось уменьшение случаев норморенинных и гиперренинных ГК (в среднем на 18%) и увеличение гипоренинных ГК (на 21%), что подтверждалось при обнаружении тенденции к определенной зависимости ММЛЖ от АРП. При АГ II ГК у больных характеризовались высокой степенью АРП. У пациентов с выраженной ГЛЖ гиперренинные кризы встречались реже (на 38%) и возрастала доля кризов с нормальным уровнем ренина в плазме крови (на 21%). Концентрация альдостерона у больных без ГЛЖ и с умеренной гипертрофией была выше, чем при выраженной ГЛЖ (в среднем в 1,8 раза). При ассиметрической ГЛЖ во время ГК вне зависимости

от стадии заболевания наблюдались нормальные значения АРП.

Выводы. Гипертрофия миокарда и активность ренина в плазме крови оказывали опреде-

ленное воздействие друг на друга. ГЛЖ в целом имеет важное компенсаторное значение в течении ГК.

ГЕМОДИНАМИКА ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ КРИЗА

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить гемодинамику гипертрофированного сердца при ГК.

Материал и методы. Обследовано 86 больных артериальной гипертензией (АГ) во время ГК, которые были разделены на две группы: 1) 46 больных с АГ без ГЛЖ; 2) 40 пациентов с АГ с ГЛЖ. В обеих группах больные были практически сопоставимы. Контрольную группу составили 37 здоровых лиц. С помощью эхокардиографии определялись ударный объем (УО), конечный диастолический и систолический объемы (КДО, КСО), фракция выброса (ФВ) и внутримиокардиальное напряжение (отмх). Тип гемодинамики определялся по уровню сердечного индекса (СИ) (эукинетический тип при $СИ=2,5-4,2$ л/мин $\times$ м²; гипокинетический тип $<2,5$ л/мин $\times$ м²; гиперкинетический при $СИ>4,2$ л/мин $\times$ м²).

Результаты исследования. Увеличение $\Sigma_{\text{мах}}$ при гиперкинетическом ГК ($396,3\pm 53,64\times 10$ дин/см²) по сравнению с эукинетическим ГК ($251,83\pm 24,1\times 10$ дин/см²; $p<0,02$) и гипокинетическим кризом ($210,27\pm 10,84\times 10^3$ дин/см²; $p<0,01$) снижало коронарное кровоснабжение и ухудшало контрактильность миокарда ($ФВ=52,95\pm 3,72\%$).

ФВ была ниже показателей при эукинетическом и гипокинетическом ГК (соответственно, на 24,5%; $p<0,001$ и 21,3%; $p<0,001$). При прогрессировании заболевания увеличение УО на 40,6% поддерживало на достаточном уровне сократительную функцию левого желудочка ($ФВ=60,89\pm 5,52\%$) в условиях его компенсаторной дилатации. При гиперкинетическом ГК ФВ была ниже на 19,5% чем у больных без ГЛЖ ($ФВ=59,39\pm 3,31\%$). Сократимость миокарда в условиях ГЛЖ при эукинетическом ($ФВ=67,6\pm 2,31\%$) и гипокинетическом ГК ($66,99\pm 2,37\%$) практически не отличалась от показателей у больных без ГЛЖ. Если у практически здоровых людей рост КДО сопровождался увеличением ФВ ($r=0,6$; $p<0,05$), то у больных эта зависимость нарушалась. Повышение КДО приводило к снижению ФВ ($r=-0,747$; $p<0,001$).

Выводы: При АГ конечные объемы левого желудочка отрицательно влияют на насосную функцию сердца. Обратная корреляционная зависимость сократительной способности миокарда от КДО связана со снижением при ГК резервных возможностей миокарда в условиях дилатации сердца.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦЕЙМЕРА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ТОЛИБОВ Д.С., АСЛАНОВА С.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-психопатологических особенностей деменций альцгеймеровского типа при коморбидности с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных, соответствующих критериям болезни Альцгеймера по МКБ-10 при коморбидности с гипертонической болезнью. Определялись сенильный (рубрика F00.1) и пресенильный (рубрика F00.0) типы болезни Альцгеймера (БА). Проведено кли-

нико-психологическое, нейропсихологическое, сомато-неврологическое обследование пациентов, находившихся на стационарном лечении во ТМА 1 – клиника отделение неврология. использовании

когнитивных шкалы MMSE для оценка когнитивных состояние; шкала клинической оценки деменции – CDR (Morris J.C., 1993 г); шкала глобального ухудшения психических функций – GDS (Reisberg B. Et al., 1982 г); Все обследуемые обследованы методами МСКТ или МРТ. Психиче-

ские, поведенческие, и аффективные расстройства оценивались с помощью психоневрологического опросника NPI. Изучено 2 группы больных (первая группа 22 пациентов (55%) с ДАТ, вторая группа 18 больных (45%) с сенильной ДАТ (СДАТ)).

Результаты исследования. Были выявлены определенные различия в 2-х изучаемых группах: при БА наблюдалось сочетанное или изолированное нарушение высших корковых функций у 83% пациентов на этапе легкой деменции, у 100% при умеренной и у 98% тяжелой деменции, а при СДАТ соответственно 26% больных, 74% пациентов и 2-х больных. У больных СДАТ преобладали интеллектуально-амнестические расстройства над нарушениями высших корковых функций, а также сохранность моторного компонента праксиса. Психотические симптомы отличались и по частоте встречаемости, и по клинической структу-

ре, особенно на этапе мягкой деменции. Так, при БА они были представлены бредовыми идеями преследования, ущерба, отношения и ревности, а при СДАТ – бредовыми идеями ущерба и воровства. Со стороны аффективной сферы также выявлены определенные различия. Так, при БА на всех этапах деменции одинаково встречались как депрессивные реакции и дисфории. На этапе умеренной деменции аффективные расстройства выявлялись чаще при БА (70%), чем при СДАТ (30%). Поведенческие нарушения на всех этапах становления деменции чаще встречались у пациентов с СДАТ (80%), чем при БА (20%). Преобладали явления расторможенности влечений и импульсивности.

Выводы. Основные различия в клинической картине БА и СДАТ позволят адекватно планировать реабилитационные мероприятия у данного тяжелого контингента больных.

МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ТОЛИБОВ Д.С., АСЛАНОВА С.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность диагностики нарушения когнитивных функций у больных с хронической сосудисто – мозговой недостаточностью (ХСМН) III-IV ст. с сосудистой деменцией на фоне гипертонической болезни с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA test).

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов (32 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $58,6 \pm 5,3$ года) разделенные на 2 группы: 1 группа основная группа ХСМН (III-IVст.) 30 больных с сосудистой деменцией и 30 больных с ХСМН (III-IVст.) без когнитивных нарушений. В качестве метода исследования объективных показателей когнитивных функций использовали MoCA – test включающую задания на память, внимание, ориентировку, «управляющие» функции, абстрагирование, конструктивный праксис, зрительно-предметный гнозис и номинативную функцию речи. В качестве контрольной группы послужили результаты исследования 30 практически здоровых добровольцев, не имеющих патологию ЦНС, не страдающих когнитивными нарушениями.

Результаты исследования. При исследовании получены следующие показатели: в I группе – зрительно-исполнительные навыки $2,9 \pm 0,2$ балл, название $0,8 \pm 0,2$ балл, кратковременную память 0 балл, тест на внимание $2,8 \pm 0,2$ балл, тест на беглость речи $0,9 \pm 0,2$ балл, абстрактное

мышление 0 балл, отсроченное воспроизведение $1,8 \pm 0,2$ балл, тест на ориентацию во времени $1,7 \pm 0,3$ балл. При суммировании баллов установлено $10,9 \pm 0,4$ баллов. Во II группе – зрительно-исполнительные навыки составили в среднем $4,9 \pm 0,1$ балл, название $2,8 \pm 0,2$ балл, кратковременную память 1 балл, тест на внимание $3,8 \pm 0,4$ балл, тест на беглость речи $2,1 \pm 0,3$ балл, тест на абстрактное мышление $1,9 \pm 0,1$ балл, отсроченное воспроизведение $3,8 \pm 0,3$ балл, тест на ориентацию во времени $4,7 \pm 0,2$ балл. При суммировании баллов установлено $24,1 \pm 0,3$ баллов. Тогда как в контрольной группе зрительно-исполнительные навыки составили в среднем 5,0 балл, название $2,9 \pm 0,1$ балл, кратковременную память 1 балл, тест на внимание $4,2 \pm 0,2$ балл, тест на беглость речи $2,8 \pm 0,2$ балл, тест на абстрактное мышление 2,0 балл, отсроченное воспроизведение $3,9 \pm 0,1$ балл, тест на ориентацию во времени $4,9 \pm 0,1$ балл. При суммировании баллов установлено $26,7 \pm 0,1$ баллов. Дуплексное сканирование сосудов шеи выявило наличие гемодинамически значимого дефицита в I группе 65%, наличие гемодинамически незначимого дефицита во II группе 47%, в контрольной группе 30–32% в пределах нормы. Корреляционный анализ суммарного показателя MoCA теста и толщины комплекса интима медиа $p < 0,05$ в I группе, и $p \leq 0,05$ во II группе, что свидетельствует о наличии обратной корреляционной связи между изучаемыми параметрами.

Выводы. 1. С целью своевременного выявления стенозирующего поражения МАГ с гемодинамически значимым дефицитом необходимо наряду с проведением дуплексного сканирования сосудов шеи изучения состояния когнитивных функций при помощи MoCA test.

2. Степень нарушения когнитивных функций находится в обратной пропорциональной зависи-

мости от показателя толщины комплекса интим-медиа и выраженности стенозирующего процесса.

3. Суммарный балл по Монреальской когнитивной шкале является чувствительным индикатором нарушения когнитивных функций от легких и умеренных до глубокой сосудистой деменции, эффективен при определении тактики лечебных подходов у больных с стенозирующим поражением МАГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗА В БАССЕЙНЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., НУРГЕЛЬДЫЕВ Х.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырада Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан

Тадқиқод мақсади. Выявить взаимосвязи хронических заболеваний органов пищеварения и атеросклероза в бассейне брюшной аорты у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 43 пациента мужского пола в возрасте от 50 до 80 лет (средний возраст $67,3 \pm 3,8$ лет), которые были разделены на 2 группы: 1 группу включены 23 (53,5%) больных с абдоминальные боли, кишечная дисфункция и прогрессирующее снижение массы тела и 2 группу – 20 (46,5%) больных без симптомов. Для оценки частоты и выраженности желудочно-кишечных симптомов использовался опросник GSRS. Всем пациентам проведено ультразвуковое доплерографическое и ангиографическое исследование брюшной аорты, чревного ствола и брыжеечных артерий для верификации атеросклеротического поражения сосудов.

Результаты исследования. Стенокардия I-II функционального класса (ФК) в 1 группе была 47,8% больных, во 2 группе – у 70,0% ($p < 0,01$). В то же время III-IV ФК – у 52,2% и 30,0% ($p < 0,002$) соответственно. Артериальная гипертензия была выявлена в 1 группе у 100% и во 2 группе – у 55,9% ($p < 0,001$). У больных 1 группы выявлен выраженный мультифокальный атеросклероз мезентериальных сосудов. Среди исследованных факторов риска в данной группе преобладало курение – у 93,3%, перенесенный инфаркт миокарда был у 53,8%. Атеросклероз нижних конечностей

в 1 группе был выявлен у 17 (73,9%), а во 2 – у 4 (20,0%) больных. Сахарный диабет в 1 группе был у 5 (21,9%) и во 2 группе – 8 (40,0%) больных. В структуре заболеваний органов пищеварения преобладали язвенно-эрозивные болезни желудка и 12типерстной кишки (в 1 группе у 91,3% и во 2 – 35,0% случаев) хронический панкреатит (69,6% и 20,9% соответственно). Анализ клинических симптомов показал, что у 91,3% больных 1 группы наблюдался абдоминальный синдром и носил постоянно ноющий характер, а во 2 группе этот симптом наблюдался 15,0%. Синдром малой пищи наблюдался у 78,3% 1 группы, во 2 группе – у 10,0%. У больных 1 группы отмечалась связь болевого синдрома с физической нагрузкой у 60,9% больных, во 2 группе не было обнаружено связи. Желудочная диспепсия выявлялась у 100% больных 1 группы. Выявлена связь между степенью тяжести стенозов мезентериальных артерий и выраженностью абдоминального болевого синдрома по опроснику GSRS ($r=0,2$; $p < 0,05$).

Выводы. Среди пациентов с атеросклерозом мезентериальных сосудов 91,3% случаев выявлены эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны и клинические проявления присутствовали практически у всех больных, их выраженность не зависела от тяжести поражения мезентериальных сосудов и не различались в частоте выявления инфекции H. pylori, злоупотребления алкоголем, курения, приема антиагрегантов.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА ЁШНИНГ ТРОМБОЦИТЛАР АГРЕГАЦИЯСИ ВА АСПИРИНРЕЗИСТЕНТЛИККА ТАЪСИРИ

ХОДЖАНОВА Ш.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади ацетилсалицил кислотани қисқа ва узоқ муддат қабул қиладиган юрак ишемик касаллиги турғун зўриқиш стенокардияси II–III функционал синфи билан оғриган беморларда тромбоцитлар функционал ҳолатини баҳолаш ва аспирин резистентликка таъсир этувчи хавф омилларини аниқлашдан иборат.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга ЮИК турғун зўриқиш стенокардияси II–III ФС ташхиси билан даволанган 116 нафар бемор жалб этилди. ЮИК ташхиси ва ТЗС функционал синфлари уларнинг шикоятлари, анамнези, объектив кўрик ва лаборатор-асбобий текширувлар асосида Европа кардиологлар жамияти мезонларига кўра қўйилди. Беморларнинг ўртача ёши $64,9 \pm 0,9$ бўлди ва беморлар орасида эркаклар 55,1% (64 нафар), аёллар 44,8% ни (52 нафар) ташкил этди.

Барча беморлар ЮИКда стандарт терапия бўйича антитромботик, антигипертензив, антиангинал препаратлар, статинлар билан даволанди. Антиагрегант сифатида 75мг дозада АСК (кардиомагнил) қабул қилинди. Тромбоцитлар агрегациясини агрегацияси анъанавий турбодометрик усулда текширилди, бунда тромбоцитлар агрегацияси индуктори сифатида аденозиндифосфат (АДФ) нинг 0,1, 1,0 ва 5,0 мкмоль эритмасидан фойдаланилди. Меъёр қийматлар тариқасида қабул қилинди: спонтан агрегация учун – 1,0–1,5 нисб. бирл., 0,1 мкмоль АДФ билан индуцирланган учун – 1,0–2,0 нисб.бирл., 1,0 мкмоль АДФ билан индуцирланган учун – 1,5–5,5 нисб.бирл., 5 мкмоль АДФ билан индуцирланган учун – 25–72%. Резистентлик мезони сифатида тромбоцитлар агрегацияси эгрилигида ажралиш фазасининг мавжудлиги ва $>1,5$ нисб.бирл. тромбоцитлар спонтан агрегация даражаси ҳамда 5,0 мкмоль АДФ билан индуцирланган тромбоцитлар агрегациясининг $>72\%$ даражаси ишлатилди.

Тадқиқот натижалари. Кардиоваскуляр хавф омили бўлган беморлар ёшининг тромбоцитлар агрегациясига таъсирини баҳолаш учун ЮИК билан оғриган беморлар икки гуруҳга ажратилди: ёш ва ўрта ёшдаги беморлар – 60 ёшгача бўлган беморлар ($n=23$); кекса ёшдаги беморлар – 60 ёш ва ундан катта беморлар ($n=69$).

Ушбу тадқиқотни амалга ошириш жараёнида ёш ортиб бориши билан АСК препаратини қабул қилган беморлар гуруҳида тромбоцитларнинг функционал фаоллиги ҳам ошиб бориши аниқланди. бунда кекса ёшдаги беморлар гуруҳида ёш ва ўрта ёш беморлар гуруҳига қараганда спонтан агрегация (мос равишда $1,63 \pm 0,07$ ва $1,35 \pm 0,09$, $p < 0,05$), 1,0 мкмоль АДФ қўлланилганда (мос равишда $15,39 \pm 1,04$ ва $9,84 \pm 1,61$, $p < 0,01$) ва 5,0 мкмоль концентрацияда қўлланилганда (мос равишда $54,59 \pm 2,37$ ва $38,33 \pm 4,4$, $p < 0,01$) тромбоцитлар функционал фаоллигиошиши статистик аҳамиятли бўлди. Бунда, кекса ёшдаги беморлар гуруҳида аспиринга резистентлик ёш ва ўрта ёш беморларга нисбатан кўпроқ кузатилди (мос равишда 36,7% ва 17,4% $\chi^2=3,25$ $p < 0,05$). Шунингдек, тромбоцитлар агрегацияси ва беморлар ёши ўртасидаги корреляцион боғланишлар ўрганилганда ўзаро ишончли корреляцион боғланишлар спонтан агрегация ($r=0,157$, $p < 0,05$) ва 5,0 мкмоль АДФ-индуцирланган агрегацияда ($r=0,298$, $p < 0,05$) аниқланди.

Хулоса. ЮИК мавжуд беморларда тромбоцитлар агрегацион ҳолатига юрак қон-томир хавф омилларидан ёшнинг таъсир кўратиши аниқланди. 60 ёш ва ундан катта беморларда 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан тромбоцитлар агрегацияси ишонарли юқори бўлганлиги кузатилди ва уларда 36,7% аспиринга резистентлик ҳолати аниқланди.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЧАПАУ А.Х., ОРАЗМАММЕДОВА Ш.М., ОДЖАРОВА Б.Г., ШИХМЫРАДОВА Г.А.

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

Цель исследования. Определение эффективности проводимого лечения у больных с хронической сердечной недостаточностью по результатам применения теста с 6-минутной ходьбой.

Материал и методы. Проведено обследование 73 больных, страдающих ишемической бо-

лезной сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Возраст больных от 43 до 72 лет. Среди обследованных – 23 женщины и 50 мужчин. Средняя длительность заболевания $9,3 \pm 2,6$ лет. Клиническое состояние больных оценивалось по шкале оценки клиниче-

ского состояния (ШОКС) рекомендованная Американской ассоциацией, Европейским обществом кардиологов, модифицированная В.Ю.Мареевым и Ю.Н.Беленковым. Величина фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) по данным эхокардиографии колебалась в пределах от 23–48%. В соответствии с классификации NYHA у 31 обследованных диагностирована ХСН II функционального класса (ФК), у 42 больных – ХСН III ФК. Перед началом и сразу после завершения 6 – минутной ходьбы регистрировали частоту сердечных сокращений (ЧСС) и частоту дыхания (ЧД), отмечали пройденное расстояние в метрах. После прекращения пробы фиксировали возникновение при выполнении теста неприятные ощущения: боли, одышку, сердцебиение, усталость. Их интенсивность оценивали в баллах по модифицированной шкале G.Borg. Количество баллов, отражающее выраженность каждого возникающего при выполнении пробы ощущения, для конкретного больного, суммировали. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы STATISTICA (версия 6.0). Количественные показатели при нормальном распределении представлены как среднее арифметическое $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для установления достоверности статистических различий между группами использовались параметрический и непараметрический методы сравнения. Достоверными считали результат статистических исследований при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты исследования. Первоначально проба с 6 – минутной ходьбой была проведена больным до лечения. Больные прошли от 40 до 398 м, что в среднем составило $237 \pm 12,3$ м. При этом, согласно шкале Борга неприятные ощущения (одышка $2,5 \pm 0,15$ балла, сердцебиение $2,3 \pm 0,2$ балла, боли $1,0 \pm 0,08$ балла, усталость $2,2 \pm 0,17$ балла) в сумме баллов составили $8,0 \pm 0,6$ баллов. После проведенного курса лечения мочегонными, ингибиторами ангиотензин превращающего фермента, нитратами, дезагрегантами больным повторно проведена проба с 6 – минутной ходьбой. Больными пройдено от 70 до 423 м, что в среднем составило $302 \pm 11,3$ м. При этом, согласно шкале Борга неприятные ощущения уменьшились – одышка $2,2 \pm 0,2$, сердцебиение $1,8 \pm 0,1$, боли в сердце $0,7 \pm 0,4$, усталость $1,5 \pm 0,16$ баллов. Сумма результатов повторной пробы по шкале Борга соответствовала $6,2 \pm 0,5$ баллов.

Клинически значимого ухудшения состояния больных при проведении пробы не отмечалось. Улучшение переносимости физических нагрузок в процессе лечения было тесно связано с повышением качества жизни больных, которое определялось по Миннесотскому опроснику.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало высокую информативность пробы с 6 минутной ходьбой у больных с ХСН (особенно в сочетании со шкалой Борга), т.к. позволяет оценить не только толерантность к физической нагрузке, но и эффективность проведенного лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ШОАЛИМОВА З.М., ЖАЛИЛОВ Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности факторов риска ИМ в молодом возрасте.

Материал и методы. В исследование было последовательно включено 108 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с подтвержденным диагнозом ИМ с подъемом и без подъема сегмента ST, поступивших в отделение кардиореанимации многопрофильной клиники ТМА с 1 января 2020 года по 1 января 2022 года. Группу сравнения составили 35 пожилых пациентов с ИМ в возрасте от 60 до 75 лет. Критериями не включения в исследование были острые и хронические заболевания в стадии обострения, фибрилляция предсердий, сахарный диабет 1 типа, тяжелые нарушения функции печени и почек, психические заболевания, деменция. Все пациенты, включенные в исследование, подписали добровольное информированное согласие на участие в нем. При поступлении в клинику проводилась оценка клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных. Оценивали показатели общего и биохимического

анализов крови, липидного спектра, показателей системы гемостаза, экскреции альбумина с мочой. Сравнение средних величин в случае нормального распределения осуществляли путем расчета t-критерия Стьюдента, при отсутствии нормального распределения – U-критерия Манна-Уитни. Номинальные данные сравнивали при помощи критерия χ^2 Пирсона. Различия показателей считали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. При поступлении в стационар средний возраст в группе молодых пациентов составил 41,0 (38,0–43,0) лет, в группе пожилых – 67,5 (64,0–71,3) лет ($p = 0,000$). В когорте молодых в 1,7 раз чаще встречался ИМнST (84,3 vs. 48,5%, $p = 0,000$). Установлено, что среди молодых пациентов в 2,3 раза чаще встречались лица мужского пола (85,2% vs. 37,1%, $p = 0,000$). Молодые пациенты с ИМ в 3,4 раза чаще курили (70,2% vs. 20,6%, $p = 0,000$) и в 3,4 раза чаще имели отягощенную по раннему дебюту ишемической болезни

сердца (ИБС) наследственность (54,6% vs. 16,0%, $p=0,001$). Среди пожилых пациентов основными факторами риска ИМ были артериальная гипертензия (88,2% vs. 58,8%, $p=0,002$) и сахарный диабет 2 типа (29,4% vs. 7,4%, $p=0,000$). В обеих группах наблюдалась высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения: 68,2% среди молодых и 71,4% среди пожилых, а также гиподинамия: 68,5% среди молодых и 66,7% среди пожилых. При оценке лабораторных данных при поступлении в клинику дислипидемия была выявлена у 92,2% пациентов молодого возраста и 100% пожилых пациентов. В обеих группах наблюдалась высокая агрегационная активность тромбоцитов с аденозиндифосфатом: 8,0 (6,0–10,0) секунд у молодых и 7,0 (6,0–7,0) секунд у пожилых. У большей части пациентов была выявлена высокая экскреция альбумина с мочой: 71,1% среди молодых и 88,9% среди пожилых пациентов.

Выводы. Превалирующим факторами риска ИМ среди пациентов молодого возраста, по

сравнению с пожилыми, являются мужской пол, курение и отягощенная по раннему дебюту ИБС наследственность. Напротив, артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа более характерны для пожилых. Тем не менее, артериальную гипертензию в анамнезе имели более половины молодых пациентов. Обращает внимание высокая распространенность дислипидемии, избыточной массы тела и ожирения, а также гиподинамии в обеих возрастных группах. Таким образом, по данным проведенного исследования профиль факторов риска ИМ в молодом возрасте включает: мужской пол, курение, отягощенную по раннему дебюту ИБС наследственность, артериальную гипертензию, дислипидемию, избыточную массу тела и ожирение, гиподинамию, тромбогенную направленность тромбоцитарного звена гемостаза, эндотелиальную дисфункцию и феномен раннего сосудистого старения.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ

ШУКУРОВ А.А., АВЕЗОВ Д.К., ХУСАНОВ Р.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

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

Материал и методы. Были обследованы 86 больных с ХСН. Больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 41 больных 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 больных ХСН без ФП. Показатели КДР у больных ХСН с ФП были достоверно выше на 32,9% ($p<0,001$), а КСР на 14,1% ($P<0,01$) 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 25,2% ($p<0,01$), вероятно, за счет повышения внутримышечного напряжения ЛЖ. Анализ показателей диастолической функции показал достоверное снижение показателя максимальной скорости раннего наполнения левого желудочка (Е) по сравнению с больными без ФП на 18,4% ($p<0,05$), увеличение максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А) на 15,8% ($p<0,05$), уменьшение соотношения Е/А на 17,3% ($p<0,01$). 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 нарушения сократительной способности миокарда и диастолической дисфункции ЛЖ.

МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИАЛ NO – СИНТАЗА ГЕНИНИНГ – T786C ПОЛИМОРФИЗМИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

ЮСУПОВ Д.М., КАМИЛОВА У.К., БОБОЕВ К.Т., ХУСАНОВ Р.А.

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали, «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Миокард инфаркти билан хасталанган беморларда эндотелиал NO – синтаза генининг – T786C полиморфизми хусусиятларини баҳолаш.

Материал и усуллар. МИ билан хасталанган 210 бемор касаллик 10 кунгача текширувдан ўтган бўлиб уларнинг ўртача ёши 51,6±8,6 ёшни ташкил этди. Молекуляр-генетик текширув эндотелиал NO синтаза (eNOS, NOS3) генининг –T–T786C промотори полиморфизми ўзбек миллатига мансуб МИли 117 нафар беморда ва 104 соғлом донорларда ишлаб чиқарувчилар қўлланмасига мувофиқ CG–1–96 «Corbett Research» (Австралия) ва 2720 «Applied Biosystems» (АҚШ) дастурланган термоциклерларда полимераз занжир реакцияси усулида ўтказилди. Молекуляр-генетик тадқиқодларнинг барча босқичлари Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт марказининг молекуляр тиббиёт ва хужайра технологиялари бўлимида ўтказилди

Тадқиқод натижалари. Натижалар таҳлили МИли беморларда NO-синтаза гени T786C полиморфизмининг T/T генотипининг учраши нозорат гуруҳига нисбатан ишончли камайишини кўрсатди (52,9% беморлар гуруҳида ва 68,3% нозорат гуруҳида, $\chi^2=5.4$; $p<0,02$). NO-синтаза гени T786C полиморфизми МИнинг клиник кечишига боғлиқ ҳолда ўрганишда бирламчи МИ беморларда T аллель учраши 78%ни ташкил этса, такрорий МИли беморларда 67,3%ни ташкил этди. С аллель такрорий МИли беморларда 1,5 марта кўпроқ учради ва 32,7% ҳолатда ва бирламчи МИда 22%да аниқланди. Бирламчи МИли беморларда T/C генотип учраши 41,8%ни ва такрорий МИда 57,7%ни ташкил этди. eNOS T786C (rs2070744) полиморфизмида аллель ва генотиплар учраш хусусият-

ларининг таҳлили ноҳуш генотипларнинг такрорий МИли беморларда 1.9 дан 3.6 мартагача кўпроқ учрашини аниқлади. Юқоридаги параметрларнинг МИ нинг жойлашганига боғлиқ равишда таҳлили шуни кўрсатдики: МИ олдинги девори зарарланишида ХБР бўйича аллеллар тақсимланиши частотаси: T=0.75; C=0.25 ни ташкил этди. МИ орқа девор зарарланиши билан кечганда ХБР бўйича аллеллар тақсимланиши частотаси: T=0.76; C=0.24ни ва генотиплар тақсимланиши кутилатган учраши беморлар гуруҳида: T/T=0.54; T/C=0.44; C/C=0.02ни ташкил этди. NO – синтаза T786C гени полиморфизмининг учрашини МИ кечши билан боғлиқ ҳолда таҳлил қилинганда T/C генотипи беморларда МИ нинг эрта асоратлари – ритм бузилишлари, ЎЮЕ, тромбоземболиялар T/T генотипи беморларга нисбатан ишончли кўпроқ учраши аниқланди. МИли беморларда эндотелиал NO – синтаза T786C гени ноҳуш аллель ва генотиплари назорат гуруҳига нисбатан ишончли кўпроқ учради. Бу беморларда эндотелиал NO – синтаза T786C гени полиморфизмини ўрганиш T/C генотипи миокард инфарктининг олди деворида жойлашиши билан кучли корреляцион боғлиқлик мавжудлигини кўрсатди ($r=0,65$). Генетик модель асосида МИ беморларда эндотелиал NO – синтаза T786C гени полиморфизмининг касаллик прогнозидаги ахамиятини баҳолаш МИ ноҳуш прогностик омили сифатида C аллель ва T/C генотип эканлиги аниқланди

Хулоса. МИ билан хасталанган беморларда эндотелиал NO – синтаза T786C гени полиморфизмининг касаллик прогнозидаги ахамиятини баҳолаш МИ ноҳуш прогностик омили сифатида C аллель ва T/C генотип эканлиги аниқланди.

CHANGES OF THE ENDOTHELIAL FUNCTIONAL PROPERTIES IN ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19

ALYAVI A.L., UDAYDULLAEV SH.A.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study was to evaluate endothelial function in patients with coronary artery disease (CAD) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) who underwent Covid-19.

Material and Methods. 65 patients with CAD and type 2 diabetes mellitus after coronavirus infection

(Group I) and 65 patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus without any history of Covid-19 (Group II) were enrolled in this study. Group I patients aged 45–73 years, mean age 62.4 ± 12.9 years; male=48% and Group II patients aged 41–76 years, mean age 63.2 ± 14.0 years; male=46%. Endothelial

function was assessed by flow-mediated vasodilation of brachial artery (FMD). All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 software (IBM, USA).

Results. Flow-mediated vasodilation of brachial artery was significantly decreased in patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus after Covid-19 than those patients without Covid-19 ($P < 0.05$). There were a correlation between Covid-19 and reduced FMD in Group I ($r = 0.7$, CI 95%, $P < 0.05$). When we assessed systolic function of the left ventricle, there were a positive correlation between reduced FMD and low ejection fraction ($r = 0.6$, CI 95%, $P < 0.05$), however this correlation were more pronounced in Group I. Multivariate analysis revealed that reduced flow-mediated vasodilation of brachial

artery was independent predictor of poor systolic function of patients with CAD and type 2 diabetes mellitus especially in those after Covid-19 (odds ratio [OR] 1.52, $P = .026$). When we separately analyzed between men and women there were not any statistical significant changes between male and female.

Conclusion. Patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus after Covid-19 had impaired flow-mediated vasodilation of brachial artery. Even though, there were positive correlation between FMD and reduced ejection fraction, patients with CAD and T2DM after Covid-19 had strong correlation. In CAD with T2DM who have underwent Covid-19, FMD independently associated with poor left ventricular systolic function.

CHANGES OF THE BIOCHEMICAL INDEXES AFTER COVID-19 IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ALYAVI A.L., UBAYDULLAEV SH.A.

*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation,
Tashkent, Uzbekistan*

Purpose of the study was to evaluate biochemical parameters in patients with CAD and T2DM after Covid-19.

Material and Methods. 65 patients with CAD and type 2 diabetes mellitus after coronavirus infection (Group I) within six months and 65 patients with CAD and type 2 diabetes mellitus without any history of Covid-19 (Group II) were enrolled in this study. Group I patients aged 45–73 years, mean age 62.4 ± 12.9 years; male=48% and Group II patients aged 41–76 years, mean age 63.2 ± 14.0 years; male=46%. Anthropometric, laboratory and instrumental data were assessed and analyzed. All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 software (IBM, USA).

Results. There were significant changes between groups in terms of blood sugar level (11.2 ± 4.3 mmol/L vs. 9.1 ± 3.9 mmol/L, $P < 0.05$), glycated hemoglobin (8.4 ± 3.4 % vs. 7.2 ± 2.9 %, $P < 0.05$) and creatinine level (121.2 ± 23.5 mmol/L vs. 108.5 ± 20.5 mmol/L, $P < 0.05$) in two groups but not area level between

groups ($P > 0.05$). Regarding the liver enzymes, alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST) were higher in Group I than Group II (41.0 ± 16.4 vs. 26.4 ± 8.0 Unit/L, $P < 0.05$ for ALT and 43.8 ± 14.5 unit/L vs. 23.8 ± 6.5 unit/L, $P < 0.05$ for AST). When we analyzed lipid spectrum, there were not any statistically significant changes between groups in terms of total cholesterol, triglycerides, high-density lipoprotein cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol and very low-density lipoprotein cholesterol ($P > 0.05$). When we separately analyzed by gender, there were not observed any significant changes between male and female patients in both groups ($P > 0.05$).

Conclusion. Patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus who underwent Covid-19 had impaired biochemical indexes. One should consider correcting all biochemical properties in rehabilitation period in patients with CAD and T2DM after Covid-19.

TO STUDY THE ROLE AND FUNCTION OF LEUKOCYTES IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

BEKTASHEV I.B., KADIROVA G.I.

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Purpose of the study. To identify clinical and functional indicators and inflammatory blood markers that affect the prognosis in patients with myocardial infarction.

Materials and research methods. We have selected patients with in-depth white blood cell counts

and conducted clinical trials on them, including blood tests and myocardial infarction, to achieve our goal.

Research results. The most important and independent factors for predicting sudden cardiac death in post-MI patients are end-diastolic size, ejection fraction, left ventricular akinesia zones, and

acute heart failure III-IV according to Killip; for non-sudden cardiac death, age, ejection fraction, and left ventricular aneurysm; for recurrent myocardial infarction – an increase in cholesterol levels of more than 6.5 mmol / l and a previous MI.

The frequency of recurrent myocardial infarction (5.8%), cardiac mortality, both sudden (5.3%) and non-sudden (2.4%) in patients with myocardial infarction, is highest in the first year. By the age of 4–6, there was a gradual decrease in mortality, as well as the frequency of recurrent myocardial infarctions, followed by an increase by the 7th year of observation.

In the dynamics of observation (1998–2006), there was an improvement in the quality of therapy

and adherence to treatment of patients who had myocardial infarction, which led to a decrease in sudden cardiac death.

Conclusion. An increased level of blood leukocytes (more than $10 \times 10^9/L$) in STEMI patients is associated with a significant increase in the relative risk of developing cardiogenic shock (RR 5.2 [95%; CI 1.7–15.8] $p=0.001$), ventricular fibrillation (RR 8.5 [95%; CI 1.9–38.3] $p=0.001$) and death during hospitalization (RR 2.47 [95%; CI 1.87–38.4] $p=0.03$).

The level of blood leukocytes at admission to the hospital can be used as one of the additional risk stratification factors in patients with STEMI during hospitalization.

HYPERURICEMIA AND ARTERIAL HYPERTENSION RELATIONSHIP OF HYPERTENSION AND RISK FACTORS

BEKTASHEV I.B., KADIROVA G.I.

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Purpose of the study. The aim of the study was to study the problem of hyperuricemia as a risk factor for hypertension. To study the regional features of the prevalence of the main risk factors and the structure of comorbid pathology in patients with HU and AH.

Materials and research methods. The study included 106 patients with HU and AH. Inclusion was performed with informed consent. Exclusion criteria: the patient's age over 75 years, acute or chronic exogenous intoxication, the patient's refusal to study.

Research results. The relationship of urate dysmetabolism and obesity, primarily abdominal, is confirmed by a number of population-based studies indicating a significant incidence of BGU in overweight and obese individuals. It is known that in such patients the probability of target organ damage is especially high (LVH, hypercreatininemia, microalbuminemia, an increase in the thickness of the intima-media of the carotid arteries).

Analysis of the data of our study indicates a combination of hyperuricemia with a more pronounced

increase in blood pressure. In patients with gout and BSU, stage II prevailed. (53 and 57%) and I st. AH (37 and 30%) with a predominance of unfavorable characteristics of the 24-hour BP profile such as insufficient reduction in blood pressure at night and nocturnal hypertension («non-dippers» and «night-pickers»). A number of studies have shown that in patients with HU, changes in the diurnal BP profile were characterized by a trend towards a decrease in the degree of nocturnal DBP decrease and inversion of the diurnal DBP rhythm, as well as an increase in nocturnal BP variability.

Conclusion. Thus, a significant relationship between hyperuricemia and hypertension has now been established. At the same time, there are not enough data to recommend the treatment of asymptomatic hyperuricemia. A better understanding of the biological role of uric acid and its association with cardiovascular disease is also needed. Although uric acid has an effect on pro-inflammatory vascular cells and adipocytes, it can also function as an antioxidant.

IGF-1 IN PREDICTION OF THE DEVELOPMENT OF PREDIABETES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ZHURAVLEVA L.V., PYVOVAROV O.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The purpose of the study is to determine the value of IGF-1 in predicting the development of prediabetes in patients with AH.

Materials and methods. 120 people were examined, including 100 patients and the control group – 20 healthy volunteer people. All patients were divided into 2 groups. The 1st group – 60 patients with AH,

the 2nd – 40 patients with a combined course of AH and type 2 diabetes mellitus (T2DM), in which patients with AH and signs of prediabetes are separated into a separate subgroup of 21 people. the level of somatomedin IGF-1 in the cepym blood serum was determined by the ELISA metod.

The results obtained. In the presence of metabolic disorders, the values of indicators change. In paired multiple group comparisons of the level of IGF-1 between groups, it was established that the average level of IGF-1 in the blood serum of patients with AH and the combined course of AH and T2DM was significantly higher than in the control group. A high level of IGF-1 was established in the group of patients with AH and signs of prediabetes (104.29 ± 5.54 ng/ml).

In the group of patients with AH with signs of prediabetes, there are strong direct statistically significant correlations between the level of IGF-1 and the level of insulin in the blood serum ($r = 0.7031$, $p = 0.0004 < 0.05$), between the level of IGF-1 and the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in the blood serum, ($r = 0.6792$, $p = 0.0007 < 0.05$), between the level of IGF-1 and the value of the HOMA-IR index ($r = 0.7598$, $p = 0.0068 < 0.05$).

The conducted study showed an increase in the level of IGF-1 in the blood serum of people with the combined pathology of AH and T2DM, in particular, already at the stage of prediabetes. This indicates the importance of further study of the pathophysiological

mechanisms of the role of somatomedin IGF-1 in the development of AH in the presence of carbohydrate metabolism disorders.

The presence of the combined pathology of AH and T2DM are accompanied by the appearance of risk factors. The established high level of IGF-1 in the blood serum of patients with AH and signs of prediabetes can be considered as a compensatory reaction in the conditions of the development of initial disorders of carbohydrate metabolism.

Conclusion. The presence of T2DM in patients with AH is associated with a significant increase in the level of IGF-1 in the blood serum compared to the indicators in patients with an isolated course of AH, which indicates the role of IGF-1 somatomedin in the development of metabolic disorders.

The indicator of the level of somatomedin IGF-1 in the blood serum can be considered as an additional marker in the assessment of the risk of developing prediabetes in patients with AH. Prioritizing the diagnosis of risk factors for T2DM in the prediabetes stage can help prevent the development of T2DM and related complications.

THE RESEARCH OF CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF MYOCARDIAL INFARCTION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

MAKHKAMOVA M.M., NURILLAEVA N.M., ORTIKBOEVA SH.O.

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study. Determination of the risk factors, metabolic status, clinical and functional features of myocardial infarction in postmenopausal women.

Materials and methods. The cohort study includes 60 women patients, in postmenopausal period, who have been hospitalized to cardiac intensive care unit of TMA multidisciplinary clinic during the period from September, 2021 to January, 2022. The age of patients was between 45 and 70 years old.

Results. The occurrence and frequency of risk factors in women and men with acute myocardial infarction is different. In women, the syndrome of hypertension, overweight with abdominal type of obesity, physical inactivity is more common, in men – smoking. A special risk factor for women under 60 years old is reproductive dysfunction (86%), for women over 60 years old – diabetes mellitus (32.5%), for women of any age – disorders of carbohydrate (69%) and lipid metabolism (84%). The course of myocardial infarction in women is aggravated by concomitant pathology: the gastrointestinal tract

(37%), the urinary system (46%), the respiratory system (22%), ischemic brain disease (13%), and arthritis (15%). In women of any age, the most common complication of myocardial infarction is early post infarction angina pectoris (in women over 60 years old – in 21.3%, under 60 years old – in 13%). Latent depression is more common for women over 60 (52.2%) and less common for under 60 (47.4%). Most significantly, the quality of life of women after myocardial infarction is affected by: sleep disturbances, pain and emotional reactions, and a decrease in social activity.

Conclusion. To sum up, according to results of the research, there are differences in the frequency and severity of risk factors, the occurrence and course of acute myocardial infarction in men and women. Violations of the reproductive function and the metabolic status of women are important associated conditions that affect the course and prognosis of myocardial infarction in women. The psychological state of women is an important factor in the quality of life and rehabilitation after myocardial infarction.

INFLUENCE OF OBESITY ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASE WITH COVID-19

MUKHAMEDOVA M.G., NOSIROVA G.A.

Center for the development of professional qualification of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study was to evaluate possible influence of obesity in patients with cardiovascular disease and Covid-19.

Material and Methods: This observational study was conducted in Mirzo Ulughbek Central polyclinic among those who had cardiovascular disease and Covid-19. The patients had been followed over 30 days, after COVID-19 disease to examine short-term outcomes. 365 consecutive patients were selected for the study, who had proven SARS-CoV-2 PCR-positive test results. By using a t-test to continuous data related with an increased risk of hospitalization, critical conditions, or even mortality owing to COVID-19 in Uzbekistan, we compared individuals with obesity and those who did not have obesity in cardiovascular disease. All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 (IBM, USA).

Results. In the whole cohort, 112 out of 365 (30.68%) patients had obesity. All-cause mortality in 30 days was 11 (3.0%). Mortality in patients without obesity was 2 (0.7%) whereas this rate in obese patients were significantly higher and was 9 (8.0%) ($p < 0.001$). There was a significant association

between obesity and all-cause mortality in 30 days due to COVID-19, $\chi^2 (1) = 196.742$, $p < 0.001$. During the course of COVID-19 disease, 72 out of 365 patients (19.7%) were required at least one day hospitalization in hospital unit. Patients with obesity had the highest hospitalization rate with 48 out of 112 (42.8%) than those without obesity with 25 out of 253 (9.8%), $\chi^2 (1) = 815.652$, $p < 0.001$. After adjusting all confounders, univariable and multivariable logistic regression analysis revealed that obesity significantly increased odds of all-cause mortality in patients with cardiovascular disease in 30 days (OR = 4.14, 95%CI [1.52–8.18], $p < 0.001$).

Conclusion. Our study demonstrated that obesity had negative impact on the course of COVID-19 in patients with cardiovascular disease including increasing hospitalization, ICU admission and mortality. The prevalence of patients with obesity in the our cohort with cardiovascular disease was nearly 31%. This indicates an importance for preventive measures to reduce obesity as a risk factor for covid-19.

FEATURES OF THE BLOOD CHEMICAL PROPERTIES AFTER COVID-19 IN CHRONIC HEART FAILURE

NOSIROVA G.A., MUKHAMEDOVA M. G.

Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study was to evaluate the effect of covid-19 on biochemical parameters in patients with chronic heart failure (CHF).

Material and Methods. One hundred and forty patients with chronic heart failure who have undergone Covid-19 from 2020 to 2022 years were enrolled in the study (Aged 54–76 years, mean age 67 ± 15.2 years, male=45%) at the central polyclinics of the Mirzo Ulughbek district. Patients were divided into two groups by 70 according to the severity of the Covid-19. First groups' patients who were undergone mild to moderate covid-19 whereas second group patients who have undergone severe Covid-19 within the last 6 months of the examination. All laboratory, instrumental and biochemical data were obtained at baseline and assessed. All statistical analysis were performed with SPSS 26.0 version (IBM).

Results. Initial baseline anthropometric characteristics of patients were similar in two groups

($P > 0.05$). There were not observed any statistical difference by general blood analysis results in two groups during the treatment ($P > 0.05$). When it comes to biochemical data, blood glucose and glycated hemoglobin (HbA1c) tended to be higher in group II than Group I (7.6 ± 2.4 vs. 8.4 ± 2.8 mmol/L, $P < 0.05$ for glucose; $7.0 \pm 2.0\%$ vs. $7.6 \pm 2.3\%$, $P < 0.05$ for HbA1c). Besides, alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase inclined to be higher in Group II patients (21.6 ± 8.8 un/L vs. 28.5 ± 14.0 un/L, $P < 0.05$ for ALT and 25.2 ± 10.2 un/L vs. 31.4 ± 15.3 un/L, $P < 0.05$ for AST). Concerning the creatinine and urea, there were not observed any statistically significant changes in two groups ($P > 0.05$). Pertaining to N-terminal pro hormone brain natriuretic peptide (NT-proBNP), patients who have undergone more severe Covid-19 (Group II) inclined to have more pronounced level of this biomarker (214.57 ± 51.63 pg/mL vs. 314.25 ± 65.84 pg/mL, $P < 0.05$). As far as the

brain natriuretic peptide (BNP) is concerned, Group II patients tended to have more level of this biomarker (96.74 ± 29.27 pg/mL vs. 167.12 ± 34.18 pg/mL, $P < 0.05$). There were not any statistically significant changes between males and females.

Conclusion. Patients with chronic heart failure who have undergone more severe Covid-19 had more

pronounced blood sugar level, HbA1c, ALT and AST. Besides, NT-proBNP and BNP inclined to be higher in patients with chronic heart failure who had severe Covid-19 within six months. Appropriate treatment strategies are required for those CHF patients who had severe Covid-19 in history.

EFFECT OF SACUBITRIL/VALSARTAN ON BIOCHEMICAL FEATURES IN CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19

NOSIROVA G.A., MUKHAMEDOVA M.G.

Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study was to evaluate the influence of angiotensin receptor-neprilysin inhibitors – sacubitril/valsartan in biochemical markers of patients with chronic heart failure who have undergone Covid-19.

Material and Methods. 140 patients aged 54–76 years (mean age 67 ± 15.2 years, male=45%) with CHF who have undergone Covid-19 from 2020 to 2022 years were enrolled in the study at the central polyclinics of the Mirzo Ulugbek district. Patients were divided into two groups by 70 according to the severity of the Covid-19. First group patients who have undergone mild to moderate covid-19 whereas second group patients who have undergone severe Covid-19 within the last 6 months of the examination. All patients were assigned sacubitril/valsartan with the dose of 24/26 mg following titrating the dose up to 48/51 mg in addition to the standard treatment during the six months. All laboratory, instrumental and biochemical data were obtained at baseline and after the six months of the treatment. All statistical analysis were performed with SPSS 26.0 version (IBM).

Results. Initial baseline anthropometric characteristics of patients were similar in two groups ($P > 0.05$). There were not statistically significant changes between groups in terms of blood glucose

levels, HbA1c, ALT, AST, bilirubin, creatinine, and urea as well as blood lipid parameters ($P > 0.05$). On the background of sacubitril/valsartan N terminal pro B natriuretic peptide (NT-proBNP) has been decreased in both groups during the treatment (from 214.57 ± 51.63 pg/mL to 169.80 ± 42.30 pg/mL in Group I, $P < 0.05$; from 314.25 ± 65.84 pg/mL to 248.65 ± 52.18 pg/mL in Group II, $P < 0.05$), however they were not observed any statistically significant changes when we compared two groups ($P > 0.05$). Regarding the brain natriuretic peptide (BNP), sacubitril/valsartan tended to have more pronounced effect in patients with CHF who had undergone severe Covid-19 than those mild to moderate Covid-19 (from 96.74 ± 29.27 pg/mL to 85.65 ± 27.10 pg/mL vs. from 167.12 ± 34.18 pg/mL to 101.24 ± 28.48 pg/mL, $P < 0.05$). When we analyzed men and women separately, there were not observed any statistically significant changes between them.

Conclusion. Angiotensin receptor-neprilysin inhibitors – sacubitril/valsartan had more positive impact on NT-proBNP and BNP in patients with CHF after Covid-19. Patients with CHF who had undergone more severe Covid-19 would benefit from sacubitril/valsartan on reducing BNP most. Further studies are required with large amount of patients to clarify.

EFFECT OF COVID-19 ON THE QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

NOSIROVA G.A.

Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study was to evaluate quality of life and course of disease in patients with CHF after Covid-19.

Material and Methods. 140 patients with CHF after Covid-19 were enrolled in the study. Mean age of the patients were 67 ± 15.2 years and among them 45 % included males. Patients were collected at the Mirzo Ulugbek Central Polyclinic from 2020 to 2022 years. Inclusion criteria were: a) patients with chronic heart failure; b) patients who have undergone Covid-19; c) patients who gave a permission to participate in the study. Exclusion criteria were the following: a) patients with acute coronary syndrome; b) severe aortic stenosis; c) patients with cardiomyopathies; d) patients with acute stroke. Quality of life was assessed by the WHO Quality of Life Questionnaire. All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 (IBM) software.

Results. The results of the study demonstrated that quality of life of the patients with CHF after Covid-19 was poor. Average score of the quality of life was 62.4 ± 15.2 . Poorer quality of life was positively associated with severe Covid-19 ($r=0.8$, $P<0.05$). Fear, anxiety and worry had an impact

on the poor quality of life in patients with CHF after Covid-19 ($P<0.001$). Besides, economical status, concomitant type two diabetes mellitus and longevity of the CHF had an impact on quality of life ($P<0.05$). However, gender, smoking status, alcohol drinking had not have an impact on quality of life in patients with CHF after Covid-19 ($P>0.05$). When we analyzed association with 6 minute walking test distance and quality of life, patients who walked less distance in six minutes tended to have poor quality of life and more pronounced symptoms of the CHF ($P<0.05$). Covid-19 had also an impact on symptoms of the CHF patients. Among symptoms dyspnea, tachycardia, paroxysmal nocturnal dyspnea were more pronounced in those who had severe Covid-19 ($P<0.05$).

Conclusion. Quality of life was poor in patients with chronic heart failure after Covid-19 especially on those who had severe Covid-19. Among factors, fear, anxiety, worry, economical status, concomitant type two diabetes mellitus had the strongest influence on quality of life. Paroxysmal nocturnal dyspnea and tachycardia were common in chronic heart failure patients after severe Covid-19.

SURVIVAL STUDY OF DIALYSIS PATIENTS WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR DISEASES

SHARAPOV O.N.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Objective. Comparative study of survival rates in dialysis patients, depending on the presence of cardiovascular diseases.

Materials and methods. We conducted a prospective cohort study of 165 patients (90 men, 75 women) in 3 different dialysis centers in Uzbekistan. The study lasted for 30 months (from January 2018 to July 2020). The mean age was 48.1 ± 14.1 years. The main primary diseases were glomerulonephritis (46%), diabetes mellitus (27%) and urolithiasis (8%). The duration of hemodialysis at the time of inclusion of patients in the study ranged from 6 to 165 months. Among the examined dialysis patients, 56% ($n = 92$) of patients (52 men and 40 women) had CVD and 44% ($n = 73$) of patients (38 men and 35 women) did not have CVD. The main CVDs were arterial hypertension, coronary heart disease, heart failure and various arrhythmias. Survival was determined by the Kaplan-Meier method. The 95% confidence interval was determined using the Greenwood method.

Results. After 30 months of follow-up, 43.6% ($n = 72$) of all patients died, 56.4% ($n = 93$) of patients survived (of which 11 underwent kidney transplantation). When analyzing the causes of mortality, the main causes of death in dialysis patients were acute cardiovascular failure, acute respiratory failure, acute cerebrovascular accident, coma and acute bleeding. In dialysis patients with CVD, sudden cardiac death accounted for 63% ($n = 30$) of all causes of death, while in patients without CVD it was 59% ($n = 14$). The mean age of the deceased (53.6 ± 1.6) was significantly higher than in patients who continued to receive HD (45.6 ± 1.5). The average duration of hemodialysis in survivors (33.0 ± 5.4) was higher than in the deceased (28.6 ± 3.9). The study of the further fate of patients showed that among the deceased patients, 68.1% ($n = 49$) of patients had cardiovascular diseases, and among the survivors, 53.7% ($n = 44$) did not have cardiovascular diseases. There were 31.7% more patients without CVD who

continued to receive dialysis than among patients diagnosed with CVD. Dialysis patients with CVD who died within 30 months of prospective follow-up had 39.6% more deaths than those without CVD. Survival in patients with CVD was 0.44 [95% CI 0.34–0.55], and in patients without CVD it was 0.67 [95% CI 0.55–0.78].

Conclusion. More than 80% of dialysis patients with CKD die due to cardiovascular disease. The

main place in the structure of mortality is occupied by sudden cardiac death, which is the cause of death of more than 60% of deceased patients. Cardiovascular comorbidity adversely affects the survival of dialysis patients in Uzbekistan. In dialysis patients without cardiovascular disease in our country, the survival rate is 33% higher than in patients with CVD.

CENTRAL HEMADINAMICS INDEXES IN CORONARY ARTERY DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19

UBAYDULLAEV SH.A., ALYAVI A.L.

*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation,
Tashkent, Uzbekistan*

Aim of the study was to evaluate functional state of the central hemodynamic indexes in patients with coronary artery disease (CAD) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) who underwent Covid-19.

Material and Methods. 65 patients with coronary artery disease and T2DM after Covid-19 (Group I) and 65 patients with CAD and T2DM (Group II) were enrolled in this study. Group I patients aged 45–73 years, mean age 62.4 ± 12.9 years; male=48% and Group II patients aged 41–76 years, mean age 63.2 ± 14.0 years; male=46%. All anthropometric, laboratory and instrumental data were obtained. Functional state of the central hemodynamic indexes were assessed using echocardiography. All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 software (IBM, USA).

Results. There were not statistically significant changes between groups in terms of left atrium size, opening of the aortic valve and size of root of aorta ($P > 0.05$). However, when we compared end-diastolic size of the left ventricle, Group I tended to have greater level of this index than Group II (56.28 ± 22.0 mm vs. 45.18 ± 20.5 mm, $P < 0.001$). When it comes to end-systolic size of the

left ventricle, there were statistically significant changes between groups and Groups I had greater level of this index than Group II (42.15 ± 16.2 mm vs. 35.58 ± 15.5 mm, $P < 0.01$). As far as the end-diastolic volume is concerned, Group I had greater size than Group II (185.25 ± 42.0 ml vs. 127.68 ± 34.0 ml, $P < 0.001$). When we analyzed ejection fraction, patients with CAD and T2DM after Covid tended to have lower level of this parameter than those without Covid-19 (48.2 ± 8.7 % vs. 52.9 ± 9.6 %, $P < 0.05$). When we analyzed inter septal thickness and posterior wall sickness, there were not statistically significant changes ($P > 0.05$). When we analyzed men and women separately, there were not any significant changes between sex.

Conclusion. Patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus after Covid-19 had some deteriorations than those without Covid-19. Apparently, Covid-19 affects not only endothelial function of the vessels but also completely hemodynamic parameters of patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus. Encourage of patients to get vaccinations is crucial to prevent cardiac complications.

SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGIDA YALLIG'LANISH JARAYONLARINING AYRIM QON IVISH OMILLARINING POLIMORFIZMLARI MAVJUDLIGIGA BOG'LIQLIGI

ABDUGANIEVA E.A., LIVERKO I.V., GAFNER N.V.

Respublika ihtisoslashtirilgan ftiziatrya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) bilan og'rigan bemorlarda tug'ma qon ivishqoqligiga bo'lgan moyillikning yallig'lanish jarayonlariga ta'sirini aniqlash.

Tadqiqotning material va usullari. Tadqiqot o'z ichiga 72 ta SOO'K tashhisi tasdiqlangan (GOLD, 2017), o'rtacha yoshi $56 \pm 5,8$ yoshni tashkil etgan bemorlarni qamrab oldi. Bemorlarda polimer zanjir reaksiyasi usuli yordamida qon ivish V (Leyden) omilining Arg506Gln polimorfizmi o'rganildi. Bemorlar polimorfizmini o'rganish natijalariga ko'ra 2 guruhga ajratildi: gomozigota va geterozigota genotipga ega bemorlar, mutasion Gln/Gln genotipli bemorlar aniqlanmadi. Bu guruhlarda trombozga, ya'ni qon ivishqoqligiga bo'lgan moyillik eng yuqori deb geterozigota genotipli bemorlar, eng past moyillikka gomozigota genotipga ega bemorlar deb qabul qilindi. Immunoferment analiz usuli yordamida tadqiqotga kirgan barcha bemorlarda yallig'lanish omillari: interleykin – 1,6,8 lar o'rganildi.

Tadqiqotning natijalari. Tekshirilgan 72 ta bemordan 19,4% ($n=14$) geterozigotali genotipga, qolgan 80,5% gomozigotali genotipga egaligi aniqlandi. Geterozigotali genotipga ega bemorlar guruhida kasallikning o'ta og'ir IV bosqichi 47%ga ko'proq kuzatildi. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, yallig'lanish omillari geterozigotali genotipga ega SOO'K bemorlarida ($n=14$) gomozigotali genotipga ega bemorlarga nisbatan 1,6 barobar yuqori ($p \leq 0,05$). Shuningdek, geterozigota genotipli bemorlar yoshi yoshroqligi, ularda yiliga kasallik avj olishlari soni yuqoriroqligi aniqlandi.

Xulosalar. Olingan natijalar SOO'K bilan og'rigan bemorlarda nafaqat yallig'lanishning qon ivishqoqligini oshishiga, balki aks jarayon, ya'ni qonning yuqori ivishqoqligi kasallikning kuchayishi, yallig'lanish jarayonlarini chuqurlashishiga olib kelishi mumkinligi haqida dalolat beradi.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АРИПОВ Б.С., АЛЯВИ Б.А., РАИМКУЛОВА Н.Р., АБДУЛЛАЖАНОВА Ш.Ж., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.

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

Цель исследования. Изучение эффективности комплексного подхода к лечению и реабилитации больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с дорсалгией.

Материал и методы. Пациенты с ХОБЛ 2 степени тяжести в возрасте 50–58 лет, с сопутствующей дорсалгией на фоне спондилоартроза позвоночника, наряду с базисным лечением получали комбинированный хондропротектор Артифарм по схеме, соответствующий комплекс лечебной физкультуры (ЛФК) и физиолечение по индивидуально подобранной программе. Проведены клинико-функциональные, рентгенологические, биохимические (АЛТ, АСТ, билирубин, С-реактивный

белок, определяемый высокочувствительным методом (вСРБ), ФВД исследования, пикфлоуметрия (ПФМ). Оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм) интенсивность болевого синдрома, объем движений, мышечно-тонические проявления, выраженности корешкового синдрома.

Результаты исследования. Коморбидная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственных и реабилитационных средств. При ХОБЛ необходимо учитывать различные внелегочные патологии, что затрудняет своевременную диагностику, адекватное лечение и восстановление

ние больных. В динамике лечения и реабилитации у больных уменьшилась одышка с 2,5 до 1,1 и кашель с 2,5 до 1,2 баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. При этом отмечено увеличение бронхиальной проходимости по данным ПФМ до $361,3 \pm 23,6$ л/мин (исходно – $319,5 \pm 22,1$). У 84% больных чаще встречался вертеброгенный болевой синдром с уменьшением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжение и болезненность околовертебральных мышц и их остистых отростков, паравертебральных точек при пальпации. Боль по ВАШ больные оценили как умеренную (18) $62,6 \pm 9$ мм и сильную (9) $82,5 \pm 11$ мм. Под влиянием комплексного лечения и реабилитации пациенты отметили уменьшение болей в позвоночнике, улучшение состояния, нормализацию вСРБ, лейкоцитов и СОЭ. Интенсивность боли по ВАШ через месяц у 74% уменьшилась до $23,8 \pm 6$ мм и у 26% до $33,5 \pm 7$ мм. Установлена положительная динамика показателей ФВД и клиничко-биохимических показателей кро-

ви. Уменьшились/прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по лабораторным показателям (анализа мокроты, крови). Переносимость лечения и реабилитации, в том числе Артифарма, была хорошей и нежелательных изменений показателей общего билирубина, АЛТ и АСТ в крови в динамике наблюдения не выявлено и случаев отмены не было. При реабилитации важен учет основных аспектов жизнедеятельности, душевного состояния, факторов риска и имеющихся заболеваний. Прогноз коморбидных заболеваний во многом связан с особенностями поведения самого пациента, его комплаентности и может быть в значительной степени скорректирован с помощью мер превентивной медицины.

Выводы. Комплексный персонализированный подход к лечению и реабилитации больных ХОБЛ с коморбидной патологией (хондропротектор, базисная терапия + индивидуально подобранная программа восстановления) оказал благоприятное влияние на состояние больных, клиническое течение основного заболевания и сопутствующей внелегочной патологии.

ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Исследовать состояние центральной, легочной гемодинамики и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных бронхиальной астмой (БА) с легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы. Больные, имеющие признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией, были разделены на 2 группы: 1-я – 10 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ) (толщина передней стенки ПЖ < 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ $> 2,5$ см); 2-я – 8 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ ≥ 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ $> 2,5$ см) и 20 здоровых лиц.

Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики и уровень стабильных метаболитов оксида азота (CM_{NO}) в плазме крови.

Результаты исследования. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ и у всех больных с ГПЖ. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем CM_{NO} в плазме крови и среднего давления в легочной артерии. У больных 2-й группы прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ. Параллельно изменялись параметры диастолического наполнения и функции активного расслабления ПЖ. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения.

Выводы. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛГ прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.

ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А.

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

Цель исследования. Исследовать состояние центральной, легочной гемодинамики и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Материал и методы. Больные, имеющие признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией, были разделены на 2 группы: 1-я – 10 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ) (толщина передней стенки ПЖ <5 мм, при передне-заднем размере ПЖ >2,5 см); 2-я – 8 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ ≥5 мм, при передне-заднем размере ПЖ >2,5 см) и 20 здоровых лиц.

Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики и уровень стабильных метаболитов оксида азота (CM_{NO}) в плазме крови.

Результаты исследования. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ и у всех больных с ГПЖ. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем CM_{NO} в плазме крови и среднего давления в легочной артерии. У больных 2-й группы прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ. Параллельно изменялись параметры диастолического наполнения и функции активного расслабления ПЖ. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения.

Выводы. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ХЛС прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ Б.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический Центр Терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Исследование наиболее значимых предикторов, в том числе, нейрогуморальных в ремоделировании правого желудочка (ПЖ) сердца у больных легочным сердцем (ЛС) и возможности комплексных режимов лечения.

Материал и методы. Обследовано 26 больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и 20 больных бронхиальной астмой (БА), у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Степень нейрогуморальной модуляции определяли методом иммуноферментного анализа, уровни катехоламинов (КХ) на иммуноферментном анализаторе «Humareader Single». Допплерэхокардиографические исследования проводили с помощью ультразвуковой системы Shimadzu 500A, (Япония).

Результаты исследования. До лечения нейровегетативная регуляция кардиальной системы у больных ХОБЛ и БА характеризуется снижением активности парасимпатического звена и смещением симпато-вагусного баланса в сторону симпатикотонии. По мере прогрессирования НГ активации

в дисфункции ПЖ отражается конфигурация полости и напряжение стенки ПЖ в большей степени, чем его насосная производительность.

Установлено, что дисбаланс в параметрах нейрогуморальных факторов регуляции и вариабельности ритма сердца, у больных ХОБЛ и БА осложненных ЛС, соответствует уровню диастолической дисфункции ПЖ вентиляционной способности легких. Определяется достоверное повышение среднего значения показателей адреналина и норадреналина по отношению к здоровой группе у больных ХОБЛ и БА осложненных ЛС

Выводы. Различная выраженность нейрогуморального дисбаланса при этих нозологиях, обуславливает различия темпа ремоделирования миокарда. Степень выявленных нарушений была высока у больных ХОБЛ, чем у больных БА осложненных ЛС. Электрофизиологическое ремоделирование миокарда при этих нозологиях обуславливает нарушения ритма сердца. Небивалол и озонотерапия на фоне базисного лечения улучшают уровни всех НГ и диастолическую функцию правого желудочка сердца.

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СВЕТЕ ПОСЛЕДНИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

АРИПОВ Б.С.

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

Приведены ключевые положения руководства GINA (Global Initiative for Asthma) от 2021 – 2022 годов: Диагностика: у взрослых, а также подростков и детей 6 лет и старше перед стартом лечения желателен подтверждение наличия бронхиальной астмы. У детей младше 6 лет свистящее дыхание встречается часто – астма наиболее вероятно в случае наличия такого свистящего дыхания во время физических упражнений, смеха и плача при отсутствии респираторных инфекций, а также наличии экземы и/или аллергического ринита; Персонализация лечения/контроля: лечение астмы должно быть персонализированным с постоянной оценкой его интенсивности и эффективности; Комплексный подход: лечение астмы многофакторное. Оно включает не только прием медикаментозной терапии, но и коррекцию факторов риска, а также повышение информированности пациента об астме, обучение его правильной технике ингаляций и пр.; Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС): у подростков и взрослых терапия астмы не должна включать только короткодействующие бета-агонисты. Для снижения риска тяжелых обострений, а также контроля симптомов всем пациентам следует назначать содержащую глюкокортикостероиды терапию; Два пути: экспертами было выделено два пути терапии астмы. Первый, более предпочтительный, подразумевает использование сочетания ИГКС и формотерола как средства для облегчения симптомов; тогда как второй допускает использование короткодействующих бета-агонистов (КДБА), однако подчеркивается, что только при высокой приверженности к базисной терапии; Дети ≤5 лет:

на старте возможна терапия свистящих хрипов с использованием только короткодействующих бета-агонистов. В случае, если симптомы характерны для астмы, а также исключены другие причины хрипов, возможен старт пробной базисной терапии; Интенсификация терапии: прежде, чем усилить терапию астмы, следует убедиться, что симптомы пациента действительно обусловлены астмой, отсутствуют модифицируемые факторы риска, пациент привержен к лечению и владеет техникой ингаляций; Снижение интенсивности терапии: в случае, если астма хорошо контролируется текущей терапией на протяжении 2–3 месяцев, следует рассмотреть снижение интенсивности терапии. Следует добиваться хорошего контроля астмы при помощи наименее интенсивной терапии, которая возможна у данного пациента; План лечения: каждому пациенту с астмой следует предоставить подробный письменный план лечения, в том числе включая порядок действий при развитии обострения; Помощь специалиста: за помощью к врачу, специализирующемуся на ведении пациентов с астмой, следует обратиться в следующих случаях: невозможность достоверного подтверждения астмы; подозрение на астму, связанную с профессиональной деятельностью; наличие у пациента факторов риска смерти, обусловленной астмой; симптомы не удается контролировать высокими дозами ИГКС и длительнодействующих бета-агонистов; пациент обращался за экстренной помощью по поводу астмы более 1 раза в год; пациент имеет высокий риск побочных эффектов; у пациента, вероятно, есть пищевая аллергия.

СВОБОДНЫЕ КОМБИНАЦИИ БУДЕСОНИДА И ФОРМОТЕРОЛА В ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

АРИПОВ Б.С., АБДУЛЛАЕВ А.Х., МУМИНОВ Д.К.

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

Цель исследования. Оценка эффективной возможности свободных комбинаций порошковых форм формотерола (форалес) и будесонида (будектон) – препаратов производства фирмы «WORLD MEDICINE» (Великобритания), которые характеризуются хорошим качеством при доступной цене.

Материал и методы. Проведено обследование и наблюдение за 44 больными тяжелой и ср. тяжелой бронхиальной астмой (БА) соответствующим

критериям GINA–2015 в возрасте $45,6 \pm 7,3$ лет, анамнез болезни которых по продолжительности составлял $9,8 \pm 4,6$ лет. Все больные прошли обучение в «Астма-Школе» по 12 часовой программе, обучены методам самоконтроля с ведением дневника. Они самостоятельно проводили пикфлоуметрию утром и вечером, оценку состояния по опросникам «АСТ» и «АСQ». Всем больным базисно были назначены ингаляционные препараты: форалес в дозе 24–36 мкг/сут. и будектон 1200–

1600 мкг/сут. В качестве скорпомощного препарата рекомендовался сальбутамол, подсчет необходимости которого был обязателен для больных с фиксацией в дневнике.

Клиническое и лабораторное обследование больных проводилось до, и периодически на протяжении трех месяцев. Кроме стандартных обследований оно включало: Неоднократное исследование функции внешнего дыхания (ФВД) – с анализом показателей петли «поток-объем». Количественный титр иммуноглобулина Е (IgE) крови, а также С – реактивного белка проводились методами ИФА (набором реагентов ЗАО «Вектор – Бест»). Статистическая обработка включала критерии Стьюдента, а также корреляционный анализ. Анализ полученных результатов позво-

лил заключить: Свободные комбинации порошковых форм формотерола (форалес) и будесонида (будектон) производства фирмы для базисной терапии тяжелой БА имеет достаточно высокую эффективность и безопасность; Терапия свободными комбинациями форалеса и будектона приводит к быстрому развитию клинического эффекта и выраженному улучшению показателей ФВД с лучшими комплексными показателями контролируемости тяжелой БА; У больных с тяжелым течением БА базисная терапия форалесом и будектоном сравнима с терапией преднизолоном по влиянию на функциональные показатели, с низкой дополнительной потребностью в бронхолитиках короткого действия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., КУРБАНОВ В.А., АТДАЕВА С.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных с сахарным диабетом (СД) II типа.

Материал и методы. На базе научно-клинического центра Кардиологии нами обследовано 90 больных в возрасте 60 ± 10 лет. Все обследуемые больные разделены на 2 группы: в

I группу вошли 40 больных ХОБЛ в стадии обострения на фоне СД II типа среднетяжелого течения. Во II группу вошли 50 больных ХОБЛ в стадии обострения без сопутствующих нарушений углеводного обмена.

Среди больных ХОБЛ с сопутствующим СД II типа преобладали пациенты с субкомпенсированными показателями углеводного обмена (60%), декомпенсация СД была выявлена у каждого третьего больного (32%), оставшиеся были в стадии компенсации.

Всем обследуемым, на фоне общеклинических исследований, проводили иммунологический анализ крови, бактериологический анализ мокроты, спирографию и компьютерную томографию легких.

Результаты исследования. Анализ клинических симптомов в I группе больных с ХОБЛ на

фоне СД II типа показал понижение силы респираторных и диафрагмальных мышц (20%; 45% соответственно), усиление парасимпатической и симпатической нейропатии.

Ассоциация гипергликемии с легочными инфекциями приводит к усилению бронхообструкции, нарастанию гноистости мокроты и числа нейтрофилов периферической крови и нарастанием числа видов микроорганизмов, выделяемых из мокроты и усиление выраженной дыхательной недостаточности.

У пациентов с ХОБЛ во II группе по сравнению с первой не было частых обострений бронхообструкции, заболевание реже протекало с коморбидными заболеваниями (коронарной болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией). Осложнения в данной группе проявлялись лишь при длительном течении заболевания.

Выводы. Наличие сахарного диабета II типа у больных ХОБЛ оказывает неблагоприятное влияние на клиническое течение болезни, способствуя более частым и затяжным обострениям заболевания и нарастанию симптомов воспаления.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ

¹ЕСЕНГЕЛЬДИНОВА М.А., ¹БАКЕНОВА Р.А., ²СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., ¹УТЕШЕВА Н.Я.

¹Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, ²Медицинский Университет Астана, Нур-Султан, Казахстан

Цель исследования. Изучить особенности воспалительного процесса у пациентов с саркоидозом органов дыхания.

Материал и методы. Проведена комплексная оценка маркеров воспаления у 52 пациентов с саркоидозом органов дыхания, проходивших обследование и лечение на базе Больницы Медицинского центра Управления делами Президента РК. Длительность наблюдения пациентов составила 36 месяцев (12–74). Средний возраст пациентов составил $51,4 \pm 12,6$ лет. В 59,6% случаев диагностировалась II рентгенологическая стадия саркоидоза (поражение легких и внутригрудных лимфатических узлов), в 28,8% случаев – III стадия (поражение легких). Существенно реже (11,5%) выявлялась I стадия СОД.

Результаты исследования. Исследование неспецифических маркеров воспаления выявило повышение уровня фибриногена в 32,4%. У 30,8% пациентов отмечено повышение СОЭ с максимальным показателем 45 мм/час. СРБ был повышен у 21,2% пациентов с максимумом показателя – 29,19 мг/л. Исследование роли цитокинов в возникновении и развитии воспалительного процесса при саркоидозе показало повышение уровня провоспалительного цитокина IL 6 в 42,9% случаев с максимальным значением 17,7 пг/мл. Примерно с такой же частотой выявлено повышение уровня IL 8 – в 40% случаев с максимальным значением 38,55 пг/мл. Почти в четверти исследуемых случаев (23,5%) превышал референтные значения ФНО α с максимальным показателем 20,55 пг/мл. Средний показатель общего кальция в крови

составлял – 2.42 (2.31–2.5) ммоль/сутки, превышая норму в 15,6% случаев. Средний уровень суточной экскреции кальция с мочой составил 4.36 (2.82–6.5) ммоль/сутки, в 30,6% случаях превышая референтные показатели. Сопоставление лабораторных показателей и КТ показал, что I КТ стадия характеризуется повышением следующих показателей: СОЭ 24,8 (10–44) мм/час более чем трехкратным увеличением IL6 – 9,28 (0,86–17,7) пг/мл, почти 2х-кратным увеличением IL8 23,42 (17,21–29,63) пг/мл. В подгруппе пациентов со II КТ-стадией саркоидоза отмечено увеличение лишь одного маркера активности процесса – уровня суточной экскреции кальция с мочой – 6,41 (4,27–9,39) ммоль/л. По данному показателю получено статистически значимое различие ($p=0,0079$). III стадия саркоидоза охарактеризовалась 2-х кратным увеличением IL 8 – 22,3 (6,68–3,42) пг/мл. В данной подгруппе пациентов отмечено повышение СОЭ – 27,5 (10–35) мм/час

Выводы. Неспецифические лабораторные маркеры воспаления при саркоидозе не являются достаточными, так как не отражают степень воспаления на территории аэро – гематического барьера. IL–6 и IL–8, являясь надежными маркерами воспаления в целом, не могут рассматриваться в качестве специфических лабораторных признаков активного альвеолита при саркоидозе, так как являются антиген-неспецифическими факторами, но могут быть рекомендованы для контроля эффективности терапии. Показатель экскреции кальция с суточной мочой может быть использован в качестве маркера активности саркоидоза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЛОДКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

КЕШИКОВА Д.М., ГАРЛЫЕВ Ч.Г.

Туркменский государственный медицинский университет имени Мурата Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Исследование влияния экстракта корня солодки на клинические проявления ОРВИ.

Материал и методы. Для этого был проведен анализ историй болезней 49 пациентов, находящихся на стационарном лечении в лечебно-профилактическом центре инфекционных болезней с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция».

Результаты исследования. Все пациенты были разделены на 2 группы: до 18 лет 24

(48,98%) пациента, с 19 до 69 лет 25 (51,02%) пациентов. Из них женщин 26 (53,06 %) и 23 мужчин (46,93 %). Пациенты были госпитализированы в январе-феврале 2022 года. По тяжести клинических проявлений: тяжелой формой 37 (75,51%) пациентов, 12 (24,49%) пациентов средней степени тяжести. У всех пациентов заболевание началось остро с катаральными симптомами: повышение температуры тела 37–38 С°, озноб, потливость, мышечные боли, головная боль, слабость, ринит,

боль в горле, отсутствие аппетита, нарушение сна.

Выводы. Таким образом, было изучено влияние экстракта корня солодки на основные клинические проявления ОРВИ. Пациенты были поделены на 2 группы. 1 группа N=29, пациенты помимо обычной терапии получали экстракт корня солодки в течении 5 дней. 2 группа N= 20, в этой группе пациенты получали стандартную терапию.

У пациентов получавших экстракт корня солодки было отмечено более благоприятное течение, сокращение длительности лихорадочного периода, быстрое купирование основных признаков ОРВИ и предотвращение развития осложнений.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у экстракта корня солодки есть все возможности занять достойное место в патогенетической терапии ОРВИ.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

МАКСУДОВА Л.О., ТАИРОВ М.Ш.

*Бухарский медицинский институт, Бухарский областной территориальный филиал
Республиканского специализированного научно-практического медицинского Центра Кардиологии,
Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить особенности суточного профиля артериального давления (СПАД) у больных с сочетанием артериальной гипертензии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В исследование включено 47 больных (средний возраст 53,1±2,5 лет), 31 женщин, 16 мужчин с АГ I-II степени. Пациенты были разделены на 2 группы: с ХОБЛ – 22 больных, без ХОБЛ – 25 больных. Длительность АГ в группе больных с ХОБЛ составила 6,5±0,54 лет, без ХОБЛ 5,1±0,66 лет. Критериями исключения из исследования были: симптоматическая гипертензия, наличие клинических признаков ИБС, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, клапанные пороки сердца, тяжелые нарушения ритма и проводимости, эндокринные нарушения, тяжелые патологии печени и почек, получение глюкокортикостероидов системного действия. Всем больным было проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и СМАД регистраторами АВРМ 02. Анализировали: усредненные, максимальные и минимальные показатели систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток, в периоды бодрствования и сна; среднесуточную, среднедневную и средненочную вариабельность систолического (VarСАД), диастолического (VarДАД) АД и ЧСС, рассчитываемую по стандартному отклонению варьирующей величины. Суточный индекс (СИ), определяемый как разность между усредненными значениями АД в периоды бодрствования и сна, отнесенную к усредненным дневным значениям АД и выраженную в процентах. Применяли следующую схему классификации пациен-

тов: «дипперы» – лица с нормальным (оптимальным) снижением АД в ночные часы (СИ от 10 до 20%); «нондипперы» – пациенты с недостаточным ночным снижением АД (СИ от 0 до 10%); «овердипперы» – пациенты с чрезмерным снижением ночного АД (СИ>20%); «найтпикеры» – пациенты с устойчивым повышением ночного АД (СИ<0).

Результаты исследования. Нами выявлена прямая корреляционная связь между уровнем ПАД и возрастом пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ во все периоды мониторингирования ($r=0,629$, $p=0,000$ (сутки), $r=0,645$, $p=0,000$ (день), $r=0,564$, $p=0,000$ (ночь)). Такая же зависимость отмечена и у лиц с АГ без патологии легких ($r=0,298$, $p=0,021$ (сутки), $r=0,266$, $p=0,04$ (день), $r=0,346$, $p=0,007$ (ночь)). Таким образом, нами не только не выявлены достоверные различия в уровне ПАД, но и отмечены общие закономерные особенности его динамики с увеличением возраста пациентов обеих групп. Сравнительная оценка суточного ритма ДАД также продемонстрировала существенные межгрупповые различия. Так, нами установлено преобладание «дипперов» среди больных с АГ без патологии легких (51,9%), в то время как среди лиц с сочетанием АГ и ХОБЛ адекватное ночное снижение АД отмечено немногим более, чем у трети больных (37,4%, $p=0,125$). Кроме того, среди этих пациентов выявлено достоверно более высокое число «найтпикеров» (25% против 7,5%, $p=0,002$), количество же «нондипперов» и «овердипперов» в сравниваемых группах было примерно одинаковым.

Выводы. Наличие ХОБЛ у больных с АГ ухудшает течение последней, что выражается в достоверном преобладании больных «найтпикеров» и «нон-дипперов».

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ХАТАР ОМИЛЛАРИ: 18–90 ЁШЛИ АХОЛИ ОРАСИДА АНИҚЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ (20 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ)

МАМАСОЛИЕВ Н.С., ХОЛИКОВА Н.А., ҚУРБОНОВА Р.Р., СОИПОВА Г.

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали, Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Бронхиал астманинг (БА) хатар омилларини (ХО) 18 – 90 ёшли аҳоли орасида тарқалиши ва 20 йиллик ўзгаришларининг ифодаланишини ўрганишдан иборат

Материал ва усуллари. 20 йиллик ретроспектив эпидемиологик тадқиқотда 1663 та 18 – 90 ёшли эркаклар (594 та) ва аёллар (1069 та) ўрганилди ва кузатилди. ЖССТ сўровномасидан (2009) фойдаланилди, клиник ва лаборатор хамда инструментал текширув усуллари қўлланилиб БАнинг хатар омиллари ташхисланди. Epi info, SPSS statistics даструларидан фойдаланиб олинган натижалар таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. БАнинг хатар омилларини (ХО) тарқалиши 18 – 90 ёшли аҳолида 62,07 фоизни ташкил этади. 20 йиллик (2001 – 2020 йй) ўсиш частотаси, шошилиш тез тиббий ёрдам шароитидаги беморларни тахлилига кўра, 23,81 фоиз даража билан қайд қилинади. ХО 2001 – 2020 йиллар давомида қуйидаги частоталарда аниқланиши ва ўзгариши билан тасдиқланади:

атопияга ирсий мойиллик (АИМ) 1,75 ва 0,00 фоиздан (ўсишсиз аниқланади), семизлик 24,9 ва 23,5 фоиздан (1,4 фоизга камайиш билан; $P > 0,05$), аллергик ХО 28,8 ва 25,5 фоиздан (1,9 фоизга камайиши билан), юқумли агентлар 21,8 ва 25,5 фоиздан (3,7 фоизга ўсиш билан; $P < 0,05$), касбий омиллар 22,3 ва 25,3 фоиздан (3,0 фоизга ўсиш билан; $P < 0,05$), аэрополлютантлар 0,4 ва 0,2 фоиздан (0,2 фоизга камайиши билан; $P < 0,05$). Жами хатар омилларини тарқалиши частотаси 19,13 ва 42,94 фоиздан аниқланади, яъни ХОни аниқланиши охириги 20 йилда 2,2 мартага ортган ($P < 0,05$).

Хулоса. Водий шароитида БАнинг келиб чиқиши ва кечишига сезиларли таъсирини кўрсатадиган 13 та ХО тасдиқланади (аллергенлар, АИМ, юқумли агентлар, 18 – 44 ёш гуруҳи, касбий омиллар, коморбидлик, аэрополлютантлар, 60 – 74 ёш гуруҳи, семизлик, 75 – 90 ёш гуруҳи, эркак жинси, аёл жинси). Кузатув йилларида уларни аниқланиши частотаси 2,2 мартага ортган.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ТАРҚАЛИШИ ЧАСТОТАСИ ВА АНДИЖОН ШАРОИТИДА 20-ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., ХОЛИКОВА Н.А., ҚУРБОНОВА Р.Р., СОИПОВА Г.

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали, Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади.. Андижон шароитида бронхиал астманинг (БА) эпидемиологик тавсифини ва 20 – йиллик ўзгаришларини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллари. Тадқиқотнинг материали бутун Фарғона водийси аҳолисини ўзида ифодалай оладиган РШТЎИМ Андижон филиали бўлимида олинди. Унинг объекти БА билан беморлар популяцияси. 2001 – 2020 йиллар давомида жами 1663 та популяцияда эпидемиологик ва фармакологик мониторинг ташкил этилди. БАга ташхис GINA (2009) мезонлар бўйича шакллантирилди. Текширилганларнинг 594 тасини (35,7 фоиз) эркаклар ва 1069 тасини (64,3 фоиз) аёллар ($P < 0,05$) ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари. Тасдиқланди-ки, ёш омили БА келиб чиқишида 25,0 фоизга етиб рол ўйнайди. Диний мақомийликни роли салкам 100,0 фоизга етиб мусулмонларда ва атига 0,6 фоиз частота билан христианларда, БА ривожига, тасдиқланади. БАнинг водий шароитида

келиб чиқишига 62,4 фоизга етиб туғилган жойи (шаҳарлик), 95,0 фоиздан ортиброқ ижтимоий омиллар ва 97,0 фоиздан ошиб касбий омиллар хисса қўшишади «Турмуш қурган», «Турмуш қурмаган» ва «Бева» популяция гуруҳларида мувофиқ бўлиб БА 83,9 фоиз (эркакларда 34,1 фоиз, аёлларда 65,9 фоиз; $P < 0,05$), 13,9 фоиз (эркакларда 34,1 фоиз, аёлларда 65,9 фоиз, $P < 0,05$), 13,9 фоиз (эркакларда 48,9 фоиз ва аёлларда 51,1 фоиздан; $P > 0,05$) ва 2,3 фоиздан (эркакларда 13,9 фоиз ва аёлларда 86,1 фоиздан; $P < 0,001$) тарқалиш частоталарида қайд қилинади.

Хулоса. Охириги 20 йилда Фарғона водийси шароитида келиб чиқиш ва клиник кечиши хусусиятлари кескин ўзгарган. Унинг барча турларини тарқалиш частотаси нисбатан камайган бўлсада, халқаро миқёсда солиштирилганда аниқланиш кўрсаткичларининг юқорилигини сақланиб қолаётганлиги тасдиқланади.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., ТАЖИБАЕВА Л.Р.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Целью исследования является изучение клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких среди населения, проживающего в условиях Долины.

Материал и методы. Для решения поставленных задач, мы изучили клинические проявления хронической обструктивной болезни легких у 169 пациентов, проживающих в условиях долины.

Результаты исследования. Независимо от места проживания, среди больных ХОБЛ преобладали мужчины, которые составили в городах 81,4 %, в селах 89,0 %.

У проживающих в городах и селах не имелось различий в доле больных моложе 40 лет, которые составили 3,5 % в городах и 2,4 % в селах ($P < 0,05$). Однако среди городских больных существенно большую часть, по сравнению с сельскими, составили лица в возрасте 40–59 лет, доля которых в городах достигала 55,8 %, в селах 36,6 % ($P < 0,01$). Среди сельских больных, в отличие от городских, преобладали лица в возрасте от 60 до 80 лет (61,0 % и 40,7 % соответственно, $P < 0,01$).

Заболевание более существенно влияло на жизнь сельских, чем на жизнь городских больных («чрезвычайно сильно» и «сильно» у 62,2 % сельских и только у 29,0 % городских, $P = 0,01$). Частота осложнений ХОБЛ у городских и сельских больных различий не имела (2,3% и 1,3% соответственно, $P > 0,05$), но легочная гипертензия чаще встречалась у сельских и была отмечена у 24,4 % (20 больных), в то время как у городских у 8,1 % (7 больных, $P = 0,05$). Наличие дыхательной недостаточности различной степени выраженности

имелось у 77,9 % сельских и только у 36,5 % городских пациентов ($P < 0,05$).

В картине ОАК и биохимических показателях, независимо от места проживания больных, различий не имелось. У 20,7 % сельских больных в ОАМ имелись отклонения в виде присутствия белка, лейкоцитов, эритроцитов, у них были выявлены пиелонефрит, простатит, среди городских подобных изменений имелись только у 5,8 % ($P < 0,05$).

У 88,8 % сельских и у 62,8 % ($P < 0,05$) городских больных мокрота имела гнойный характер. Других различий в показателях общего анализа мокроты не имелось.

Вывод. Среди сельского населения ХОБЛ является в более поздние сроки, чем среди городского, поскольку проявления заболевания до его диагностики в селах составляют $12,3 \pm 2,2$ мес., а в городах $6,3 \pm 2,5$ мес. У сельских больных чаще, чем у городских, ХОБЛ развивается при постоянном контакте с открытым огнем (10,9 % и 0 % соответственно), протекает в более тяжелой форме, чаще сопровождается обострениями (57,3 % и 18,6 % соответственно) и гнойным эндобронхитом (20,7 % и 0 % соответственно), чаще приводит к развитию дыхательной недостаточности (77,9 % и 36,55 % соответственно) и легочной гипертензии (24,8 % и 8,1 % соответственно).

У сельских пациентов, по сравнению с городскими, чаще встречаются более тяжелые формы сопутствующей ХОБЛ патологии: ЛОР-органов, мочеполовых путей, желудочно-кишечного тракта, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., ТАЖИБАЕВА Л.Р.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Представить современные аспекты распространенности фармакоэпидемиологии в условиях долины и профилактики хронической обструктивной болезни легких.

Материал и методы. Чтобы выполнить поставленную перед нами задачу, мы провели исследования в общей сложности 55 пациентов, живущих в условиях долины, страдающих хронической обструктивной болезнью легких и обратившихся с этим диагнозом.

Результаты исследования. Основные причины и факторы риска хронического бронхита и ХОБЛ представляют собой комплекс взаимосвязанных условий, главной детерминантой которого является недооцененность важности проблемы. Вследствие изменения климата, в летне-осенний период, на территории Долины и, прежде всего, Хабаровского края, регулярно возникают лесные пожары.

Задымленность воздуха, является существенным патогенным фактором массового воздей-

ствия, с повышенной степенью опасности для больных хроническим бронхитом и, в большей мере, ХОБЛ, и имеет дозозависимый эффект. В период задымленности, в изучаемом периоде, у взрослых пациентов, в целом, выявлялось более тяжелое течение ХОБЛ.

Курение является важнейшим фактором риска ХБ и ХОБЛ. Приобщение к табакокурению высокое, независимо от социального статуса и имеет место у 60–80% мужчин и 20–50% женщин. Начало употребления табака у большинства респондентов относится к 14–16 годам и несколько раньше начинается у юношей. Высокая интенсивность табакокурения, отмечается во всех возрастных группах у мужчин, начиная с 14–15 лет и у женщин среднего и пожилого возраста. Наибольшая распространенность и интенсивность табакокурения присуща мужчинам рабочим промышленных предприятий, пациентам терапевтических стационаров и врачам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ ДОЛИНЫ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., ТАЖИБАЕВА Л.Р.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования. На основе комплексного клинико-эпидемиологического и медико-социального изучения закономерностей формирования и течения хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких, в изменяющихся условиях внешней среды разработать научно обоснованную систему профилактики этих заболеваний для улучшения респираторного здоровья населения.

Материал и методы. Получена достоверная клинико-эпидемиологическая информация о реальной распространенности ХБ и ХОБЛ в условиях долины.

Результаты исследования. Установленное реальное патогенное значение задымления воздуха для больных ХОБЛ, и выявленные сопутствующие заболевания, определяющие качество жизни этих пациентов, позволяют повысить эффективность оказания им лечебно-профилактической помощи в учреждениях практического здравоохранения, а также способствуют созданию необходимого резерва медикаментов и оборудования.

По усредненным официальным данным общая заболеваемость ХБ и ХОБЛ на территории долины и особенно Андижана и Наманган в несколько раз ниже, чем в среднем по Фергану. Особенно резко это различие проявляется в долине и ЕАО, где заболеваемость в 4–5 раз ниже общероссийской

Распространенность ХОБЛ по результатам проведенного нами целенаправленного клинического и спирографического скрининга среди мужчин городских жителей с учетом структуры демографических показателей и после соответствующей стандартизации составляет 4,4%, ХОБЛ выявляется на ранних стадиях у курящих мужчин преимущественно в возрастной группе 40 – 50 лет. 1 стадия ХОБЛ выявлена в 40,4%, 2 стадия – в 46,2%, 3 стадия – в 13,4% всех случаев. В распространенности и степени тяжести ХОБЛ очень высокое значение имеет возрастной фактор.

Вывод. Организационная модель оптимизации профилактики ХБ и ХОБЛ на Долине включает в себя 2 группы аспектов профилактических мероприятий, повышающих качество медицинской помощи: организационно-методические и медико-социальные.

и в Андижанском и Наманганском Области среди взрослого населения составляет всего 0,6–0,7‰. По данным наших специальных исследований распространенность субъективной симптоматики ХБ и ХОБЛ у жителей г.Андижана в 30 раз выше (у 18,1% взрослого населения).

Распространенность ХОБЛ по результатам проведенного нами целенаправленного клинического и спирографического скрининга среди мужчин городских жителей с учетом структуры демографических показателей и после соответствующей стандартизации составляет 4,4%, ХОБЛ выявляется на ранних стадиях у курящих мужчин преимущественно в возрастной группе 40 – 50 лет. 1 стадия ХОБЛ выявлена в 40,4%, 2 стадия – в 46,2%, 3 стадия – в 13,4% всех случаев. В распространенности и степени тяжести ХОБЛ очень высокое значение имеет возрастной фактор.

Вывод. Для решения задачи улучшения ранней диагностики ХБ и ХОБЛ предложены новые диагностические тесты. Установлено, что количество экспирируемых ЭНВ может использоваться в качестве биомаркера ХОБЛ. Предлагаемый диагностический тест (количество экспирируемых за 10 минут ЭНВ меньше значения 0,55 мм) обладает приемлемыми для практического использования параметрами чувствительности и специфичности.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

МУМИНОВ Д.К., БАХОВИДИНОВ Ч.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение активности системного воспаления и перекисного окисления липидов у больных острой пневмонией (ОП) на фоне хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. В исследование были включены 120 больных с острой пневмонией. Средний возраст больных составил $48,46 \pm 3,78$ лет. 40 больных не имели в анамнезе почечной патологии (группа ОП), 80 больных страдали хронической болезнью почек (СКФ в течение 3 месяцев до развития пневмонии $30-60$ мл/мин/1,7м², группа ОП+ХБП). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Верификация диагноза проводилась на основании рентгенографии грудной клетки. Лабораторное обследование включало определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и концентрации С-реактивного белка (СРБ) как неспецифического маркера воспаления; малонового диальдегида (МДА) в качестве маркера активности перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Достоверность межгруппового различия оценивалась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Выявлено достоверное увеличение СОЭ и СРБ в обеих группах больных ОП по сравнению с КГ, независимо от наличия ХБП ($p < 0,001$ оба показателя по сравнению с КГ, nd по сравнению между группами ОП и ОП+ХБП). В процессе терапии отмечалось достоверно снижение СОЭ в обеих группах (на 13,49% в группе ОП+ХБП и на 17,11% в группе ОП, $p < 0,001$ с исходными данными в обеих группах, различия относительной динамики между группами – nd). К концу госпитализации СОЭ в обеих группах

больных осталось достоверно выше, чем в КГ ($p < 0,001$). Концентрация СРБ снижалась в группе ОП на 34,18% ($p < 0,001$ с исходными данными), однако к концу госпитализации оставалась выше КГ ($p < 0,001$). В группе ОП+ХБП концентрация СРБ также достоверно снижалась (на 15,90%, $p < 0,001$ с исходными данными), хотя степень снижения была ниже, чем у больных ОП. К концу периода наблюдения достигнутая концентрация СРБ в группе ОП+ХБП оказалась достоверно выше, чем у КГ ($p < 0,001$) и группе ОП ($p < 0,001$).

Воспаление ассоциируется с увеличением активности ПОЛ за счет накопления свободных радикалов, что в настоящем исследовании проявилось увеличением концентрации МДА (в 3,35 раз по сравнению с КГ, $p < 0,001$), при этом концентрация МДА у больных группы ОП+ХБП была недостоверно выше, чем у больных группы ОП. В процессе терапии концентрация МДА достоверно снижалась в обеих группах больных: в группе ОП+ХБП на 45,73% и в группе ОП на 50,24%, $p < 0,001$ с исходными данными в обеих группах больных). В результате к концу госпитализации в группе ОП+ХБП концентрация МДА в периферической крови, отражающая активность ПОЛ оказалась достоверно выше, чем в группе ОП ($p < 0,05$ достоверность различия между группами в конце госпитализации).

Выводы. У больных ОП отмечается увеличение СОЭ и концентрации СРБ и активности ПОЛ, независимо от наличия фоновой ХБП. На фоне терапии маркеры воспаления и ПОЛ снижались, с меньшим эффектом на фоне ХБП.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

МУМИНОВ Д.К., ДАМИНОВА Л.Т., БАХОВИДИНОВ Ч.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка функционального состояния почек у больных острой пневмонией в зависимости от наличия хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. 120 больных с острой пневмонией (крупозной или очаговой сливной). Средний возраст больных составил $48,46 \pm 3,78$ лет. 40 больных не имели в анамнезе почечной патологии (группа ОП), 80 больных страдали хронической болезнью почек (СКФ в течение 3 месяцев до развития пневмонии $30-60$ мл/мин/1,7м², группа ОП+ХБП). Контрольную

группу составили 20 здоровых лиц без признаков хронической почечной и респираторной патологии. В группе ОП+ХБП распределение больных по этиологии ХБП было следующим: хронический гломерулонефрит 64 больных (80%), хронический пиелонефрит 4 больных (5%), подагрическая нефропатия – 7 больных (8,75%), этиология не установлена – 5 больных (6,25%). Больные с сахарным диабетом, диффузными болезнями соединительной ткани, злокачественными новообразованиями в исследование не включались.

Результаты исследования. У всех больных ОП исходно концентрация креатинина крови достоверно превышала показатель контрольной группы ($p < 0,001$). У больных без поражения почек концентрация креатинина крови была сопоставима с показателем, характерным для здоровых лиц. У больных острой пневмонией на фоне ХБП концентрация креатинина в крови достоверно значимо превышала контрольные значения ($p < 0,001$). Другую картину демонстрирует анализ сывороточной концентрации цистатина С: его концентрация превышала контрольные значения как у больных ОП+ХБП ($p < 0,001$), так и у больных ОП ($p < 0,001$).

Анализ динамики концентрации креатинина в периферической крови обнаружил во всех обследуемых группах повышение уровня креатинина, максимально к 3-м суткам госпитализации с последующим постепенным снижением, при этом в группе ОП к 7-м суткам сывороточная концентрация креатинина вернулась к исходным значениям и стала сопоставима с концентрацией креатинина в КГ, а в группе ОП+ХБП она оставалась достоверно выше исходных значений ($p < 0,001$).

ОПП определялось при увеличении концентрации креатинина крови на 3-и сутки на $26,5 \text{ мкмоль/л}$. В настоящем исследовании ОПП диагностировано у 70 больных группы ОП+ХБП (87,5%) и у 27 больных группы ОП (67,5%) хи квадрат=6,68, $p < 0,01$.

Концентрация креатинина сыворотки у больных группы ОП без развития ОПП и с развитием ОПП не отличались друг от друга ($54,38 \pm 16,10 \text{ мкмоль/л}$ против $49,15 \pm 15,15 \text{ мкмоль/л}$). В то же время концентрация цитокина С у больных ОП без развития ОПП не отличалась от контрольных показателей ($0,59 \pm 0,18 \text{ мг/л}$ против $0,50 \pm 0,12$), у больных ОП с развитием ОПП концентрация цитокина С ($0,98 \pm 0,37 \text{ мг/л}$) была достоверно выше контрольных значений и показателей группы больных с несложненной ОП ($p < 0,001$ для обоих сравнений).

Вывод. У всех больных ОП наблюдается нарушение функционального состояния почек с максимальным увеличением сывороточной концентрации креатинина на 3-и сутки с последующим снижением. Изменения показателей функции почек менее благоприятны у больных с фоновой ХБП.

ОЦЕНКА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПО КРИТЕРИЯМ ОКСИДАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ А.Л., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Анализ состояния вазомоторной функции эндотелия периферического кровотока у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Было исследовано 32 больных ХОБЛ III-IV степени с ХГП и 20 здоровых лиц (ЗЛ).

Допплерографию плечевой артерии проводили по методике Solomon S. при помощи ультразвукового аппарата, в постоянно-волновом режиме. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с) индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.)

Исследовали состояние антиоксидантной системы (АОС) и перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что Исходно у больных ХОБЛ III и IV степени осложненный хроническим легочным сердцем МСС достоверно ниже чем у ЗЛ ($p < 0,05$), в то время как индекс циркуляторного сопротивления, характеризующий сосудистый тонус, соответственно выше на $0,19 \pm 0,05$ и $0,31 \pm 0,04$ ед. чем в группе ЗЛ ($p < 0,01$). Выявлена прямая зависимость нарушения функциональной

активностью эндотелия периферических сосудов и системы ПОЛ и АОС.

У больных ХОБЛ III и IV степени осложненный ХЛС отмечено значительное угнетение активности ферментов АОС, которые защищают эндотелиальные клетки, препятствуя развитию эндотелиальной дисфункции.

Интенсификация процессов ПОЛ сопровождалась высокими показателями хемилюминесценции мембран эритроцитов по сравнению с ЗЛ в 3,1 и 3,8 раза соответственно. Снижение ПОЛ/АО на 18,1% по сравнению с данными у здоровых лиц ($p < 0,05$). Эти изменения свидетельствуют о важной роли активированных форм кислорода в механизмах инициации ПОЛ.

Вывод. Метаболические нарушения мембран эритроцитов у больных ХГП имеет не только местный, но и системный характер, о чем свидетельствует нарушение системы ПОЛ/АО в периферической крови. Таким образом, Значения прироста МДА/ХЛ и МСС, ИЦС статистически значимо отличаются при переходе от III степени к IV степени больных хронической обструктивной болезнью легких.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ А.Л., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Оценка влияния комплексной терапии на показатели эндотелиальной функции периферических сосудов.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. >25 мм.рт.ст.).

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки глицерозина 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. При применении глицерозина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особен-

ности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается 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.

Вывод. У больных БА осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией.

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

ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Оценка влияния комплексной терапии на показатели эндотелиальной функции периферических сосудов.

Материал и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. >25 мм.рт.ст.).

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина 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).

Результаты исследования. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндо-

телиа, 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 уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

Выводы. При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается 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 ($p < 0,05$). Мож-

но сделать вывод, что у больных БА осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ТАШМУХАМЕДОВА М.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей течения и диагностики профессиональной бронхиальной астмы.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи в республиканской клинике профессиональных заболеваний обследовано 86 больных, изучены данные динамического наблюдения за их состоянием, исследования функции внешнего дыхания (компьютерная спирография).

Основными диагностическими критериями профессиональной бронхиальной астмы являются: появление симптомов заболевания во время работы и отсутствие вне рабочего времени (симптом экспозиции и элиминации), показатели пиковой скорости пикфлоуметрии на рабочем месте и вне контакта с профессиональным аллергеном, определение функции внешнего дыхания, провокационные ингаляционные тесты с предполагаемым аллергеном, определение уровня специфического IgE, наличие во многих случаях экстрареспираторных проявлений (ринит, конъюнктивит, отек Квинке и др.) до развития приступов бронхиальной астмы с теми же закономерностями экспозиции и элиминации.

Результаты исследования. По профессиональному составу наибольшее число случаев бронхиальной астмы приходится на работников пылевых производств (32,4%), химических предприятий (17,2%) и медицинских учреждений (13,6%). По возрасту: больные до 30 лет – 9,6%,

31–40 лет – 24,4%, 41–50 лет – 28,8%, 51 и старше – 34%, т.е. заболевание выявлено в наиболее активном возрасте от 30 до 50 лет (66%). По профессиональному стажу выделены 5 групп: менее 5 лет – 9,6%, 6–10 лет – 19,2%, 11–15 лет – 28,8%, 16–20 лет – 28,8%, 21 год и более – 14,6%, как видно бронхиальная астма чаще была установлена при стаже работы от 10 до 20 лет, то есть в развитии сенсibilизации существенную роль играла продолжительность контакта с аллергеном.

Результаты компьютерной спирографии показали, что у больных отмечаются снижение вентиляционной недостаточности по смешанному типу – 48,2%, по рестриктивному типу – 38,4% и по обструктивному типу – 14,4%, по степени тяжести: легкой степени – 32,8%, средней степени – 48% и тяжелой степени – 19,2% и показывают, что признаки дыхательной недостаточности способствуют ухудшения самочувствия пациентов.

Выводы. Учитывая высокую распространенность профессиональной бронхиальной астмы, для ранней диагностики болезни рекомендуется комплексное обследование больных, включающее профессиональный анамнез с изучением документации об условиях труда, аллергологический анамнез с изучением динамики заболевания и результатов специфических аллергологических и иммунологических исследований.

ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ ОМИЛЛАРИ

ТОШОВ С.С., КАМИЛОВА У.К.

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

Тадқиқот мақсади. Ўпка сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) да кардиоваскуляр хавф омиллари тарқалиш хусусиятларини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази пульмонология бўлимида СОЎК касаллиги билан даволанган 35 ёшдан 60 ёшгача бўлган 190 нафар бемор

текширилди. Беморларнинг ўртача ёши $57,81 \pm 1,23$ ёшни ташкил этди. СОЎК билан касалланган аёллар 106 (55,8 %) ва эркаклар 84 (44,2 %)ни ташкил этди. Беморларда кардиоваскуляр хавф омиллари учрашини аниқлашда ирсийлик, чекиш, гиперхолестеринемия (ГХС), абдоминал семизлик (АС), шу билан бирга артериал гипертензия (АГ), юрак

ишемик касаллиги (ЮИК) учраши частотаси ҳам баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, Беморларда касаллик клиник белгилари таҳлили шуни кўрсатдики, 169 (88,9%) беморларда ҳансираш, 183 (96,3%) беморда сурункали йўтал, 110 (57,9%) да кўкрак қафасида дискомфорт, 87 (45,7%) тада кўкрак қафасида оғриқ ва 165 (86,8%) беморларда чарчаш каби шикоятлар қайд этилди. 65% беморлар назоратланган СОЎК гуруҳини ва 35% беморлар назоратланмаган гуруҳни ташкил этдилар. СОЎК билан касалланган беморларда ЮҚТК хавф омилларидан (ХО) ирсийлик 68 (35,7 %), чекиш – 49 (25,7 %), АС 71 (37,3 %), АГ – 90 (47,3%), ГХС – 52 (27,4 %), гиподинамия 104 (54,73 %) беморларда аниқланди. СОЎК билан касалланган

беморларда ЮҚТК хавф омилларидан (ХО) ирсийлик 68 (35,7 %), чекиш – 49 (25,7 %), АС 71 (37,3 %), АГ – 90 (47,3%), ГХС – 52 (27,4 %), гиподинамия 104 (54,73 %) беморларда аниқланди. Беморларда кардиоваскуляр касалликлар билан коморбидлик таҳлил қилинганда, АГ билан коморбидлик 90 (47,3%) ҳолатда, ЮИК билан – 97 (51%) ва сурункали юрак етишмовчилиги билан 85 (44,7%) ҳолатда бирга учраши аниқланди. Беморларда АГ таҳлили шуни кўрсатдики, гипертония касаллигининг I босқичи 33,4% беморда, II босқичи 54,4% беморда ва III босқичи 12,2% беморларда қайд этилди

Хулоса. ЎСОКнинг артериал гипертензия билан коморбид келган беморларда эхокардиографик кўрсаткичларини баҳолаш ўнг коринчаси гипертрофияси ва дилатацияси натижасида диастолик функция бузилиши билан тавсифланди.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

ФАЗЫЛОВ А.В., АРИПОВ Б.С., ТУРСУНОВ Д.И., ГАФАРОВА Г.И., ТОШЕВ С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Центр развития профессиональной квалификации медицинский работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Исследование эффективности действия флуоксамина при лечении тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных бронхиальной астмы, осложненной с хронической обструктивной болезнью легких (БА ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 68 больных терапевтическом отделении 1 ГКБ г. Ташкента с БА осложненной ХОБЛ. В возрасте от 50 до 68 лет при этом средний возраст составил 56,4 лет. Из них мужчин 29 (42,6%) и 39 (57,4%) женщин.

Все больные были распределены на 2 группы: основная I-группа – 37 больных, получавших комплексное лечение наряду соматического заболевания по поводу бронхиальной астмы и тревожно-депрессивного синдрома (ТДР) флуоксамином по 50 мг 1 раз в сутки, вечернее время в течение не менее 1 месяца; II контрольная группа, получивших только базисную терапию по бронхиальной астме. Для верификации клинического диагноза были проведены общие клинические и клинико-лабораторные методы исследования.

Для оценки ТДР были применены госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), а также шкала Гамильтона для оценки депрессии.

Результаты исследования. По нашим полученным данным: у пациентов после курса лечения флуоксамином уровень ТДР оказался значительно ниже исходного состояния, а также психофармакологическая его ценность значительно повышается за счёт сочетания его с бронхолитической

терапией, а также низкой степенью побочных эффектов. Согласно по тесту Гамильтона, в I группе больных уровень исходного суммарного балла составил 25,4, а во II группе составил 20,4. Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился во I группе до 12,1; а во II группе до 16,3 баллов. Через 4 недели лечения этот показатель значительно снизился в I группе – до 11,2 баллов; а во II группе до 14,1 баллов. После окончания курса лечения ни у одного больного субъективно и клинически не отмечался синдром отмены в виде усиления тревоги и ухудшения соматического состояния, то есть после терапии флуоксамином отмечали клиническое общее улучшение самочувствия больных, что отражалось на их значительное снижение интенсивности ипохондрической реакции, плаксивость и т.д. Тогда как комплаентивность больных к медикаментозной терапии повысилась. У больных, которые не получили в составе комплексной терапии флуоксамином, показатели динамики шкал Гамильтона и HADS ремиссия наступила лишь за счёт снижения интенсивности – активности соматических симптомов, а комплаентивность больных этой группы была низкой.

Выводы. Результаты проведённых исследований показали, что флуоксамин является эффективным и безопасным лекарственным препаратом для лечения невротических расстройств тревожно-депрессивного проявления у больных с БА осложнённой ДН.

PSORIATIK ARTRITLI BEMORLARDA JIGAR NOALKOGOL GEPATOZI KASALLIGINI UCHRASHI VA DARAJALARI

MUXSIMOVA N.R., SADULLAYEVA X.U.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: Psoriatik artritis kasalligida jigar noalkogol gepatoz kasalligi kelib chiqishi, uchrashi va darajalarini aniqlash orqali, kasallikni prognoz qilish va zo'rayib borishini oldini olish.

Psoriatik artritis kasalligida metabolik sindrom rivojlanishi natijasida jigar noalkogol gepatoz kasalligi kelib chiqishi mumkin. Bu qo'shma kasallikda jigar noalkogol gepatozi rivojlanish mexanizmidan asosan adipositokinlar miqdorining oshishi jigar yog' bosishiga olib keladi. Agar jigar yog'li gepatoziga o'z vaqtida e'tibor qaratilmasa keyinchalik bu jigar serrozi, jigar karsinoma kabi og'ir kasalliklarga aylanishi mumkin. Xavf omillariga semizlik, yoshi, jinsi, chekish, zararli odatlar va yondosh kasalliklari borligi kiradi.

Materiallar va usullar. Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi revmatologiya va ichki kasalliklar reabilitatsiyasi bo'limida davolangan 80 ta psoriatik artritisli, alkogol istemol qilmaydigan bemorlar kuzatuvga olindi. Barcha bemorlarda TVI, abdominal indeks, laborator tekshiruvlardan esa SRO, EChT, AIT, AsT, glyukoza, lipid spektri, bilirubin; instrumental tekshiruvlardan jigar UTTsi, fibroskan, hamda VASh, DAS, PASI indeksi o'tkazildi. Ushbu tekshirilayotgan psoriatik artritisli bemorlarda UTT natijalariga ko'ra, 48ta faqat psoriatik artritis bilan kasallangan bemorlar 1-guruh, hamda 31ta bemorda jigar noalkogol gepatozi kasalligi bilan, 1ta bemor jigar serrozi bilan kasallanganani aniqlandi va ular 2-guruh deb ajratildi. 2-guruhdagi bemorlardan 15tasi 1-dara-

jali steatoz, 14tasi 2-darajali steatoz va 2ta bemorda 3-darajali steatoz ekanligi aniqlandi. Davolash maqsadida 2-guruhdagi bemorlarga medikamentoz bazis davodan tashqari diyet, hepatoprotektorlar, jismoniy mashqlar, zararli odatlardan voz kechish, ortiqcha vazndan halos bo'lish va sanator – kurort zonalarida davolanish tavsiya etildi. Biz «SMART» diyetani taklif etdik, ya'ni aqlli dieta, bunda qabul qilinadigan energiya sarflanadigan energiyadan oshmasligi hamda ko'proq o'simlik mahsulotlari, sabzavot, meva mahsulotlarini istemol qilish, hayvon yog'lari, uglevodga boy mahsulotlar hamda ortiqcha tuz miqdorini cheklashni nazarda tutadi.

Tadqiqot natijalari ko'ra 2-guruhdagi bemorlar 1-guruhdagi bemorlarda nisbatan kasallik kechishi og'irlashadi va berilgan davo muolajalari 1-guruhda yaxshiroq natija berdi. Shu tufayli, 2-guruhdagi bemorlarga medikamentoz bazis davodan tashqari buyurilgan tavsiyalar kasallik kechishini susaytirganligi hamda bemor ahvoli yaxshilanishiga olib keldi.

Xulosa. Kuzatuv va tahlillarga asoslanib psoriatik artritis jigar noalkogol gepatoz kasalligi bilan birga kelganda ikkala kasallikning kechishi og'ir kechdi, shuningdek kasallikning faolligiga ta'sir etuvchi asos bu adipositokinlarning oshishi hisoblanadi. Demak, PsA bilan kasallangan bemorlarda semizlik, zararli odatlar, yondosh kasalliklar kabi omillarni kamaytirish kelgusida jigar noalkogol gepatozi kasalligi rivojlanishi va kasallikning yanada og'ir kechishini oldini oladi.

SURUNKALI PANKRIATIT KASALLIGIDA INGICHKA ICHAKDA ORTIQCHA BACTERIAL O' SISH SINDROMI

XAYTIMBETOV J. SH., ABDULLAYEV U. S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Surunkali pankreatitis (SP) bilan ingichka ichakda bakteriyalarning ko'payishi sindromini (IIBKS) davolashning zamonaviy yondashuvlariga muvofiq etarli terapiyani tanlash.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasining ko'p tarmoqli klinik shifoxonasining gastroenterologiya bo'limi negizida o'tkazildi. Biz Kreon 25000 MB bilan o'tkazilgan terapiyaning SP uchun oshqozon osti bezi ekskretor etishmovchiligi (OOBEE) bo'lgan 38 bemorda IIBKSga ta'sirini bahol-

adik. Ushbu bemorlarga 3 oy davomida kuniga Kreon 100–150 ming MB terapiyasi o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Bemorlarning katta qismida (67,7% –27 bemor) klinik tadqiqotlar natijasida IIBKS yo'q qilindi, 56% (21 bemor)da-meteorizm yo'qoldi, 73% (29 bemor)da umumiy ahvoli yaxshilandi, ammo dispeptik alomatlar saqlanib qoldi.

Xulosa. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, samarali ferment birikmalarining etarli dozalarini tayinlash har ovqat bilan Kreon 25000 – 40000

MB) oshqozon osti bezi kasalliklarida IIBKS bilan yoki bo'lmagan OOBEE bilan birinchi darajali terapiya bo'lishi kerak. Agar uning samaradorligi etar-

li bo'lmasa, ingichka ichakning mikrobial o'sishini yo'q qilish uchun antibakterial preparatlarni tayinlash ko'rsatiladi.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

АХМЕДОВ М.А., АБДУЛЛАЕВ Х.А., ФАЗЫЛОВ А.В., УМАРОВ А.Э., НАЖМЕТДИНОВ Г.Р.

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

Цель исследования. Изучить группу риска внекишечных суставных проявлений -воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Материал и методы. Нами было обследованы 120 больных с ВЗК, в возрасте от 16 до 58 лет, средний возраст составлял 36,1 лет, с длительностью анамнезом заболевания от 3 до 18 лет, находившийся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении 1-РКБ МЗ РУз. Среди обследованных 81 (67,5%) составили женщины, а мужчин 39 (32,5%) больных. 78 (65%) больные были с ЯК, а с БК составил 42 (35%).

Результаты и обсуждение. Одним из самых распространённых жалоб при ВЗК как внекишечные проявления (ВКП) больных были жалобы на боли в суставах с различной степенью интенсивности.

Все обследованные больные были распределены по степени тяжести течения ВЗК. Полученные результаты показали, что при ЯК легкое течение наблюдалось – у 24 (30,77%) из 78 обследованных больных, среднее тяжелое течение – у 31 (39,74%), тяжелое течение – у 18 (23,08%) и молниеносное течение у 5 (6,41%). При БК легкое течение наблюдалось у 5 (11,9%) из 42 больных, среднетяжелое – у 17 (40,48%), тяжелое течение-у 15 (35,71%) и молниеносное – у 5 (11,9%) больных. Как известно все проявления артропатии подразделяются на периферические: I тип и II тип, а также аксиальная (осевая) артропатии.

Периферические артриты часто бывают серонегативные и не сопровождаются сиповиальной деструкцией и часто сочетается с другими ВКП. Например по нашим данным в двух случаях с тяжелым течением БК наблюдался артрит по типу синдрома Рейтера. При этом помимо поражения

суставов наблюдался неспецифический и уретрит и конъюнктивит.

По нашим данным и периферическая, и осевая артропатия встречаются и при ЯК, и при БК, и их следует отличать от артралгием, которые тоже являются более артралгией распространенными. Осевые артропатии встречается одинаково между полами и формами ВЗК, а тогда как периферические артропатии являются более распространенными при БК и чаще регистрируются у женщин, что согласует с данными других авторов

По нашим данным, у многих больных ВКП имеют параллелизм встречаемости и возрастает с увеличением длительности анамнеза заболевания и активности воспалительного процесса болезни, особенно у больных с имеющими ВКП. При ВЗК по нашим данным частыми по сравнению другими ВКП была отмечена артропатия, которая встречается у 33 (27,5%) среди обследованных: у больных с ЯК составил 17 (21,79%) из 78 и у 16 (381%) из 42 обследованных больных с БК.

Выводы. Проведенное нами исследование при ВЗК у многих больных наблюдаются существенные нарушения со стороны внутренних органов в том числе и опорно-двигательного аппарата. Это ещё раз подтверждает тяжесть и агрессивность течения ВЗК ассоциированных артропатией, которая приводит к ухудшению качества жизни больных и далее риск потери трудоспособности. И далее ранняя диагностика, своевременная и адекватная медикаментозная коррекция, а также мультидисциплинарный подход проблеме ВЗК является требованием медицинского сообщества по вопросам терапии и реабилитации больных.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА

АБДУЛХАЕВА Д.Р., ВАЛИЖАНОВА З.И., ЮЛДАШЕВА Г. Р., ЖАББАРОВА Д.Х.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинической эффективности ферментного препарата Тризим Микрокапс в лечение экзокринной недостаточности поджелудочной железы у спортсменов.

Материал и методы. Было исследовано 70 спортсменов с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы. Для верификации диагноза всем спортсменам выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и определение эластазы в кале. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по 10-балльной шкале). 1 группа – 33 спортсменов, принимали классические таблеток панкреатина с кислотоустойчивой оболочке во время еды, 2 группа (37) спортсменов принимали Тризим Микрокапс 20.000 по 1–2 таблетке во время еды.

Результаты исследования. Исследование показателей содержания эластазы в кале до лечения показало ее тенденция к снижению в обеих группах пациентов: в первой группе соответствующий

показатель составил $194,5 \pm 27,3$ мкг/г, а в группе сравнения – $201,6 \pm 12,8$ мкг/г. ($p > 0,05$). После проведенного лечения показатели эластазы в кале составили $210,3 \pm 17,2$ мкг/г в первой группе и $256,6 \pm 18,2$ мкг/г во второй группе спортсменов. Так же проведенные исследования показали, что в первой группе спортсменов, на фоне приема препаратов панкреатина абдоминальная боль уменьшилась, но незначительно, что подтверждается показателями выраженности болей, которые до лечения составили $9,7 \pm 0,2$ и после лечения $9,5 \pm 0,7$ баллов. Во второй же группе наблюдалось достоверное снижение этого показателя после лечения ($6,3 \pm 0,9$ против $9,7 \pm 0,7$).

Выводы. Таким образом, проведенными исследованиями доказано, что более эффективным ферментным препаратом в лечение спортсменов с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы является Тризим Микрокапс, который по сравнению с классическими препаратами панкреатина оказывает более выраженный.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ГАРОВОВ Г.Я., ХУДАЙБЕРДЫЕВА Г.П., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч., НАЗАРМАМЕДОВА Т.Н.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить влияние флуоксетина на самочувствие и настроение больных СРК.

Материал и методы. Под наблюдением с диагнозом СРК находились 75 больных в возрасте 23–55 лет (средний возраст $38,2 \pm 4,8$ года). Больные предъявляли жалобы на боли в животе и при дефекации, тошноту, нарушения сна, хроническую усталость, сонливость. Все больные отмечали, что стрессы и ссоры способствуют возникновению вышеуказанных жалоб. Всем больным проведено рентгенологическое исследование ЖКТ и общеклиническое обследование. Диагноз был поставлен на основании критериев, предложенных Ассоциацией гастроэнтерологов Рима. При лечении больных дополнительно к кишечным антисептикам, спазмолитикам и прокинетикам назначали 20 мг флуоксетина (капсулы) 2 раза в сутки.

Через 8 недель наблюдения выявлены симптомы СРК: спонтанная боль в животе ($p < 0,001$) и ее

связь с дефекацией ($p < 0,05$), нарушения дефекации ($p < 0,05$), резкое снижение тенезма ($p < 0,002$). Кроме того, через 8 недель лечения уменьшились сопутствующие симптомы, такие как тревога, нарушения сна и хроническая усталость. Уровни восприимчивости ($p < 0,05$) и шума ($p < 0,05$) значительно снизились. Однако через 8 недель лечения признаков полного перерождения заболевания не выявлено, что свидетельствовало об исчезновении симптомов СРК.

Результаты исследования. После лечения все больные находились под наблюдением в течение 1 года. У 37 (67,3%) больных в течение 1 года, у 11 (20%) больных в течение 6 месяцев и у 7 (12,7%) больных в течение 3 месяцев период ретардации сохранялся. Исследования показали, что применение флуоксетина в количестве 40 мг оказывает выраженный терапевтический эффект, причем у части больных более эффективно применение препарата через 4–9 месяцев при использовании 20 мг.

Выводы. Таким образом, применение флуоксетина в дозе 40 мг в лечении заметно уменьша-

ло симптомы СРК и заметно улучшало личностно-эмоциональное качество жизни больных.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬГИНАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ГАРОВОВ Г.Я., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить эффективность альгинатной суспензии гевискона в комплексном лечении больных ГЭРБ.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных (26 мужчины и 20 женщин) ГЭРБ в возрасте 18–43 года. Для диагностики ГЭРБ всем больным кроме общепринятых обследований проводились экспресс Рн-метрия, эзофагогастро-дуоденоскопия и альгинатный тест (если после приема 20 мл суспензии гевискона изжога прекращается, тест считается позитивным, в противном случае – негативным). Больные были разделены на две группы. Первой группе назначали общепринятые антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов) в сочетании с суспензией гевискона (150 мл) (компания «Рекитт Бенкизер Хэлскэа Лимитед», Великобритания). Гевискон назначался по 10 мл (500 мг альгината натрия) 3 раза в день в течение 14 дней. В комплексном лечении второй группы гевискон не применялся.

Результаты исследования. В группе больных, принимавших суспензию гевискона, 14 день терапии отмечалось улучшение общего состояния, наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение количества случаев изжоги на 72,4%, увеличение интервала между кислотными рефлюксами в 3,5 раза и уменьшение экстраэзофагеальных проявлений ГЭРБ (одышка, боль в груди) на 45,3%. Во второй группе, получавшей безальгинатное лечение, определялось снижение случаев изжоги на 61,3%, уменьшение одышки и болей в груди на 14,2%. Из этой же группы 9% больных отметили, что существенного улучшения своего состояния не наблюдалось.

Выводы. В группе, принимавшей суспензию гевискона, по сравнению с группой, которой назначали стандартную терапию, отмечалось значительное снижение пищеводных и экстрапищеводных симптомов рефлюкса, тем самым улучшалось качество жизни больных.

ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

АХМЕДОВА Н.А., ТЕМИРОВА М.Б. КАСИМОВА М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить состояние микробиоценоза тонкой кишки у больных хроническим панкреатитом для оптимизации диагностики и обоснования рациональной лечебной тактики.

Материал и методы. Мы обследовали 14 пациентов с ХП, используя водородный дыхательный тест с лактулозой для выявления СИБР, нерассасывающегося углевода, на результаты которого не влияет наличие экзокринной недостаточности. Основными симптомами и признаками были вздутие живота у 9 (64%), периодические боли в животе у 8 (57%), периодическая диарея у 5 (36%) и стеаторея у 5 (36%). В то же время мы изучали здоровую контрольную группу, разделенную по возрасту и полу.

Результаты исследования. СИБР присутствовал у 13 из 14 пациентов с ХП (92%) и у 1 из 14 контрольных ($p < 0,001$). Единственный пациент с ХП и без СИБР был недавно диагностирован и

имел минимальные морфологические изменения при компьютерной томографии и эндоскопической панкреатографии.

Лечение, обычно антибиотиками, направлено на облегчение симптомов путем уничтожения бактерий в тонком кишечнике. Ограниченное число контролируемых исследований показало эффективность системных антибиотиков (норфлоксацина и метронидазола). Однако 15 исследований показали, что рифаксимин, несистемный антибиотик, эффективен против и хорошо переносится. Благодаря повышению осведомленности и научной строгости ландшафт СИБР готов к трансформации.

Выводы. Распространенность СИБР при ХП, осложненном ЭНПЖ, до сих пор остается невыясненной, однако регистрируется намного чаще, чем у здоровых лиц.

Основная составляющая лечения СИБР – использование антимикробных препаратов для

элиминации избыточного количества микроорганизмов из тонкой кишки без грубых изменений микроэкологии толстого кишечника. В идеале выбор подобных средств должен быть основан на выявленных отклонениях в бактериальном состав

ве кишечника, особенностях чувствительности доминирующих бактерий к антибиотикам. Для этого необходимы высокоточные методики диагностики СИБР, из которых приоритетным считается посев аспирата тонкого кишечника.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ

ВАЛИЖАНОВА З.И., АБДУЛХАЕВА Д.Р., ЮЛДАШЕВА Г.Р., ИНОЯТОВА Д.А.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить функционального состояния секреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) на фоне метаболических нарушений у спортсменов занимающихся различными видами спорта.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 спортсменов разных видов спорта, 36 женщин и 22 мужчин, средний возраст $22,2 \pm 6,2$ года. Для определения внешнесекреторной функции ПЖ определялась фекальная эластаза (ФЭ), иммуноферментным методом с моноклональными антителами (сэндвич тип ИФА, ScheBo® Эластаза 1 – копрологический тест, Германия). Концентрация ФЭ выше 200 мкг/г кала и выше расценивалась как норма; от 150 до 200 мкг/г кала – как легкая; от 100 до 150 мкг/г – средняя; менее 100 мкг/г кала – тяжелая степень недостаточности ПЖ. Для визуализации ПЖ, всем больным проводилась трансабдоминальное УЗИ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью MS Excel с оценкой достоверности результатов по t-критерию Стьюдента, при этом изменения расценивались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты исследования. На основании проведенного обследования все спортсмены были разделены на две группы. 1-ю группу составили 28 спортсменов с экзокринной недостаточностью ПЖ с наличием метаболических нарушений. Во 2-ю группу вошли 30 спортсменов с ЭНПЖ без признаков метаболических нарушений, которые использовались для сравнения. Для определения

внешнесекреторной функции ПЖ эластазный тест проведен у всех спортсменов разных видов спорта. Отмечены достоверные различия в частоте экзокринной недостаточности ПЖ средней степени при наличии метаболических нарушений ($p < 0,05$). Проведен сравнительный анализ степени экзокринной недостаточности у спортсменов без признаков метаболических нарушений и с наличием метаболических нарушений. Согласно данным эластазного теста, экзокринная недостаточность ПЖ чаще диагностировалась при наличии метаболических нарушений, у спортсменов 1-группы (у 24 из 28 больных – 87,55%), по сравнению с спортсменами 2-группы (у 22 из 30 больных – 73,3%). Данные трансабдоминальной ультрасонографии показали, что в обеих группах имеются характерные изменения для ХП. Однако более неоднородной паренхимы была выявлена при наличии метаболических нарушений (87,9%), а мелкие кисты (40,7%) и кальцификаты (18,6%) были характерны для экзокринной недостаточности ПЖ без признаков метаболических нарушений.

Выводы. Таким образом, экзокринная недостаточность ПЖ по данным эластазного теста чаще диагностируется у спортсменов на фоне метаболических нарушений, по сравнению с спортсменами без признаков метаболических нарушений. При УЗИ выявляется – более неоднородная паренхима ПЖ при сочетании метаболических нарушений, а мелкие кисты и кальцификаты характерны для экзокринной недостаточности ПЖ без признаков метаболических нарушений.

HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДАГИ ТЕМИР КЎРСАТКИЧЛАРИ БИЛАН ИНТЕРЛЕЙКИН – 6 ВА А – ЎСМА НЕКРОЗИ ОМИЛИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК

ГАДАЕВ А.Г., МАХМАНОВ Л.С., ТУРАҚУЛОВ Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Helicobacter Pylori билан ассоцияланган темир танқислиги камқонлигида темир кўрсаткичлари билан интерлейкин – 6 ва а ўсма некрози омили орасидаги корреляцион боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Тадқиқодга ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак касалликларида шикоят билдирган, шунингдек, қонида иммунофермент усулида Helicobacter pylori анти-таначалари меъёридан юқори бўлган 90 нафар

нафар темир танқислиги камқонлиги енгил, ўрта оғир ва оғир даражаси аниқланган беморлар жалб қилинди. Қон зардобидида темирни аниқлаш мақсадида ўрамида 400 та тестдан иборат «HUMAN, GERMANIYA» иммунофермент анализ тўпламидан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобидида темирни миқдорий кўрсаткичини иммунофермент анализ ёрдамида аниқлашга асосланган Қон зардобидида интерлейкин – 6 ва α -ўсма некроз омили кўрсаткичларини аниқлаш мақсадида ўрами 96 тестдан иборат «АО VEKTOR BEST ROSSIYA» фирмаси реактивидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Инсон организмида *Helicobacter pylori*нинг мавжудлиги яллиғланиш цитокинлари концентрацияси ошишига ва улар ўз навбатида темир сўрилишининг камайишига олиб келади. Темир танқислиги камқонлиги енгил

ва ўрта оғир даражасида аниқланган қондаги темир кўрсаткичлари билан интерлейкин – 6 ва α – ўсма некроз омили ўртасидаги салбий корреляцион боғлиқлик (мос равишда $r = -489$, $p = 0,05$ ва $r = -618$, $p = 0,01$) буни тасдиғи ҳисобланади.

Шунингдек, касалликнинг оғир даражасида ҳам қондаги темир билан интерлейкин – 6 ($r = -616$, $p = 0,01$) ҳамда α – ўсма некроз омили ($r = -464$, $p = 0,05$) ишончли манфий корреляцион боғлиқлик қайд этилди.

Хулоса. Олинган натижалар организмда *Helicobacter pylori*нинг меъёридан юқорилиги яллиғланиш цитокинлари, хусусан, интерлейкин – 6 ва α ўсма некроз омилининг ошиб кетишига, бу эса ўз навбатида темир сўрилишининг блоккланиши ва пировард оқибатда камқонлик ривожланишига олиб келади.

COVID –19 ЎТКАЗГАН БЕМОЛЛАР ИЧАКЛАРИДАГИ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА КАЛПРОТЕКТИННИНГ АҲАМИЯТИ

ГАДАЕВ А.Г., ИСМОИЛОВА М.И., АБДУХОЛИҚОВ О.З.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Фарғона жамоат саломатлиги институти, Фарғона, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Covid–19 ўтказиб иммуноглобулин М аниқланмаган беморлар нажасида калпротектин кўрсаткичларини аниқлаш.

Материал ва текшириш усуллари: Илмий тадқиқот ишида ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари аниқланган 100 нафар беморлар кузатилдилар. Беморлар дастаб 2 гуруҳга ажратилдилар. Уларнинг биринчи гуруҳини Covid –19 ўтказган ҳамда иммуноглобулин М аниқланмаган «нисбий соғлом» аммо ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 60 та, ўртача ёши 55.06 ± 2.1 бўлган 27 нафар эркаклар ва 33 нафар аёллар ташкил қилдилар. Иккинчи, яъни назорат гуруҳини Covid –19 ўтказмаган лекин ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 40 та, ўртача ёши 63.4 ± 1.5 бўлган 15 нафар эркаклар ва 25 нафар аёллар ташкил қилдилар.

Ҳар иккала гуруҳ кузатувдагилар нажасида калпротектин RIDASCREEN Calprotectin (R-Biopharm-Germaniya) диагностик тўпламидан фойдаланиб иммунофермент синама усулида (ELISA) мг ларда аниқланди. Калпротектин мо-

лекуляр оғирлиги 36 кДа бўлган ва иккита оғир ҳамда иккита енгил полипепдит занжиридан иборат унча кўп бўлмаган кальций боғловчи оксил ҳисобланади. Калпротектин протеаз микроорганизмлар таъсирида жуда секин парчаланувчи стабил оксил ҳисобланганлиги сабабли уни нажасда аниқлаш имконияти мавжуд. Шу сабабли у «нажас яллиғланишини» кўрсатувчи ишончли маркердан бири ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари. калпротектин кўрсаткичлари асосий гуруҳ беморларда $114,4 \pm 15,88$ мкг/г ҳамда назорат гуруҳида $68,23 \pm 12,64$ мкг/гни ташкил этди. Иккала гуруҳлар орасидаги фарқ ўзаро солиштириб ўрганилганда биринчи гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар иккинчига нисбатан ишончли ($P < 0.05$) фарқлар қайд этилди.

Хулоса. Covid –19 ўтказган ҳамда иммуноглобулин М аниқланмаган «нисбий соғлом» беморларда калпротектинни юқори кўрсаткичлари короновирус инфекциясининг тизимли таъсир этишини ва ичаклардаги яллиғланиш жараёнларини узоқ муддат сақланишини тасдиқлайди.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛечения И ПРИМЕНЕНИЕМ СЕРО-ВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ.

ГЕЛЬДИЕВА Ш.А., ХУДАЙБЕРДИЕВА ДЖ.П., ДЖЕМШИДОВ А.

*Туркменский Государственный медицинский университет
имени Мырат Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Изучить сочетание эффективности гальваногрязелечения и серо-водородной минеральной воды в терапии дискинезии желчевыводящих путей.

Материал и методы. В условиях водолечебницы «Берзенги» были исследованы 43 пациента с дискинезией желчевыводящих путей (мужчины 18 (41,8%), женщины 25 (58,1%) в возрасте 18 – 55 лет, продолжительностью заболевания 1,5 – 6 лет. Диагноз поставлен на основании объективных и субъективных данных, ультразвукового исследования желчного пузыря и рентгенологического обследования. Всем пациентам проведены гальваногрязелечение по общепринятой методике и назначена серо-водородная минеральная вода для приёма внутрь в течении 15 дней, из расчёта 3 мл на 1 кг веса, за 30–60 минут до еды, термально (40–42°C). Гальваногрязелечение с действием тока 10 мА, проведён с расположением электрода на участок желчного пузыря. Длительность про-

цедуры 15 минут, продолжительность лечения непрерывно 15 дней.

Результаты исследования. При лечении дискинезии желчевыводящих путей в условиях лечебницы «Берзенги», после совместного применения СЕРО-ВОДОРОДНОЙ минеральной воды и гальваногрязелечения у больных наступила нормализация диспептических симптомов. Почти у большинства больных были получены положительные результаты лечения. У 35 (81,3%) пациентов были хорошие результаты, у 5 (11,6%) пациентов удовлетворительные результаты, только у 3 (6,9%) пациентов не было изменений из-за несерьёзного отношения к процедурам.

Выводы. Комбинированное применение серо-водородной минеральной воды и гальваногрязелечения, оказывая благоприятный лечебный эффект, приводит к нормализации дискинезии желчевыводящих путей и даёт основание широкого применения данного метода в практической медицине.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL10 (G1082A) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

ИСМАИЛОВА Ф.Р., ТАГАЕВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей распределения полиморфных локусов IL10 (G1082A) с оценкой его вклада в механизмы инициации воспалительно-язвенных поражений желудка проживающих в республике Узбекистан представляется весьма актуальным и интересным.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 96 пациентов (средний возраст 25–55 лет) с воспалительно-язвенными заболеваниями желудка (1-я – объединенная группа больных, n=96), находившиеся на наблюдении в клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2019 по 2022 г.г. Все пациенты (n=96) распределены на три группы: 2-я (n=35) – пациенты с хроническим не атрофическим гастритом (ХНГ, n=18); 3-я группа больных с хроническим эрозивным гастритом (ХЭГ, n=23); 4-я группа больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ, n=55).

Сравниваемую контрольную группу (5-я группа) составили 88 здоровых индивидуумов без воспалительно-язвенных заболеваний в анамнезе, сопоставимые по возрасту и полу с группой больных.

Молекулярно-генетические исследования особенностей полиморфного гена IL10 (G1082A) проведены в лаборатории молекулярной генетики, цитогенетики и FISH республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (РСНПМЦГ, Республика Узбекистан, Ташкент), где производилось выделение ДНК с применением тест-систем «Литех» (Россия) согласно инструкции производителя. При помощи системы «Applied Biosystems» 2720 (США) проводилось исследование (SNP-ПЦР Real Time) полиморфизма гена IL10 (G1082A). Математическая обработка результатов осуществлялась на основе применения статистической программы «OpenEpi 2009, Version 9.3».

Результаты по особенностям распределения и оценке степени значимости обнаруженных различий в частотах встречаемости вариантов аллелей и генотипов по полиморфному гену IL10 (G1082A) между группами больных (объединенной, с ХНГ, с ХЭГ и ЯБЖ) по сравнению со здоровыми характеризовались отсутствием статистически достоверных различий между носительством минорного

аллеля А ($\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$), мажорного генотипа G/G ($\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$) и гетерозиготного генотипа G/A ($\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$). В то же время, между 1-ой объединенной группой больных с воспалительно-язвенными заболеваниями желудка, 3-й группой больных с ЭХГ и 4-й группой больных с ЯБЖ по сравнению со здоровыми индивидами (5-я группа сравнения) в носительстве минорного генотипа A/A прослеживалась явно выраженная тенденция к повышению риска развития воспалительно-яз-

венных заболеваний желудка в 3.4 раза ($\chi^2 = 2.5$; $P = 0.2$), эрозивного хронического гастрита в 4.1 раза ($\chi^2 = 2.2$; $P = 0.2$) и язвенной болезни желудка в 3.4 раза ($\chi^2 = 2.1$; $P = 0.2$).

Выводы. Повышение активности мутантного генотипа A/A по полиморфному гену IL10 (G1082A) может повышать вероятность развития эрозивного хронического гастрита и язвенной болезни желудка проживающих в республике Узбекистан.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-2019

ИСМАИЛОВА Ф.Р., АХМЕДОВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, Ташкент

Цель исследования. Оптимизация. пути профилактики язвенной болезни желудка включением здорового питания и прогнозирование развития болезни.

Материал и методы. Комплексное обследование проведено 75 пациентов с патологией желудка, из них 45 больных – эрозивно-язвенными поражениями и 30 пациентов – хроническим гастритом, мужчины составили большинство.

Результаты исследования. Диагностику и терапию заболевания устанавливали на основе принятых стандартов диагностики и лечения данных патологий в нашей республике, путем сбора анамнеза заболевания, объективного осмотра, клинико-биохимических, инструментальных и молекулярно-генетических исследований. В патогенезе заболеваний желудка важное место занимают агрессивные факторы, такие как соляная кислота, хеликобактер пилори, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, алкогольных напитков, курение. В период пандемии раннее и своевременное применение лечебного питания, пра-

вильный и сбалансированный режим питания, с учетом принципа щажения желудка дало возможность нивелировать действие факторов агрессии.

Назначали первый лечебный стол, свежеприготовленная пища из местных продуктов (так, салаты из термически обработанных овощей и зелени, мастика, шавля, протертые супы, тефтели и котлеты из нежирных сортов мяса и др.), прием воды до 1,5 литров в течение дня.

На фоне соблюдения режима лечебного питания (четырёхразовое питание – завтрак, второй завтрак, обед и ужин) в комплексе терапии в течение двух недель отмечены значимые положительные результаты: купирование болей в эпигастрии, изжоги и тошноты, наладился сон и аппетит больных.

Выводы. Таким образом, своевременное и раннее включение в комплекс лечения больных с патологией желудочно-кишечного тракта лечебного питания улучшит клиническое течение заболевания и даст возможность предупредить развитие осложнений.

РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ЦИТОКИНОВОГО ГЕНА IL6 (C174G) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА

ИСМОИЛОВА Ф.Р., РУСТАМОВА М.Т., БОБОЕВ А.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенности распределения и роли полиморфных локусов цитокинового гена IL6 (C174G) при воспалительных и язвенных поражениях желудка.

Материал и методы. В данном исследовании проведена детекция полиморфного гена IL6 (C174G) у больных с воспалительно-язвенными поражениями желудка ($n = 96$) и здоровых лиц ($n = 88$).

Результаты исследования. Анализ особенностей распределения полиморфизма гена IL6

(C174G) среди изученных групп больных с воспалительно-язвенными заболеваниями по сравнению со здоровыми, обнаружен его вклад в патогенетические механизмы их формирования, что подтверждается наличием выраженной тенденции к повышению частот мажорных аллеля С в 3.3 раза ($\chi^2 = 3.3$; $P = 0.1$) и генотипа C/C в 2.9 раз ($\chi^2 = 2.9$; $P = 0.1$) при хроническом не атрофическом гастрите (ХНГ), а также минорного аллеля G в 2.5 раз ($\chi^2 = 2.5$; $P = 0.2$) при язвенной болезни желудка (ЯБЖ). Помимо этого, вклад исследованного ге-

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 воспалительного-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 диагнозом был выставлен только на основании жалоб пациентов. Эндоскопические исследования были проведены только 65% случаев. Из них, явления субатрофии и атрофии слизистой оболочки желудка

было выявлено только у 23% случаев. В остальных 60% случаев было отмечено явления катарального 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 гипокINETической 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 К 82.8) и у 26 больных спазм сфинктера Одди (согласно МКБ X К 83.4.)

В первой группе больных с гиподисфункцией 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 со 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-

ность абдоминально болевого и диспепсической симптоматики. Контрольные исследования проводили еженедельно. Исследования показали, что к концу второй недели в обеих группах больных на 80% были купированы диспепсическая симптоматика, что было более характерно группе больных с дисфункцией желчного пузыря и болевая симпто-

матика (что более характерно было группе больных с спазмом сфинктера Одди).

Выводы. Использование препарата гимекромон (Одестон) в комплексе с желчегонной и спазмолитической терапией способствует повышению эффективности лечения больных с билиарной дисфункцией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ГАСТРИТОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

КАРИМОВ М.М., СОБИРОВА Г.Н., ДУСАНОВА Н.М., ЗУФАРОВ П.С.

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

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность растительного фитопрепарата при лечении больных с функциональной диспепсией (ФД).

Материал и методы. Были обследованы 40 больных с верифицированным диагнозом ФД в результате клинико-инструментальных исследований (27 женщин и 17 мужчин в средний возраст 32,4 ± 3,8 лет).

Результаты исследования. Из 40 обследованных больных у 12 было отмечено болевой вариант ФД. 11 больных отмечено вариант постпрандиального дистресс синдрома и у 17 больных сочетание коморбидности симптомов. Больные

принимали фитопрепарат «Гастритол» в дозе 30 капель 3 раза в день в течение 14 дней. После курса лечения у больных было отмечено купирование болевой симптоматики на 87%. Из постпрандиального дистресс симптома купирование чувства раннего насыщения было отмечено у 78%, больных и чувства тяжести у 68% больных. Существенных побочных эффектов от приема препарата у больных не было зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, при лечении обеих вариантов течения ФД, как болевая симптоматика и явления дистресс синдромов, фитопрепарат «Гастритол» оказывает существенно положительный клинический эффект.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЮСПАТАЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОВЕЗОВА Г., РОЗЫЕВА Г., АННАМУРАДОВА Г., ЧОПАНОВА М.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени М.Гарриева, Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Дюспаталин при лечении хронического панкреатита с признаками экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ЭНПЖ).

Материал и методы. Нами было обследовано 45 больных с ЭНПЖ в возрасте от 50 до 69 лет, I группа. Контрольную группу составили 25 больных с ЭНПЖ, II группа.

I группа больных с ЭНПЖ наравне со стандартным лечением принимали препарат Дюспаталин в течение 8 недель под наблюдением врача. II группа принимала препарат Дюспаталин в течение 10 дней при стационарном лечении во время обострения хронического панкреатита.

Обе группы принимали препарат Дюспаталин 200 мг. по 1 капсуле 2 раза в день, запивая достаточным количеством воды (100 мл).

Результаты исследования. По клиническим проявлениям при ЭНПЖ у больных преобладали болевой синдром, тошнота, метеоризм, чувство

тяжести в животе, снижение массы тела и нарушение стула. При макро- и микроскопической копрограмме у больных были обнаружены нейтральные жиры, слизь, крахмал. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы преобладала размытость контуров, наличие кисты и кальцинатов у некоторых больных.

Результаты. В I группе была отмечена достоверная положительная динамика болевого синдрома, чувство тяжести в животе и нарушение стула. Во II группе отмечалась та же достоверная положительная динамика по клиническим проявлениям, однако по лабораторным показателям динамика не изменилась.

Выводы. Лечение препаратом Дюспаталин при адекватном дозировании и длительности применения приводит к улучшению клинической картины и лабораторных показателей, тогда как кратковременное применение препарата не обеспечивает улучшения лабораторных данных.

ВОЗМОЖНОСТИ ИМПУЛЬСНОВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

РАХИМОВА З.Р.

*Государственный медицинский университет
Туркменистана имени Мырада Гарриева, Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Изучение особенностей портальной гемодинамики у больных хроническим гепатитом и циррозом печени.

Материал и методы. Было обследовано 120 больных с ХДЗП в возрасте 16 – 66 лет, средний возраст $42 \pm 3,4$ года. В первую группу вошли 40 больных хроническим гепатитом (ХГ) в возрасте 17 – 60 лет, средний возраст $40 \pm 2,1$ год, 25 (62,5%) мужчин и 15 (38,5%) женщин. Во вторую группу вошли 60 больных циррозом печени (ЦП) в возрасте 16 – 66 лет, средний возраст $48 \pm 4,8$, 26 (43,3%) мужчин и 34 (56,7%) женщины. В контрольную группу (КГ) вошли 20 пациентов в возрасте 19–50 лет, средний возраст $32 \pm 3,3$, 8 (40%) мужчин и 12 (60%) женщин. Для оценки портального кровотока в воротной (ВВ) и селезеночной венах (СВ), а так же в общей печеночной (ОПА) и селезеночной артериях (СА) определяли диаметр сосуда (D, см) максимальную (Vmax), минимальную (Vmin) и усредненную (TAMX) и объемную (Vvol) скорости кровотока. В артериях так же определяли индекс резистентности (IR), пульсационный (PI) и систолидиастолический индексы (S/D).

Результаты исследования. У больных ХГ диаметр ВВ не увеличился, но Vmax уменьшилась до $16,4 \pm 0,7$ см/с, что меньше на 28% чем в КГ ($P < 0,01$). Vmin и TAMX уменьшились на 13,6% и 15,2% соответственно в отличии от КГ. Vvol уменьшилась на 6% у больных ХГ в сравнении с КГ. В СВ Vvol и TAMX увеличились на 25% и 29% соответственно в отличии от КГ ($P < 0,01$). В ОПА наблюдалось увеличение IR на 8% и S/D отношения на 21% в сравнении с КГ. В СА существенных изменений не наблюдалось.

У больных ЦП наблюдалось увеличение диаметра сосуда на 24% в сравнении с КГ ($P < 0,01$). Vmax у больных второй группы снизилось в 1,7

раза в сравнении с КГ, что составило 41%, TAMX уменьшилась на 48%. Объемный кровоток в ВВ увеличился. Явные изменения выявлены в СВ – диаметр вены увеличился на 46%, с 0,6 см в КГ до 1,1 см в группе ЦП ($P < 0,01$). Объемная скорость увеличилась с 191,6 мл/мин в КГ до 796,6 мл/мин у больных ЦП, что составило 76%. В ОПА и СА максимальная скорость увеличилась на 23% и 26% соответственно. IR увеличился на 18% в ОПА и на 19% в СА, что говорит о растущем сопротивлении в сосудах печени и селезенки.

При сравнении изменений в группах больных ХГ и ЦП между собой можно увидеть прогрессивное снижение линейной скорости кровотока в ВВ в группе больных ЦП в сравнении с группой ХГ – на 21%. Диаметр ВВ увеличился с 1,1 см на 1,3 см ($P < 0,01$), что составило 16%. Объем кровотока через воротную вену так же увеличился с 465,4 мл/мин до 520,8 мл/мин ($P < 0,01$) во второй группе больных. В СВ наблюдалась тенденция к увеличению максимального кровотока с 19,1 см/с в первой группе до 22,3 см/с во второй группе. Увеличился диаметр сосуда на 37% в группе ЦП в сравнении с группой ХГ. Наблюдалось так же достоверное увеличение объемного кровотока в СВ в три раза у больных ЦП в сравнении с больными ХГ. Разница показателей в исследуемых группах наблюдалась и в системе артерий.

Выводы. Изменения портальной гемодинамики происходят уже на стадии гепатита и прогрессируют на стадии цирроза печени. Применение импульсно-волновой доплерографии сосудов портальной системы при ультразвуковом исследовании помогает ранней диагностике болезней печени, их динамическому наблюдению и оценке эффективности лечения.

HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИАЛАНГАН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА МОЙИЛЛИК ТУЎДИРУВЧИ ТАШҚИ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

РИЗАЕВ Ж.А., МАХМАНОВ Л.С., ГАДАЕВ А.Г.

*Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Тошкент тиббиёт академияси,
Тошкент, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. Helicobacter Pylori билан ассоциаланган темир танқислиги камқонлигини юзага келишида мойиллик туғдирувчи ташқи омилларни ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Тадқиқодга ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак касалликла-

рига шикоят билдирган, шунингдек, қонида иммунофермент усулида Helicobacter pylori антитаначалари меъридан юқори бўлган 60 нафар нафар темир танқислиги камқонлиги ўрта оғир ва оғир даражаси аниқланган беморлар жалб қилинди. Кузатувмиздаги беморларда айрим ташқи омил-

лар (чекиш-сигарет, нос, спиртли ичимликлар, овқатланиш тартиби) ҳамда *H.pylori* учраш даражасини ўргандик.

Тадқиқод натижалари. Темир танқислиги камқонлиги ўрта оғирлик даражаси аниқланган беморларнинг 27% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 73% эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобиди *H.pylori* антитаначаларининг кўрсаткичлари ўртача 28.1 ± 0.4 Ед/мл ва 25.6 ± 1.1 Ед/мл тенг бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) эканлиги қайд этилган. Беморларнинг 73.3% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 26.7% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобиди *H.pylori* антитаначаларининг кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 27.6 ± 0.4 Ед/мл, амал қилганларда эса 25.3 ± 1.1 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) бўлди.

Темир танқислиги камқонлиги оғир даражаси аниқланган беморларнинг 10% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 90% да эса ушбу зарарли одатлар

аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобиди *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари ўртача 52.2 ± 3.4 Ед/мл ва 42.4 ± 3.2 Ед/мл тенг бўлди ($p < 0.05$). Беморларнинг 86.6% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 13.4% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобиди *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 54.6 ± 3.4 Ед/мл, амал қилганларда эса 44.3 ± 3.2 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) бўлди.

Хулоса. Ўтказилган таҳлил темир танқислиги камқонлигида ўрганилган ташқи омиллар ҳамда касаллик оғирлик даражалари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини ва унга мос равишда қон зардобиди *H.pylori* антитаначалари ошиб боришини кўрсатади. Бу ўз навбатида ушбу бактерия билан санаб ўтилган омиллар (сигарет, нос чекиш, овқатланиш тартибига амал қилмаслик) темир танқислиги камқонлиги орасида узвий боғлиқлик борлигини тасдиқлайди.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ *H. PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

РИЗАЕВ Н.У., ХАЙРУЛЛАЕВА С.С., РУСТАМОВА М.Т., ИСМОИЛОВА Ф.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-генетические особенности *H.pylori*-ассоциированных заболеваний желудка, определить факторы риска прогрессирования эрозивно-язвенной патологии желудка.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико – инструментальное обследование 52 больных эрозивно-язвенной патологией желудка с наличием *H. pylori*. Из них мужчин 46, женщин 6. Возраст пациентов колебался 35–60 лет. Исследования проведены с использованием общеклинических, эндоскопических, молекулярно-генетических методов. В обследуемых группах больных клинический диагноз эрозивный гастрит и язвенная болезнь желудка устанавливали на основании тщательного изучения жалоб, анамнеза, объективного осмотра и ЭГДС. Клинические проявления оценивали по показателям болевого и диспепсического синдромов.

Результаты исследования. Среди факторов риска развития патологии желудка преобладали курение (84,7%), нарушения режима питания, употребление острой и жирной пищи (75,6% и 69,1%соответственно), стрессы (61,5%). Результаты проведенных исследований показали наличие болевого синдрома у всех пациентов эрозивно-язвенной патологией желудка с наличием *H. pylori*.

Болевая симптоматика у 58,3% больных носила спастический характер и были выраженными, и чаще отмечена у пациентов молодого возраста. Диспепсический синдром также отмечен у всех обследованных больных, при этом характерным было появление изжоги и отрыжки с кислым, чувство дискомфорта, вздутия в эпигастральной области, реже тошнота и рвота. Клиническая симптоматика эрозивного гастрита протекала с превалированием болевого синдрома над диспепсическим и повреждение слизистой желудка характеризовался образованием множественных эрозий. У пациентов язвенной болезнью желудка диспепсический синдром был более выраженным, чем болевой синдром, эндоскопически чаще обнаруживали наличие язв размерами до одного сантиметра. Результаты молекулярно-генетических исследований показали наличие чаще агрессивных вариантов *H. pylori* у больных эрозивно-язвенными поражениями желудка.

Выводы. Оценка клинических, эндоскопических и молекулярно-генетических данных показали наличие трех и более факторов риска развития эрозивно-язвенных поражений желудка, чаще у лиц молодого трудоспособного возраста. Наличие агрессивных форм хеликобактерной инфекции способствует более тяжелому течению патологии желудка.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

РУСТАМОВА М.Т., САЛИМОВА Н.Д., РИЗАЕВ Н.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка результатов тройной терапии на динамику клинического течения и ведения подростков и взрослых с эрозивным гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы. Обследование проведено 120 больным, которые были распределены на четыре группы: 1-группа состояла из 40 больных эрозивным гастритом (ЭГ) и 2-группа – из 30 пациентов с ЯБДПК в возрасте от 14 до 18 лет. 3 и 4 группы сравнения, включали по 25 взрослых больных ЭГ и ЯБДПК в возрасте 18–25 лет соответственно.

Результаты исследования. Тройная терапия эрозивного гастрита более эффективно влияла на динамику болевого синдрома у подростков на 5–7-е сутки лечения, исчезновение болевого синдрома наблюдалось у 78,5% пациентов. Среди взрослых исчезновение боли отмечалось на 7–9-е сутки у 69,5% больных. При этом у подростков средние сроки исчезновения болевого синдрома составляли $6,2 \pm 0,5$ дня, у взрослых же – $8,2 \pm 0,6$ дня. Также отмечено, что у подростков тройная терапия более эффективно влияла на динамику болевого синдрома и

при ЯБДПК. В этой группе на 1–3-и сутки лечения исчезновение болевого синдрома отмечали 86,7% больных, тогда как среди взрослых 74,5% отмечали исчезновение боли лишь на 3–5-е сутки лечения. При проведении тройной терапии у подростков содержание фукозы увеличивается почти в два раза. У взрослых уровень сиаловых кислот и фукозы оставался достоверно ниже контроля. У подростков с ЯБДПК в результате тройной терапии значительно увеличивался содержание сиаловых кислот и фукозы (41,5 и 127,6% соответственно).

На 14-е сутки лечения заживление эрозий наблюдалось у 90,3% подростка, тогда как взрослых за этот срок полное заживление эрозий достигнуто у 77,2% больных. Полное рубцевание язвы на 28-сутки лечения отмечено у 96,7% подростков и у 78,2% взрослых. В результате проводимой терапии эрадикация *Helicobacter pylori* достигнута соответственно у 90,0% подростков и 85,9% взрослых.

Выводы. У подростков при тройной терапии эрозивного гастрита и ЯБДПК значимо укорачиваются сроки исчезновения клинических симптомов, стимулируются процессы регенерации, увеличивается частота заживления эрозий и рубцевания язв.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

РУСТАМОВА М.Т., ЗАКИРХОДЖАЕВ Ш.Я., ПАТТАХОВА М.Х., НАРЗИЕВ Н.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторных показателей у больных с хроническими гепатитами, перенесших Covid 19.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с диагнозом хронический гепатит (ХГ), которые находились на стационарном лечении в отделении 2-общей терапии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Больные разделены на 2 группы. 1-группа – пациенты с хроническим гепатитом, 2-группа-пациенты с хроническим гепатитом, перенесшие Covid-19. Также, отобраны 15 практически здоровых участников исследования для контрольной группы. Диагноз ХГ был поставлен на основании изучения анамнеза клинических проявлений заболевания, данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Клиническая картина характеризовалась слабостью, снижением аппетита, тошнотой, болями в правом подреберье. Рвота наблюдалась у 88%, снижение аппетита

у 96%, слабость наблюдалась у 96% больных с хроническим гепатитом, перенесших Covid-19, что было значительно выше по сравнению с показателями больных с хроническим гепатитом, не перенесших Covid-19. Кроме этого, у 5 больных желтушность сопровождалась интенсивным кожным зудом. Боли в правом подреберье отмечали 88% больных 2 группы, что было выше на 30% по сравнению с показателями 1 группы. Гепатомегалия определялась у подавляющего числа больных. Установлено, что у пациентов с хроническими заболеваниями печени, перенесших Covid-19 наблюдается более выраженная анемия по сравнению с группой пациентов с ХГ, что было показано снижением гемоглобина на 15%, и эритроцитов на 12,5% в группе исследования. В группе пациентов с ХГ, перенесших Covid-19, наблюдалось повышение АЛТ, АСТ и уровня билирубина на 16%, 35% и 16,3% соответственно по сравнению с контрольной группой, что указывало на цитотоксическое влияние вируса на клетки

печени. Гиперферментемия и анемия могут усугубить течение хронического гепатита, а также могут приводить к осложнениям, в частности отмечалось повышение ЛПНП, ТГ и ХС в группе пациентов с ХГ перенесших Covid-19 на 36%, 16% и 31,0% по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Отмечена выраженность отдельных клинических симптомов в группе больных с ХГ,

перенесших Covid-19 по сравнению с контрольной группой. У пациентов с хроническим гепатитом, перенесших Covid-19 наблюдались более выраженная анемия и гиперферментемия по сравнению с группой пациентов с ХГ, не перенесших Covid-19, что требует дифференцированного подхода к лечению и ведению данного контингента больных.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

ФАЗЫЛОВ А.В., АЛЯВИ А.Л., ЕШИМБЕТОВ А.Е., КЕНЖАЕВ Б.Ч., РУЗИМОВ Х.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Центр развития профессиональной квалификации медицинский работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинимо-морфологических характеристик различных форм НЯК, степень активности и распространенности патологического процесса.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 29 больных в возрасте от 19 до 63 лет, женщин – 20 и мужчин – 9. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группа больные с острым течением заболевания – 5, 2-группа с хроническим непрерывным течением – 9 и 3-группа 15 – с хроническим рецидивирующим течением. У 4-больных по распространённости были по типу проктосигмоидита, у 16 – было левосторонним и у 9 – было тотальным.

Все больные для верификации клинического диагноза прошли полное клинимо-лабораторное и инструментальное исследования с включением колоноскопии (КС), сигмоидоскопии (СС) и ректороманоскопии (РРС), рентгенологические методы исследования, с гистологическим изучением биопсийного материала и другие методы исследования – по необходимости.

Результаты исследования. Почти у всех обследованных клиническая симптоматика характеризовалась классической триадой симптомов:

боли в животе, понос и ректальные кровотечения. Однако их частота и их выраженности клинически находились в прямой зависимости от активности и тяжести воспалительной активности заболевания.

Копрологическое исследование выявило элементы воспаления у – 96% обследованных больных. Бактериологическое исследование фекалий у – 3 из них кишечная флора оказалась нормальным и у 25 – больных выявлен дисбактериоз кишечника, у 4 – больных в фекалиях обнаружены кишечная палочка и гемолитическая стрептококки.

В клиническом анализе крови у 25 – (86,2%) большинства больных отмечались уменьшение уровня гемоглобина и содержания эритроцитов. Лейкоцитоз со сдвигом и увеличение СОЭ, снижение уровня общего белка и С-реактивный белок – был положительным.

Выводы. Таким образом комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное с морфологическим обследованием больных позволяет установить клинический диагноз НЯК, а также позволяет судить об локализации и активности воспалительного процесса и это поможет проведению эффективности комплексно-медикаментозной терапии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

ХАЙРУЛЛАЕВА С.С., РУСТАМОВА М.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Рост заболеваемости бронхиальной астмой, тяжесть ее течения и риск развития осложнений, снижение качества жизни больных выделили данную патологию в проблему мирового масштаба. Известно, что заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта отягощают течение бронхиальной астмы (БА) и пациенты с данной сочетанной патологией имеют наиболее низкие

показатели шкал физического и эмоционально-физического, социального функционирования. Более глубокое изучение данной проблемы позволит врачу дифференцированно вести больных БА с патологией гастродуоденальной зоны (ГДЗ), оценить эффективность проводимой терапии прежде всего по показателям качества жизни (КЖ) пациентов.

Материал и методы. Комплексное обследование проведено 150 больных БА различной степени тяжести, леченных глюкокортикостероидами (ГКС). Длительность заболевания составила от 5 до 20 лет. Больные рандомизированы на 2 группы, 1 группу составили 75 пациентов БА с гастродуоденальной зоны (ГДЗ), получавших традиционное лечение, во 2 группу – контрольную, включены 75 пациентов БА с патологией ГДЗ, получавших в комбинированном лечении ингибитор протонной помпы (ИПП) пантопразол (Аспан) в течение 4-х недель. Средний возраст пациентов составил $44,1 \pm 2,8$ лет. Для исследования качества жизни (КЖ) использовали методику определения КЖ по NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of Life. P.Y. Hugenholtz and, R.A. Erdman, 1995). Опросник состоит из 24 вопросов, включая определение семи категорий КЖ: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальные функции, познавательная функция, экономическое положение, интегральный показатель. Оценка КЖ осуществлялась путем подсчета баллов по определенной шкале. Чем выше балл, тем лучше состояние здоровья. Все перечисленные показатели КЖ для удобства восприятия переводились в проценты и в норме были равны 100%. По данным интегрального показателя незначительное снижение КЖ –

если балл до 75%, умеренное снижение качества жизни – до 50%, значительное снижение КЖ – до 25%, резко выраженное снижение – менее 25%.

Результаты исследования. При анализе КЖ у пациентов БА в сочетании с поражениями ГДЗ отмечали статистически достоверное снижение функций по нижеследующим категориям, так процент сохранности физической мобильности испытуемых составлял в процессе лечения в 1 группе – 51,8 %, тогда как во 2 группе на фоне лечения ИПП Аспан он составил 68,6%. Эмоциональное состояние было сохранено только у 44,4% пациентов 1 группы, а у лиц 2 группы – у 65,5% пациентов, сексуальная функция – у 57,6% и 71,8% соответственно, социальные функции – у 51,5% и 68,6% и познавательная функция – у 75,2% и 85,5% соответственно. Следовательно, интегральный показатель, отражающий сохранность функций всех выше названных категорий, составляет 56,9% у пациентов 1-группы и 78,1% у пациентов 2-группы, получавших в составе комбинированного лечения ИПП Аспан.

Выводы. Таким образом, у больных БА, принимающих ГКС при установлении патологии ГДЗ проведение комплексной терапии с включением в лечение ИПП значительно улучшает качество жизни пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

ХАМРАЕВ А.А., ЮЛДАШЕВА У.Х., КАСИМОВА М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние психосоматических изменений на течение синдрома раздраженного кишечника с целью оптимизации методов лечения заболевания.

Материал и методы. Предметом исследования явились данные клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования, а также опросников для определения психосоматических изменений у больных СРК. Объектом исследования стали 50 больных в возрасте в среднем $45 \pm 5,3$ лет, страдающих СРК не менее 3-х месяцев, обратившихся во 2-ю многопрофильную клинику ТМА. Использовались клинико-инструментальные и лабораторные методы исследования. Всем больным проводилось психодиагностическое тестирование с использованием специализированных опросников, шкал и тестов. Для выявления маркеров общей симптоматики тревожных расстройств и уровня тревожности использовали опросник и личностную шкалу проявления тревожности, а также Шкалу самооценки тревожности Сихана.

Результаты исследования. При оценке личностных особенностей определяли стрессоу-

стойчивость и социальную адаптацию пациента, уровень социальной тревожности, а также самооценку пациента склонности к депрессивному настроению установлено, что в целом в группе больных СРК дистимия зарегистрирована у 71 (21,4%). Анализ 38 (76%) анкет самооценки не выявил признаков, указывающих на наличие пониженного настроения в эмоциональном стереотипе. При оценке психического состояния больных СРК выявлена высокая частота тревожности у больных с разными вариантами течения заболевания. В целом по группе клинически значимый уровень тревожности зарегистрирован у 27 (51,9%) пациентов. Тест Бека позволил уточнить структуру и выраженность депрессии в группе больных СРК: клинически значимая депрессия зарегистрирована у 24 (48%) больных. Установлено, что у больных СРК в 27 (54%) случаях вегетативные расстройства не выявлялись.

Выводы. Психосоматические корреляции при СРК представлены в рамках континуума, на одном полюсе которого находится психическая патология, в том числе психовегетативный комплекс, на другом – соматические расстройства,

усиленные функциональными нарушениями. Учитывая высокий уровень психопатологических расстройств у больных с СРК, целесообразно широко внедрять в гастроэнтерологическую практику доступные психометрические методы и организовывать психиатрическое консультирование для правильной психосоматической диагностики и адекватной

терапии. В связи с этим алгоритм ведения больных с СРК с учетом клинико-функциональных и психосоматических особенностей заболевания необходимо дополнить психодиагностическим тестированием с использованием специализированных опросников, шкал и тестов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

ЮЛДАШЕВА Г.Р.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность синусоидальных модулированных токов (амплипульстерапия) в комплексной терапии больных с хроническим панкреатитом (ХП) с препаратом Тризим Микрокапс

Материал и методы. Было исследовано 30 больных с ХП. 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. Для оценки изменений внешнесекреторной функции поджелудочной железы всем больным проводилось изучение копрограммы и концентрации фекальной эластазы I. При анализе жалоб больных выделялись следующие основные клинические симптомы: боль, дис-

пепсия, метеоризм, нарушение стула, диарея или запор, потеря массы тела.

Результаты исследования. Проведенное исследование на 30 больных билиарной патологией с ХП показало, что применения амплипульстерапии с препаратом Тризим микрокапс 20 000 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 с препаратом Тризим микрокапс 20000 является эффективным методом при лечении не только экзокринной недостаточностью 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 при ХП с наличием абдоминальным синдромом выявила его хорошую эффективность и безопасность, а также способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН БИРГАЛИКДА AUTOIMMUN TIREODITNING O'ZIGA XOS KECHISHI

ISAMITDINOVA N.SH., ALIAXUNOVA M.Y.

DM «Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi», Toshkent, Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, Buxoro, O'zbekiston

Maqsad. Revmatoid artrit (RA) va autoimmun tireoidit (AIT) bemorlarda qalqonsimon bez zararlanishi klinik va laborator ko'rsatkichlarini qiyosiy taqqoslash.

Material va uslublar. Tadqiqot 82 nafar RA bilan bemorlarda klinik, instrumental, laborator tahlillardan o'tkazildi (42nafar RA va 40nafar RA+AIT) bemorlar va 20 sog'lom nazorat guruhi tanlab olindi. RA tashxisi ARA jamiyati 2010 yil tasnifiga asoslanib diagnostik mezonlari asosida qo'yildi, RA da patologik jarayonning faollik darajasi, immunokimyoviy ko'rsatkichlar, hamda – DAS 28 indeksi asosida baholandi.

Natija. SRO (5 mg/Igacha), RF (30 ME/mlgacha), mochevina (1,7–8,3mmol/l), kreatinin (44–97 mkmol/l), umumiy oqsil, kalsiy (2,–2,6 mmol/l), magniy (0,8–1,0 mmol/l), fosfor (0,8–1,0 mmol/l), ishqoriy fosfataza (erk –80–306; ayol–64–306 ME/l), ALT (erk –45 gacha; ayol – 31 gacha ME/l), va ALT (erk –37; ayol – 31gacha ME/l)snikli Qon zardobida ATSSP miqdorini aniqlash IFA usulda amalga oshirildi (manfiy<30 u/ml, musbat ≥ 30 u/ml).Qalqonsimon bez gormonlari T3 (0,7–2,0 ng/l), T4 (4,8–11,6 mkg/l), TTG (0,3–4,0 mlME/l) va TPOga AT (30 ED/ml), TGga AT (115 ME/ml) IFA usulida o'tkazildi. Tadqiqot davomida mos ravishda 82 ta RA li bemorlarning va 20 ta nazorat guruhida ayollar 76 (92,6 %) va 16 (82 %), gipertoniya kasalligi 37 (46%) va 9 (43 %), qandli diabet 2 tip 6 (7 %) va 1 (5 %) ni tashkil etdi. RA bilan bemorlarning 76 (92,6 %) metotreksat, 28 (35,2 %) GKS, 13 (15,7 %) leflunomid, 80 (97,2 %) NYAQV, 3 (3 %) GIBP, 45 (54,9 %) kombinatsiyalangan terapiyani qabul qilishgan. Qalqonsimon bez zararlanishiga ko'ra 2 guruhga ajratildi. 1 guruh – RA bilan kasallanganlar 42 (52,1%) aniqlangan bo'lib, 2 guruh – RA va AIT bilan kasallangan bemorlar 40 (48,9 %) tashkil etdi. Bemorlar ka-

sallik faolligi bo'yicha ham guruhlariga ajratildi: I faollik darajasi 6 (14,4%) RA va 3 (6,8%) RA+AIT,II faollik darajasi 21 (50%) RA va 23 (58%) RA+AIT hamda III faollik darajasi bilan 15 (25,6%) RA va 14 (35,2%) RA+AIT bemorlarda aniqlandi.Subklinik gipotireozda TPO ga AT bemorlarning 10tasida (58,8 %), TG ga AT – 5 (29,4 %) da, ikkala guruh antitanalari esa 2 (11,8 %) da, manifest gipotireozda TPO ga AT bemorlarning 8 (61,6 %) da, TG ga AT – 2 (15,4 %) da, ikkala guruh antitanalari esa 3 (23 %) da va eutireozli tireoiditda TPO ga AT 7 (70 %) ta, TG ga AT – 2 (20 %) da, ikkala guruh antitanalari esa 10 % da aniqlandi. DAS 28 indeksi bo'yicha RA faoliyati bilan TTG tarkibining ishonchli korrelyatsiyasi mavjudligi ($g = 0,26$, $r < 0,05$) shishgan bo'g'imlar soni ($g=0,31$, $r<0,01$), bemorning umumiy holatini o'zi tomonidan baholanishi ($i = 0,27$, $r (g=0,34$, $r < 0,01$) bemor og'riq hissiyatining intensivligi ($g=0,35$, $r<0,01$)kuzatildi. Tekshirish davomida TTG yuqori miqdor darajasi bilan kasallik yuqori faolligi orasida bog'liklikni ko'rsatuvchi, TTG va DAS–28 ($r 0,895$, $p < 0,01$), hamda TTG va ECHT DAS–28 ($r 0,895$, $p < 0,01$) orasida ijobiy korrelyatsiya aniqlandi. DAS–28 shkalasiga binoan, biror bemorda remissiya kuzatilmadi, Qalqonsimon bezni UTT yordamida diagnostikasi asosiy katta guruhni diffuz gipertrofik shakli tashkil etib, subklinik gipotireozda 9 (52,5 %), manifest gipotireoz 8 (61,5 %) va eutireozli tireoiditda 5 (50%) bemorda kuzatilib, asosiy etakchi patologiyasi sifatida ko'rindi. Ikkinchi o'rinni diffuz-tugunli gipertrofik shakli egallab, mos ravishda 5 (29,4 %), 2 (15,3 %) va 3 (30 %) kuzatildi. Qalqonsimon bezning atrofiyasi faqat 2 (15,3 %) manifest gipotireozli bemorda aniqlandi.

Xulosa. Korrelyasion tahlil revmatoid jarayon faoliyatining qalqonsimon bezning shikastlanish ehtimoli bilan bog'liqligini tasdiqladi.

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITLI BEMORLARDA MINERALLAR ALMASHINUVI BUZILISHIDA SUYAK-BO'G'IM TIZIMI

PULATOVA SH.B., NABIYEVA D.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Ankilozlovchi spondiloartrit bilan og'rigan bemorlarda osteotrop minerallar Magniy (Mg), Kalsiy (Ca) va Ruxning (Zn) suyak-bo'g'im tizimida ahamiyatini baholash.

Material va usullar. Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-klinikasi revmatologiya bo'limida, revmatologiya IADK bo'limlarida 102 ta bemor kuzatuvga olindi. Ulardan 88 (86,3%) erkaklar, 14 (13,7%) ayollar bo'lib

yoshi bo'yicha $40,7 \pm 11,1$ yoshda. Kasallikning kechish davomiyligi $10,7 \pm 6,4$ yil. Aksial shakli 62 (60,7%), periferik artrit bilan kechuvchi shakl 40 (39,3%), kasallik bosqichlari bo'yicha rentgenoldi (erta) 9 (8%), ifodalan-gan 47 (47%), kechki 46 (45%) bemorlarda aniqlandi. Bemorlarda qon zardobida Mg, Ca, Zn va eritrotsit tar-kibida Mg aniqlandi. Bundan tashqari klinik tekshiruv-lar va chanoq-son bo'g'imi rentgenografiyasi, MRT va MSKT tekshiruvlari ham o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Kuzatuvga olingan bemor-larda minerallar miqdorini inobatga olib 2 guruhga bo'lindi. 1-guruh bemorlar 49 ta bemorda minerallar miqdori normada bo'lgan guruh va 2-guruh minerallar miqdori normadan pasaygan guruh. Bu guruhdagi be-morlarda suyak-bo'g'im tizimida qo'yidagi o'zgarishlar aniqlandi. 1 – guruhda: IV darajali 5 (12,2%), koksar-troz –22 (44,9%), Spondiloartrit 10 (20,4%), chanoq-

son bo'g'imi artrtriti 6 (12,3%), tizza bo'g'imi artriti 2 (4,1%), Simfizit 4 (8,2%), 2 – guruhda esa IV darajali 19 (35,8%), koksartroz –25 (47,1%), Spondiloartrit 16 (30,2%), chanoq-son bo'g'imi artrtriti 15 (28,3%), tizza bo'g'imi artriti 8 (15%), Simfizit 3 (5,6%) va 1-guruh-dan farqli o'laroq son suyagi boshchasining asseptik nekrozi 3 (5,6%) kuzatildi. Minerallari pasaygan guruh-da minerallari normada aniqlangan guruhga nisbatan suyak-bo'g'im tizimida yallig'lanishlar va asoratlarning ko'p uchrashi aniqlandi.

Xulosalar. Ankilozlovchi spondiloartritlarda osteo-trop minerallar Mg, Ca va Zn ning buzilishi suyak-bo'g'im tizimida yallig'lanishlar va og'ir asoratlarning ko'p uchrashiga olib keladi. Shu bilan birga kasallik-ning asoratlarni oldini olish maqsadida osteotrop mi-nerallar miqdorini e'tiborga olgan holda kompleks davo o'tkazilishi davo samaradorligini oshiradi.

PODAGRIK NEFROPATIYANING KLINIK KO'RINISHLARI

QODIROVA SH.A., RAXMATOV A.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Maqsad. Podagrik nefropatiyaning klinik ko'rinish-larini o'rganish.

Material va usullar. Podagrik nefropatiya rivojlan-gan 52 ta bemorning kasallik tarixi o'rganildi. Ular-dan 40 tasi erkak, 12 tasi ayol. Bemorlarning o'rtacha yoshi 53,2. Bemorlarning shikoyatlari, anamnestik ma'lumotlari, ob'ektiv ko'rik natijalari o'rganildi. Tek-shirish usullaridan: umumklinik laborator tahlillar bi-lan bir qatorda qonda va siydikda siydik kislota, qon-da mochevina, kreatinin miqdori, Reberg, Zimniskiy sinamali va buyraklar UTT i hamda renografiya nati-jalari tahlil qilindi.

Natijalar. Podagraning o'ziga xos belgilaridan biri, buyrak-tosh kasalligi hisoblandi. Bemorlarning 26 tasi (50%) buyrak kanalchalarida tofuslar va 7ta bemorda (12%) esa buyrak jomlarida toshlar kuzatildi. Buning sababi buyrakning oraliq to'qimasiga uratlarning to'pla-nishidir va bu holat keyinchalik interstitsial nefrit rivo-jlanishiga zamin yaratadi.

Ma'lumki, uratli nefrolitiazga xos belgilar, ya'ni siy-dik pHi nordon bo'lganda, tosh hosil bo'lishi xavfi osh-ishi, podagrik artrit bilan birgalikda yillar davomida ke-chishi, buyrak sanchig'i ko'rinishlari bezovta qilishi, ko'p holda pielonefrit bilan asoratlanishi ko'plab tadqiqot-larda aniqlangan, aksariyat holda semirish va arterial gipertoniya bilan birgalikda kelishi, surunkali buyrak

kasalligi sekin-asta oshib borishi ko'plab tadqiqotlarda aniqlangan.

O'rganilgan bemorlarda, ya'ni, erkaklarda urat-li nefrolitiaz ayollarga nisbatan 10 marta ko'proq aniqlandi: bu holat 3 ta ayolda va 20 ta erkakda aniqlandi.

Xavf omillardan bemor erkaklarning 20 tasida va ayollarning 4 tasida semirishning II-III darajalari, shun-ingdek, bemorlarning 70% (36 ta) ida arterial giper-tenziya va 35 % (18 ta) ida YulK:barqaror stenokardi-yaning II-III funksional sinflari asosiy kasallik bilan bir-galikda kelganligi kuzatildi.

Barcha bemorlarning umumiy siydik tahlilida si-ydikning nisbiy zichligi pasayganligi, mikrogema-turiya, proteinuriya, siydik kislota kristallari, qon-ning bioximik tahlilida esa giperurikemiya, azotemiya aniqlandi. Buyraklar UTT i va radioizotop renografiya tekshiruvlarida buyraklarning funksiyasi 62% (32 ta) bemorlarda buzilganligi aniqlandi. 13 ta bemorda (25 %) surunkali buyrak kasalligi rivojlangan.

Xulosa. Podagrik nefropatiyani erta tashxislash uchun qonda siydik kislota miqdorini va buyraklar ekskresiyasini aniqlash, buyraklar, siydik yo'llari UTT, buyraklar KT, MRT tekshiruvlarini o'tkazish lozim. Siydik kislotaning buyraklar orqali ekskresiyasi (sutkalik siydikda)ni irsiy podagrali anamnezli, 25 yoshgacha siydik-tosh kasalligi mavjud bemorlarda aniqlash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

SURUNKALI GLOMERULONEFRITNING JINS VA YOSHGA KO'RA KECHISH XUSUSIYATLARI

QODIROVA SH.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Bemorlarning jinsi va yoshiga qarab surunkali glomerulonefritning klinik kechish xususiyatlarini o'rganish va baholash.

Tadqiqot materiallari. TTA 3-sonli klinikasi nefrologiya bo'limiga yotqizilgan surunkali glomerulonefrit bilan kasallangan 88 nafar bemorning kasallik tarixi o'rganildi. Ulardan 8 nafari yosh (17–20 yosh), qolgan bemorlar; 31 ayol va 49 erkak, o'rtacha yoshi $40,9 \pm 1,7$ yoshni tashkil etdi. 60 yoshdan oshgan bemorlar yo'q edi. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarning shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari, ob'ektiv tekshiruvlar, umum klinik laboratoriya, qonning biokimyoviy va instrumental tekshiruvlar natijalari baholandi.

Tadqiqot natijalari. Erkaklarda CGN ning asosiy klinik shakli gipertonik (23–46,9%), nefrotik (20–40,8%) va aralash (6–12,2%) kuzatildi. Ayollarda aralash (13–41,9%) va gematurik (9–29%) shakllar aniqlangan, bemorlarning ushbu guruhida gipertonik (6–19,3%) va nefrotik shakllar (3–9,6%) kamroq kuzatilgan. Yoshlarda nisbatan yengil kechadigan nefrotik shakl (5–62,5%) va gematurik shakl (3–37,5%) da aniqlandi. Klinik xususiyatlari: nefrotik shakl: umumiy holsizlanish, ishtahaning susayishi, sezilarli darajada shishish, normal qon bosimi, siydikda massiv proteinuriya va qon tahlilida gipoproteinemiya: disproteinemiya, anemiya, EChT ortishi bilan tavsiflandi. Gipertonik shakl uchun asosiy belgilar: kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'rishning pasayishi, yurak sohasida sanchiqsimon og'riqlar, nafas qisilishi, yurak urib ketishi, og'ir darajali arterial gipertenziya, yurak chegaralarining perkusiyada chapga kengayishi, EKGda – chap qorincha gipertrofiyasi, ko'z tubi tekshiruvi: gipertonik angiopatiya, siydikda – yengil proteinuriya, mikrogematuriya, siydik zichligining

pasayishi kuzatildi. CGNning gematurik shakli makrogematuriya va barqaror mikrogematuriya, yengil proteinuriya, qon bosimining me'yordaligi bilan tavsiflandi. Aralashtirilgan shakl nefrotik va gipertonik shakllarning belgilari bilan birlashtirildi. Ayollarda SGNning yengilroq kechishini estrogen ta'siri bilan izohlash mumkin. Yoshroq bemorlar guruhida minimal o'zgarishlar keng tarqalgan bo'lib, asosan nefrotik sindrom bilan kechganligi aniqlandi. Keksa odamlarda CGN bemorlar reaktivligining pasayishi tufayli, ko'pincha tashxislanmaydi. Kasallik monoton tarzda: xuruj va remissiya davrlarisiz kechadi. Keksa yoshdagi bemorlarda shish sindromi ko'pincha u yashirin va faqat bemorlarning vaznini dinamikada tortish paytida aniqlanadi. Gipertenziya sindromi yoshga bog'liq gipertenziya bilan niqoblanadi.

Xulosa. CGN bemorlar umumiy amaliyot shifokori yoki nefrologning doimiy nazorati ostida bo'lishi kerak.

Klinik shakllarni hisobga olgan holda quyidagilar tavsiya etiladi:

1. Gematurik (latent) shakli: yiliga 2 marta dispanser ko'rikdan o'tishi kerak. Ularda tana vazni, qon bosimi, ko'z tubi, siydik tahlili, Nechiporenko tahlili (qiyosiy taqqoslash uchun), qonda elektrolitlar, kreatinin, mochevina, Reberg sinamasi o'tkazilishi va buyraklarning har yili ultratovush tekshiruvi natijalari o'rganiladi.

2. Gipertonik shakli: har 1–3 oyda ko'rikdan o'tishadi. Shuningdek, ularning tana vaznini, qon bosimini nazorat qilish, ko'z tubi, siydik tahlili, qonda elektrolitlar, kreatinning, Reberg, Zimnitskiy sinamalari hamda har yili buyraklar ultratovushi tekshiruvlari o'tkazilib, natijalari tahlil qilinadi.

3. Nefrotik va aralash shakllari: Bemorlarni har 1–2 oyda 1 marta kuzatish lozim. Diuretiklarni qo'llash tufayli shish sindromi va qon bioximik tekshiruvda elektrolitlarning natijalariga alohida e'tibor berilishi kerak.

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

МИРАХМЕДОВА Х.Т., АБДУЛЛАЕВ У.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение содержания ИЛ–17 в сыворотке крови больных с псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. Было исследовано 94 пациента с достоверным диагнозом ПсА (на основании классификационных критериев CASPAR, предложенных американской академией ревматологов в 2006 году). Для иммуноферментного определения концентрации интерлейкина–17 (ИЛ–17) в сыворотке крови человека использовали набор реагентов ИЛ–17.

Результаты исследования. В нашей работе проведено определение уровня ИЛ–17 в сыворотке крови больных ПсА, в том числе с различными клинико-анатомическими вариантами данного вида артрита. Уровень цитокинов также определялся и в контрольной группе. Было установлено достоверно более высокое содержание ИЛ–17 в сыворотке крови всех больных ПсА по сравнению с контролем ($p=0,042$). Достоверных различий концентрации ИЛ–17 в зависимости от клинико-анатомического варианта ПсА отмечено не было.

($p > 0,05$). Были выявлены достоверные различия в содержании ИЛ-17 в группе больных ПсА с различной степенью активности воспалительного процесса. У пациентов низкой степени активности уровень ИЛ-17 в сыворотке крови составлял в среднем $7,8 \pm 1,2$ пг/мл ($p = 0,043$) по сравнению с контрольной группой, при выраженной степени (умеренной и высокой) – $14,6 \pm 2,4$ пг/мл ($p = 0,028$) по сравнению с контрольной группой.

При изучении корреляционной связи между уровнем ИЛ-17 в сыворотке крови и маркерами воспаления у пациентов с ПсА установлено наличие прямых умеренных достоверных связей между увеличением значения ИЛ-17 и показателем активности ПсА - DAS ($r = 0,48$) ($p = 0,037$) и его отдельными компонентами: числом припухших суставов (ЧПС), числом болезненных суставов (ЧБС). Также выявлены достоверные корреляции между уровнем ИЛ-17 в сыворотке крови и скоростью оседания эритроцитов (СОЭ) ($r = 0,32$) ($p = 0,0028$). Выявленная корреляция уровня ИЛ-17 и величины индекса PASI подтверждает гиперэкспрессию данного цитокина в очагах кожного псориаза. Учитывая достоверные корреляции ИЛ-17 и некоторых клинических и лабораторных показателей ПсА, можно говорить об определенной роли данного цитокина в иммунопатогенезе ПсА.

Так как, интерлейкин-17 проявляет выраженную провоспалительную активность, способен индуцировать синтез различных медиаторов воспали-

ния, включая ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6, тем самым способствуя развитию аутоиммунных патологических реакций, в том числе индукции воспаления при псориатическом артрите, перспективным является определение значения ИЛ-17 в патогенезе псориатического артрита с целью разработки дополнительных критериев ранней и эффективной диагностики заболевания. Фармакотерапия ПсА остается одной из наиболее сложных проблем современной клинической медицины. Для лечения используется широкий спектр противоревматических препаратов (глюкокортикоиды, сульфасалазин, лефлуномид, метотрексат, циклоспорин), показана эффективность комбинированной терапии. Перспективным направлением является применение препаратов, полученных генно-инженерным путем и оказывающих селективное действие на компоненты патологической аутоиммунной реакции.

Выводы. У пациентов с ПсА отмечается достоверное повышение концентрации ИЛ-17 в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об информативности использования определения уровня ИЛ-17 в качестве диагностического критерия псориатического артрита. Сывороточное содержание ИЛ-17 достоверно коррелирует с клиническими и лабораторными показателями ПсА (индекс PASI, показатель степени тяжести ПсА – DAS, СОЭ), что подтверждает роль данного цитокина в иммунопатогенезе псориатического артрита.

УРОЛИТИАЗНИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТАРҚАЛИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

АБДУРАХМОНОВ Б.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У., ҚУРБОНОВА Р.Р.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Илк бора фермерлар популяциясида уролитиазнинг хатар омилларини тарқалиши частоталарини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. Тадқиқот дизайни бўйича нозэкспериментаъ бир вақтли эпидемиологик текширув хисобланади. Унинг объекти – водийнинг Пахтаобод иқлимий шароитида фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи 18 – 70 ва ундан юқори ёшда бўлган 2551 та аҳоли (эркаклар – 1270 та ва аёллар – 1208 та). Комплекс текширувлар асосида уролитиаз ташхиси қўйилди, унинг хатар омиллари БЖССТ мезонлари бўйича ташхисланди [WHO < 2020].

Тадқиқот натижалари. Фермерлар оила аъзоларида, то 17 ёшгача бўлган популяцияда уролитиазни тарқалиш частотаси 3,0 фоизни ташкил қилади (ўғил болаларда 2,9 фоиз ва қизларда 3,2 фоиз). Умумий популяцияда бўлса уролитиаз 13,6 фоиз частотада тарқалиш частотаси билан тасдиқланади (эркакларда 16,4 фоиз, аёлларда 10,7 фоиз), яъни ушбу касаллик эркакларда аёлларга нисбатан 1,2 марта кўпроқ учрайди ($P <$

0,05). Қуйидаги фоизларда унинг хатар омиллари тасдиқланди: номувофиқ овқатланиш омили 31,6 фоиз (эркакларда 54,9 фоиз ва аёлларда 45,0 фоиз; $P < 0,05$), гиподинамия 53,0 фоиз (эркакларда 63,0 фоиз ва аёлларда 36,0 фоиз; $P < 0,05$), ятроген омил 68,0 фоиз (эркакларда 57,0 фоиз ва аёлларда 42,0 фоиз; $P < 0,05$), ирсий мойиллик 64,1 фоиз (эркакларда 58,2 фоиз ва аёлларда 41,8 фоиз; $P < 0,05$), гиперкальциемия 62,3 фоиз (эркакларда 58,4 фоиз, аёлларда 41,6 фоиз; $P < 0,05$), гиперфосфатемия 50,7 фоиз (эркакларда 61,7 фоиз ва аёлларда 38,3 фоиз; $P < 0,05$), гиперурикемия 52,8 фоиз (эркакларда 61,6 фоиз ва аёлларда 38,4 фоиз; $P < 0,05$), гипомagneмия 50,9 фоиз (эркакларда 62,2 фоиз ва аёлларда 37,8 фоиз; $P < 0,05$), гиперцилиндирурия 66,9 фоиз (эркакларда 57,8 фоиз ва аёлларда 42,2 фоиз; $P > 0,05$) ва ортиқча тана вазни 58,3 фоиз (эркакларда 63,5 фоиз ва аёлларда 36,5 фоиз; $P > 0,05$).

Хулоса. Ушбу хатар омилларини хисобга олиш профилактик дастурларнинг тиббий – иқтисодий натижавийлигини 80,0 фоизгача етиб оширади.

СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

АБДУРАХМОНОВ Б.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., УСМОНОВ Б.У.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сийдик – тош касаллигини (СТК) фермерлар популяциясида эпидемиологик тавсифини ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва усуллари Фарғона водийсининг Пахтаобод иқлимий – жўғрофий ҳудудида фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи уюшмаган 2250 та уюшмаган аҳоли эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинди. Эпидемиологик, сўровномали, биохимик ва инструменталь усуллар қўлланилди. Олинган материаллар ишловида SAS маълумотни етказиш ва таҳлил қилиш тизими қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. СТК фермерлар умумий популяциясида тарқалиш 32,2 фоизни ташкил этади (фермер эркакларда 32,4 фоиз, фермер аёлларда 32,0 фоиз; $P < 0,05$). Турли ёш гуруҳларида СТК қуйидаги даражадаларда тарқалиш билан аниқланади: ≤ 17 ёшда 16,7 фоиз, 18 – 30 ёшда 22,2 фоиз ($P < 0,05$), 31 – 49 ёшда

30,6 фоиз ($P < 0,05$), 50 – 69 ёшда 79,0 фоиз ($P < 0,001$) ва ≥ 70 ёшда 22,9 фоиз ($P < 0,05$). Ёш ортиши билан СТКни тарқалиш частотасида 4,9 баробарга етиб кўпайиб қайд этилади ($P < 0,001$) ва энг кучли кўпайиш 50 – 69 ёш интервалига тўғри келади. ≤ 17 ёшдаги фермер – эркаклар популяциясида СТКни тарқалиш частотаси 17,1 фоизни ташкил қилади; шу ёшдаги фермер – аёлларда бўлса ушбу касаллик преваленси 16,1 фоизга етади. Эркаклар популяциясида ёш ортиши билан СТКнинг аниқланиш частотасини 5,1 баробарга ($P < 0,001$), аёлларда бўлса 3,7 мартага ($P < 0,001$) етиб ортиб аниқланиши тасдиқланади.

Хулоса. Фермерлар популяциясида СТК кам учрайдиган тасодифий ходиса эмаслиги аниқланди. СТК 32,2 фоиз, преуролитиаз 12,1 фоиз, уретролитиаз 6,6 фоиз ва цистолитиаз 14,0 фоиз тарқалиш частоталари билан аниқланади.

ПРЕУРОЛИТИАЗНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА АНИҚЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

АБДУРАХМОНОВ Б.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ТУРСУНОВ Х.Х., КАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Андижон шароитида преуролитиазнинг эпидемиологиясини ўрганиш ва профилактикаси учун хос хусусиятларни аниқлашдан иборат бўлди.

Материал и методи. Репрезентатив аҳоли гуруҳида (2178 та фермерчилик фаолияти билан шуғулланувчи ≥ 18 – 70 ёшли популяция; 1270 таси эркаклар ва 1208 таси аёллар) бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ўтказилди. Эпидемиологик, клиник, биохимик ва инструментал усуллар қўлланилди. «Преуролитиаз» тош хосил бўлиб улгурмаган, аммо кристаллурия ва тез-тез буйрак санчиғи хуружи кузатилиб турилган ҳолатларда ташхисланди.

Тадқиқот натижалари. Фермерлар умумий популяциясида преуролитиаз тарқалиш частотаси 12,1 фоизни ташкил қилиб, унга нисбатан 14,6 фоизни ташкил этиб эркакларда ($P < 0,005$) ва 9,5 фоиз аёлларда қайд этилади ($P < 0,005$). Шундай нисбат (умумий популяциядаги сийдик тош касаллигига нисбатан) ва тафовутлар турли ёш гуруҳларида ҳам қуйидагича кузатилади: ≤ 17 ёшда 8,6 фоиз ($P < 0,005$) ва 6,5 фоиз ($P < 0,005$)

эркак ҳамда аёлларда, 18 – 30 ёшда 12,4 фоиз ($P < 0,005$) ва 5,4 фоиз ($P < 0,005$), 31 – 49 ёшда 13,8 фоиз ($P < 0,005$) ва 10,7 фоиз ($P < 0,005$), 50 – 69 ёшда 30,6 фоиз ($P < 0,005$) ва 21,1 фоиз ($P < 0,005$), ≥ 70 ёшда 3,2 фоиз ($P < 0,005$) ва 2,4 фоиздан ($P < 0,005$). Умумий популяцияда преуролитиаз энг паст тарқалиш частотаси билан ≥ 70 ёшда (2,9 фоиз), ≤ 17 ёшда (7,6 фоиз) ва 18 – 30 ёшда (8,9 фоиз), юқори частота билан эса 31 – 49 ёшда (12,3 фоиз) ва 50 – 69 ёшда (26,2 фоиз) таъсисланади. Ёш ортиб бориши билан преуролитиаз 1,1 баробарга (18 – 30 ёшда; $P > 0,05$), 1,6 баробарга (31 – 49 ёшда; $P < 0,05$) ва 3,3 баробарга ($P < 0,001$) етиб кўп аниқланади.

Хулоса. Преуролитиаз эркак ва аёлларда, 18 – 30 ёшлиларда 1,4 баробарга кўпайиб ($P < 0,05$) ва 1,2 мартага камайиб ($P > 0,05$), 31 – 49 ёшда 1,6 ($P < 0,05$) ва 1,6 баробарга ($P < 0,05$) ортиб, 50 – 69 ёшда 3,4 баробарга ($P < 0,001$) ва 3,2 баробарга ($P < 0,001$) кўпайиш билан тасдиқланади. 70 ёшдан ошган эркакларда эса 2,6 баробарга ($P < 0,01$) ва аёлларда бўлса 2,7 мартага ($P < 0,01$) етиб камайиш билан аниқланади.

ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ШАКЛЛАНИШИ МЕХАНИЗМЛАРИ ВА ХОС ЖИХАТЛАРИ

АБДУРАХМОНОВ Б.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М., ҚУРБОНОВА Р.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Фермерлар популяциясида бирламчи ва иккиламчи сийдик – тош касаллигини (БСТК, ИСТК) шаклланишининг эпидемиологик механизмлари ва хос жиҳатларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. ≥ 17 –70 ёшли фермерлар ва уларнинг оиласи аъзолари (жами 2478 та аҳоли, 1208 таси аёллар ва 1270 таси эркеклар) эпидемиологик тадқиқотда текширилди. БСТК ва ИСТК эпидемиологик, клиник, биохимик ва инструментал теширувдан фойдаланиб ташхисланди.

Тадқиқот натижалари. Фермерлар умумий популяцияси оила аъзоларида (≥ 17 ёшлилар) БСТК аниқланмаганлиги эътиборни тортади ва ≥ 18 – 70 ёшли жами текширилганларда унинг тарқалиши частотаси 9,7 фоизни ташкил қилиши маълум бўлади (эркекларда 12,0 фоиз ва аёлларда 7,3 фоиз; $P < 0,05$). Турли ёшда хос тарқалиш билан намоён бўлиб, умумий тенденция ёш БСТК учун патоген омил сифатида тавсифланади, яъни ёшга

боғлиқ холда қуйидагича кўпайиб боради: 18 – 30 ёшда 4,2 баробарга (4,2 фоиз, $P < 0,01$), унга нисбатан 2,2 марта етиб (9,2 фоиз; $P < 0,01$) кўпайиш 31 – 49 ёшда, 5,8 баробарга ортиб (23,6 фоиз; $P < 0,001$) «ўсиш» 50 – 60 ёшда, 7,9 мартага кўпайиб (30,4 фоиз; $P < 0,01$) ≥ 70 ёшда аниқланади. ИСТК 10,1 фоиз фермер – аҳоли учрайди, эркек – фермерларда 12,4 фоиз ($P < 0,005$) ва аёл фермерларда 7,7 фоиз ($P < 0,005$). Тафовутланди сезиларли, яъни ИСТК эркекларда 1,6 баробарга етиб ортиқ тарқалиш билан, аёлларга нисбатан, қайд қилинади ($P < 0,05$).

Хулоса. Фермерлар оиласи аъзоларида, яъни 17 ёшгача бўлган фарзанд – популяциясида ИСТК 4,5 фоиз тарқалиш частотаси билан кузатилади, ўғил болалар ва қизлар орасида тафовут билан 5,7 фоиз ва 3,2 фоиздан аниқланади ($P < 0,05$). Бошқа ёш гуруҳларида ҳам шундай тафовутлиниш ва яна ёшга боғлиқ 7,5 баробарга кўпайиш билан тасдиқланади.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость симптоматических препаратов медленного действия в комплексном лечении остеоартрита.

Материал и методы. Работа основана на анализе 120 больных с остеоартритом (ОА) коленного сустава. Среди общего количества пациентов было 78 женщин (65,0%) и 42 мужчин (35,0 %) в возрасте от 42 до 70 лет, средний возраст составил 58 лет. Диагноз ОА устанавливали согласно критериям Американской коллегии ревматологов. Оценивали степень выраженности болевого синдрома по ВАШ, а функциональную активность суставов по индексу WOMAC. Рентгенологическую стадию ОА оценивали по классификации Келлгрена – Лоуренса. I стадия установлена у 40 (33,3%) человек, II стадия – у 65 (54,1%). Обследование включало общеклинические, лабораторные и инструментальные исследования. Для изучения характерных лучевых изменений на ранних стадиях ОА коленного сустава, включающих синовит, остеоит и остеофиты, а также более глубокого изучения процессов хондродегенерации проводили МРТ.

Результаты исследования. В 1-й группе пациентов выявлено значимое ($p < 0,05$) снижение интенсивности боли по ВАШ.К концу исследования показатель ВАШ значимо не изменился по сравнению с исходным ($p > 0,05$). Индекс WOMAC в группе получавших ХС и ГС статистически значимо ($p < 0,05$) снизился ($p < 0,05$). При МРТ коленного сустава у больных ОА оценивали динамику выраженности синовита, остеоита и развития остеофитов. До лечения у 36,67% пациентов 1-й группы выявлены остеофиты у 46,67%–синовит, а у 53,3%–остеоит. В ходе наблюдения количество больных с статистически значимо ($p = 0,043$) выросло (до 53,33%), с синовитом – уменьшилось, но незначимо ($p = 0,423$). Во 2-й группе, принимавших ХС и ГС в сочетании со стронция ранелатом, изменение ВАШ боли оказалось незначимым ($p > 0,05$), но по индексу WOMAC улучшение было значимым ($p < 0,05$). Уменьшение WOMAC продолжилось к концу наблюдения ($p < 0,05$), но его значение оставалось значимо больше, чем в других группах ($p < 0,05$). К концу наблюдения у пациентов, получавших комбинацию ХС и ГС в сочета-

нии с приемом внутрь стронция ранелата, клинико-лабораторное улучшение определялось лишь по снижению индекса WOMAC. Согласно данным МРТ, у 51,61% больных 2-й группы исходно диагностирован остеофитоз, у 38,71% – синовит, у 51,61% – остеоит и др., В группе пациентов, получавших ХС и ГС в сочетании с диацереином, и лазеротерапией показало более выраженное клиническое улучшение в сравнении с группами принимавших ХС и ГС, а также ХС и ГС совместно со стронция ранелатом. Кроме того, терапия ХС и ГС в комбинации с диацереином и физиотерапией положительно влияла и на лабораторные параметры (СОЭ и СРБ), что не выявлено в первых двух группах. До лечения синовит коленного сустава отме-

чен у 40% пациентов 3-й группы, остеоит выявлен у 56,67%, а остеофиты по данным МРТ – у 50,0%. Как и в остальных группах, в группе принимавших ХС и ГС в комплексном лечении показало увеличение времени Т2-релаксации по результатам цветового картирования хрящевой. Так, исходно время Т2 составляло $34,63 \pm 5,89$ мс и было значимо меньше конечного ($40,48 \pm 5,49$ мс, $p < 0,05$).

Вывод. Разработанные подходы к оценке состояния хряща коленного сустава с применением МРТ позволяют верифицировать самые ранние стадии ОА. Сложность эффективной ОА связана с хроническим и неуклонно прогрессирующим течением терапии заболевания, подчас без каких-либо видимых предрасполагающих факторов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Изучение особенностей течения остеоартрита (ОА), ассоциированного с ожирением, метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом 2-го типа (СД2) и выделить факторы неблагоприятного прогноза заболевания, обусловленные коморбидностью

Материал и методы. В исследование были включены 100 больных, из них 80,0% женщин и 20,0% мужчин, средний возраст которых составил $65 \pm 2,0$ лет у женщин, а у мужчин – $69 \pm 0,8$ лет. Диагноз ОА у всех пациентов соответствовал критериям Л.И.Беневоленской (1993г.) Такие заболевания, как ожирение и МС, были верифицированы эндокринологом. из которых у 21 больного поставлен диагноз ожирение (71,4% % женщин и 28,6% мужчин) 20 пациентов имели МС. Группу сравнения составили пациенты с генерализованным ОА без ожирения и МС, состоящие на учете у ревматолога – 37 больных (21,6 % мужчин и 78,4% женщин). Всем больным проводилась рентгенография по шкалам Kellgren – (1963г) и OARSI и УЗИ пораженных суставов пациентам с клиническими признаками синовита кисты Бейкера, подозрением на нарушение целостности коллатеральных связок.

Результаты исследования. В 32,0% случаев у больных была зарегистрирована рентгенологически 1-ая стадия. Наиболее часто выявлена 2-ая стадия – 53,0%, I функциональный класс (ФК) выявлен в 32,0% случаев, II ФК у 62,0 пациентов. Больные с ОА III и IV ФК составили 6,0% случаев У 90% больных преобладала первичная генерализованная форма ОА с узелками Геберден/ Бушара – 60,0%, в 10% встречался вторичный ОА. Сопутствующая патология, такая как АГ, у 80 % случаев у всех групп пациентов. ИБС без ПИКС установлена у 16,0 % больных ОА с ожирением, у 18,0 % – с МС и у 20,0 % с СД2. Оценивались влияние ОА на качество жизни, уровень боли, общее состояние

здоровья ВАШ, проведена оценка уровня глюкозы в плазме крови натощак и гликированного гемоглобина (HbA1c). Избыточная масса тела, дислипидемия, инсулинорезистентность и АГ, сопровождающие развитие МС, могут быть взаимосвязаны с развитием и клинко-рентгенологическим прогрессированием ОА. В исследовании пациенты с ОА в сочетании с МС и без данной сопутствующей патологии различаются по массе тела, объему (V) талии и ИМТ, пациенты с ОА и МС имеют большую массу и ИМТ, что обусловлено текущей патологией нарушения липидного и углеводного обмена. При анализе параметров болевого синдрома и функционального статуса в сравниваемых группах показано, что больные ОА с наличием или отсутствием МС достоверно различаются по показателям общего самочувствия (ВАШ – $p = 0,039$) и здоровья ($p = 0,007$), утренней скованности ($p = 0,002$), уровню боли в коленных суставах ($p = 0,01$), функциональному статусу кистей ($p = 0,053$) и коленных суставов ($p = 0,002$). При диагностике ОА, обосновано выделение различных коморбидных вариантов ОА, таких как ОА и ожирение, ОА и МС, ОА и СД2 как по клиническим, так и по лабораторным показателям. Изменения при УЗИ, как наличие и степень избытка жидкости (синовит), изменение со стороны синовиальной оболочки, медиального и латерального менисков, связочного аппарата, наличие кист Бейкера являются дополнительными признаками ОА и степень их изменений указывается как проявление воспалительного и (или) дегенеративного процесса в коленном суставе

Вывод. Пациенты с ОА и сопутствующим ожирением, МС и СД2 в сравнении с больными ОА без коморбидности отличаются тяжестью болевого синдрома, нарушением функции коленных суставов и суставов кистей, изменением качества жизни и психоэмоциональной сферы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость базисной терапии анкилозирующего спондилита (АС) препаратами с различным механизмом действия – сульфасалазина (СС) и метотрексата (МТ).

Материалы и методы. В исследование было включено 70 больных с достоверным АС (в соответствии с Нью-Йоркскими критериями). Всем пациентам было проведено иммуногенетическое исследование антигенов гистосовместимости HLA-B27. Они были рандомизированно разделены на две группы по 35 человек в каждой, одна из которой получала сульфасалазин, другая – метотрексат. Критериями включения в исследование были неэффективность НПВП при их стабильной дозе в течение одного месяца до начала исследования; наличие признаков активности заболевания; серонегативность по РФ; отсутствие в анамнезе признаков других серонегативных спондилоартритов; отсутствие аллергии на сульфаниламиды или салицилаты; тяжелой отсутствие патологии внутренних органов. Схема назначения препаратов: СС назначался в дозе 1500–2000 мг в день в зависимости от веса пациента. МТ назначался однократно в дозе 7,5 мг в неделю, затем доза препарата повышалась до 10 мг в неделю. Длительность терапии – сульфасалазина и метотрексата – 6 месяцев.

Результаты исследования. Суммарная и индивидуальная оценка эффективности и переносимости терапии проводилась через 3 и 6 месяцев лечения. Динамикой анализируемых показателей считалось их изменение на 20% и более по сравнению с исходной величиной. Всем пациентам проводилось комплексное обследование: клиническое, биохимическое, иммунологическое, рентгенологическое и инструментальное. Метотрексат обладает одинаковым действием при центральной и периферической формах анкилозирующего спондилита. Характер развития терапевтического

эффекта сульфасалазина и метотрексата при анкилозирующем спондилите (постепенное развитие клинического улучшения у пациентов с неэффективностью НПВП, стабильность результатов, стойкое уменьшение основных проявлений болезни, возможность уменьшения сопутствующей противовоспалительной терапии) позволяет отнести рассматриваемые лекарственные средства к категории болезнь-модифицирующих (базисных) препаратов для лечения этого заболевания. При суммарной оценке результатов лечения сульфасалазин оказался более эффективным, чем метотрексат в терапии АС. При назначении сульфасалазина через 3 месяца достоверно улучшилось 16 из 24 анализируемых показателей (63,7%), а при назначении метотрексата – 7 из 24 показателей (28,2%). Метотрексат обладает одинаковым влиянием при центральной и периферической формах АС в течение всего периода наблюдения. Сульфасалазин был одинаково эффективен при обеих формах заболевания на первых этапах терапии. К 6 месяцам лечения его лечебное действие было более выраженным при периферической форме АС. К концу лечения сульфасалазином прослеживается прямая корреляционная связь между показателем клинической активности заболевания – BASDAI, и лабораторными показателями активности АС -СОЭ ($r = 0,51$; $p = 0,007$), СРБ ($r = 0,52$; $p = 0,006$), серомукоидом ($r = 0,45$; $p = 0,018$) и IgA ($r = 0,53$; $p = 0,005$). При назначении метотрексата наблюдалась прямая корреляционная связь лишь между BASDAI и IgA ($r = 0,56$; $p = 0,007$).

Вывод. На фоне лечения сульфасалазином и метотрексатом побочные реакции развиваются одинаково часто. (43% и 50%, соответственно). При использовании МТ побочные эффекты чаще являются причиной прекращения проводимого лечения, чем при назначении СС (33,3% и 10%, соответственно). Наблюдавшиеся нежелательные реакции были безопасны для жизни пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ ПОВЫШЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., КУРБАНОВ В.А., ХАНМАММЕДОВА Л.И. АШЫРОВА А.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева,
кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии,
Ашгабат, Туркменистан*

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний желудочнокишечного тракта (ЖКТ) среди больных с ревматоидным артритом, принимающими нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и оценить распространенность их факторов риска.

Материал и методы. Нами на базе Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии была изучена распространенность заболеваний ЖКТ у 140 пациентов ($41,7 \pm 12,8$ лет, 30 мужчин и 110 женщин), страдающих с ревматоидным артритом.

Результаты исследования. Из 140 опрошенных пациентов с ревматоидным артритом, все пациенты принимали НПВП, 46 пациентов (35,7%) страдали заболеваниями ЖКТ. Из заболеваний ЖКТ у 16 (33,3%) пациентов были хронические гастриты, у 10 (29,6%) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и/или ЯБДК). Остальные патологии 20 (37,1%) пациентов приходилась на холециститы, энтериты и колиты. Результаты нашего исследования показали, что не было статистически достоверной разницы по полу и возрасту, месту жительства, социаль-

но-экономическому статусу, уровню образования, семейному положению, длительностью с ревматоидным артритом, индексу массы тела между группами. Среди заболеваний ЖКТ курильщиков было 5 (10,87%), без поражений ЖКТ 3 (6,52%). Больные с заболеваниями ЖКТ отмечали, что питаются нерегулярно, прием фруктов и овощей (3 и более порций в день) был статистически значимо меньше у больных с ЖКТ по сравнению без заболеваний ЖКТ: 16 против 64. Больные с заболеваниями ЖКТ из коморбидных заболеваний статистически значимо чаще страдали хронической сердечной недостаточностью 30 против 18 больных без заболеваний ЖКТ. Чувство подавленности, депрессия значительно чаще также наблюдалась у больных с заболеваниями ЖКТ: 42 против 36.

Выводы. Каждый третий пациент с ревматоидным артритом, страдали заболеваниями ЖКТ. Потенциально, коррекция факторов риска может способствовать снижению распространенности заболеваний ЖКТ и их осложнений при современной диагностике и лечении ревматоидного артрита.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч., ГАРОВОВ Г.Я.

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

Цель исследования в комплексном лечении изучить влияние витамина Д на течение заболевания СКВ, первично-хронического течения, средней степени активности, с поражением кожи, слизистых оболочек и суставов.

Материал и методы. Обследовано 40 больных с СКВ, первично-хронического течения, средней степени активности, с поражением кожи, слизистых оболочек и суставов. Пациенты женского пола в возрасте от 18 до 50 лет. Все больные были подразделены на II группы: I-группе было назначено гормонотерапия (преднизолон 20 мг) и антимаболизит фолиевой кислоты (метотрексат 7,5 мг в неделю), II-получала гормонотерапию, антимаболизит фолиевой кислоты в комбинации с витамином Д 400 МЕ. Всем больным с общепринятыми клиническими обследованиями проводилось иммунологическое исследование крови

с определением антинуклеарных антител (антиядерного фактора, антител к двуспиральной ДНК, антител к малому ядерному рибонуклеопротеину), определение витамина Д в крови, рентгенологическое и ультразвуковое обследование суставов.

Результаты исследования. На фоне лечения в обеих группах наблюдения улучшение клинических проявлений суставного синдрома отмечалось на 1-ой недели лечения. Динамика улучшения поражения кожи отмечалась во II группе наблюдаемых больных в виде снижения высыпания в скуловой области (бабочка), дискоидного высыпания (эритематозные бляшки с кератозом), фотосенсибилизации, кожных высыпаний на солнечное облучение.

Выводы. Назначение витамина Д в комплексном лечении СКВ снижает клинику поражений кожи и слизистых оболочек, профилактика гипо

и авитаминоза, рахита так как рекомендуемое ограничение хоть бы под солнцем усугубляет по-

ступления естественным путем витамина Д в организм.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА СРЕДИ РАБОТНИКОВ АКЦИОНЕРНОЙ КОМПАНИИ

АЛЯВИ Б.А., ФАЗЫЛОВ А. В., УМАРОВ А.Э., НАЖМЕТДИНОВ Г.Р., СОБИРОВА Н.М., СУЙДИЕВ Ф., МОТОРИНА Т.В.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» Центр развития профессиональной квалификации медицинский работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенности и особенности клинического течения подагрического артрита (ПА) среди работников Акционерной компании «Узбекистан темир йуллари».

Материал и методы. Нами было обследовано 38 больных мужчин в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст 56,2 лет), с длительностью заболевания от 2 до 20 лет, обратившихся в центральную поликлинику АК УТИ.

Для верификации клинического диагноза были проведены клинические и лабораторно инструментальные методы исследования, а при необходимости и другие методы исследования. В сыворотке крови: содержание мочевой кислоты, С реактивный белок, УЗИ почек и мочевыводящих путей, рентгенологические исследования костей и суставов и т.д.

Результаты исследования. У 32 (84,2%) больных ПА диагностированы: артериальная гипертензия у 12 (37,5%), ишемическая болезнь сердца у 8 (25%), сахарный диабет I и II типа у 5 (15,6%), ожирение I II степени у 11 (34,4%), хронический бронхит у 3 (9,38%); хроническая сердечная недостаточность у 6 (18,75%) и у 4 (12,5%) хроническая болезнь почек.

У 31 (78,9%) больных ПА заболевание имело хроническое течение, у 12 (31,6%) больных исследована синовиальная жидкость с определением кристаллов моноурата натрия, у 29 (76,3%) больных имела место поражения по типу моноартрита, а у 9 (23,7%) имелась картина полиартрита со всеми признаками воспаления.

Клиника острого ПА встречался у 20 (52,6%) больных: из них сильные боли в области боль-

шого пальца I плюсно-фалангового сустава ноги у 9 (45%), в пятке у 11 (55%) и у 9 (45%) подошвенных стоп. Возраст больных в дебюте заболевания было отмечено за 50 лет у 26 (68,42%), а по длительности течения заболевания определенную роль играет наличие и количество тофусов в разных участках туловища: в ушной раковине у 19 (50%); носовой перегородке у 10 (26,3%); верхних и нижних веках глаз у 6 (15,8%) и у 4 (10,5%) хрусталика, склерах глаз и у 5 (13,2%) других местах.

Всем больным для купирования приступа ПА проводилась комплексная базисная-патогенетическая медикаментозная терапия с применением: нестероидные противовоспалительные препараты – диклафенак или кетонал, глюкокортикоиды – дексаметазон, цитостатики – циклоспорин, антиагреганты, антикоагулянты и при необходимости другие препараты.

У большинства больных ПА обнаружены глубокие сдвиги по обмену метаболического характера, которые коррелировали с течением заболевания и наличием коморбидности, что указывает на необходимость коррекция выявленных сдвигов и проведение метаболической терапии.

Выводы. При своевременном установлении клинического диагноза и при правильном адекватном начале лечения с последующем рациональном поддерживающей терапии и при соблюдении правил здорового образа жизни, в частности соблюдение общей гигиены труда, отдыха, питания и других факторов – которые ограничивает возможности возникновения приступы ПА.

СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

АТАДЖАНОВА М.А., МУРАДОВА И.Г.

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

Цель исследования. Цель работы диагностика СЗСТ в ранней стадии современными лабораторными методами и верификация диагноза – определение в крови данной патологией больных АНА скрининг методом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 больных с неустановленным аутоиммунным заболеванием. Всем больным проведен иммуноферментный анализ (ИФА) – определение в крови антинуклеарных антител, рассматриваемый в качестве критерия в диагностике заболеваний соединительной ткани. Этим методом верифицирован диагноз: системной красной волчанки у 9 больных, системной склеродермии – 7 больных, у 6 больных синдром Шарпа, у 3-х больных – дерматомиозит. Возраст больных составил 18–46 лет. Все женского пола, 1 мужчина – больной с

дерматомиозитом. Сначала заболевания, с первых симптомов до полной постановки диагноза составило от 6 месяцев до 1 года.

Результаты исследования. Этот метод исследования показал себя высокоинформативным, специфичным, точным методом диагностики на ранних стадиях и до полной диагностики неясных случаев аутоиммунных заболеваний, в том числе СКВ, ССД, ДМ и синдрома Шарпа.

Выводы. СЗСТ подвержены молодые люди, с полной потерей трудоспособности, инвалидизацией и высокой смертностью; метод обязателен, информативен, чувствителен, точен и оказывает огромную помощь в поставке окончательного диагноза СЗСТ, назначении своевременного адекватного лечения и может широко быть использован в амбулаторных и стационарных условиях.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДИПИРИДАМОЛНИ ТРОМБОЦИТЛАР АГРЕГАЦИЯСИ ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

АХАДОВ А.А., УМАРОВА З.Ф., ХОДЖАНОВА Ш.И., ЖУМАНАЗАРОВ С.Б.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги III босқич билан оғриган беморларда тромбоцитлар агрегацияси фаоллигига курантил таъсирини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Илмий текшириш учун ТТА кўп тармоқли 3-клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 52 нафар (28та аёл, 24та эркак), ўртача ёши $50 \pm 6,4$ ёш сурункали буйрак касаллиги III босқичи билан касалланган беморлар олинган. Беморлар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинган. 1-гуруҳни ташкил этган 30 нафар беморга аънавий даво ва дипиридамо 150мг\сут дори препарати 30 кун давомида берилди. 2-гуруҳни ташкил этган 22 нафар беморлар назорат гуруҳига киритилиб, уларга аънавий даво берилди. Тромбоцитлар агрегацияси функционал фаоллигини агрегометр оркали баҳоланди. Олинган натижалар таҳлили учун Вилкоксон нопараметрик методидан фойдаланилди. Ишончлилиқ даражаси $p < 0,05$ деб белгиланди.

Тадқиқот натижалари. Тромбоцитлар агрегацияси функционал фаоллигини баҳоланганда дипиридамо 150мг\сут кабул қилган беморларнинг АДФ, $mA\%$ кўрсаткичи 1-кундагидан 30-кунга нисбатан $1,62\%$ га ишончсиз даражада пасайганини куришимиз мумкин ($92,3 \pm 1,56$ мос равишда $90,8 \pm 1,12$ $p > 0,05$). Назорат гуруҳидаги беморларнинг АДФ,

$mA\%$ 1-кундан 30-кунга нисбатан $1,18\%$ га ишончсиз даражада ўзгарди ($92,7 \pm 1,02$ мос равишда $91,6 \pm 0,98$ $p > 0,05$). Коллаген, $mA\%$ кўрсаткичи дипиридамо 150мг\сут кабул қилган гуруҳимизда 30-кунга нисбатан $4,92\%$ ишончли даражада пасайганини ($101,5 \pm 1,87$ мос равишда $96,5 \pm 1,34$ $p < 0,05$) ва назорат гуруҳимиздаги 30-кунга нисбатан $1,5\%$ га ишончсиз ўзгарганини кўрдик ($100,2 \pm 1,43$ мос равишда $98,7 \pm 1,21$ $p > 0,05$). Ристоцетин, $mA\%$ кўрсаткичи дипиридамо 150мг\сут кабул қилган гуруҳимизда 30-кунга нисбатан ишончли даражада $5,8\%$ га пасайганлиги ($89,5 \pm 0,67$ мос равишда $84,3 \pm 0,85$ $p < 0,05$) ҳамда худди шу курсаткич назорат гуруҳимизда 30-кунга нисбатан $2,2\%$ га ишончсиз даражада пасайганлигини кўришимиз мумкин ($88,7 \pm 0,58$ мос равишда $86,5 \pm 0,46$ $p > 0,05$). Адреналин, $mA\%$ дипиридамо 150мг\сут кабул қилган гуруҳимизда 30-кунга нисбатан ишончсиз даражада 2% га ўзгарганини ($90,6 \pm 0,89$ мос равишда $88,7 \pm 0,76$ $p > 0,05$) ҳамда назорат гуруҳимизда шу кўрсаткич 30-кунга нисбатан $0,89\%$ га ўзгаргани ($89,7 \pm 0,80$ мос равишда $88,9 \pm 0,77$) аниқланди.

Хулоса. Юқорида берилган маълумотларга асосланиб шуни хулоса қилиш мумкин, дипиридамо 150мг\сут кабул қилган гуруҳимизда назорат гуруҳига нисбатан тромбоцитлар агрегацияси фаоллиги кўрсаткичларини ишончли даражада пасайганлиги

ва ижобий натижаларга эришилганини кузатдик. Бу билан биз СБК билан оғриган беморларда дипирида мол 150мг\сут дозада дори воситаси тромбоцит-

лар агрегацияси фаоллигига таъсири самародорлигини яхшилаши имконини берганлиги сабабли СБК III билан оғриган беморларга тавсия этдик.

ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ТОМИРЛАРДА ҚОН ОҚИШ ТЕЗЛИГИ АСОСИДА БАҲОЛАШ

БОБОҚУЛОВ М.Б., САБИРОВ М.А.

Тошкент давлат стоматология институти, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси ўтказган ҳамда сурункали буйрак касаллиги (СБК) диализ олди давридаги беморлардан иборат тадқиқот гуруҳларда буйрак томирлари қон оқиш тезлигини спектрал Допплер маълумотларини солиштирма таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Сурхондарё ВКТТМ РИНваБТИАТМ Сурхондарё вилояти филиалида назоратда бўлган, маълум вақт мобайнида мазкур муассасада режали гемодиализ сеансларини бошидан кечириб сўнгра БАТ амалиётини ўтказган 35 нафар реципиентни 2-гуруҳ, режали гемодиализ сеансларини бошламай БАТ ўтказган 35 нафар беморлар 3-гуруҳлар сифатида танлаб олинди. Шунингдек ТТА кўп тармоқли клиникасининг нефрологитя бўлимида даволанаётган СБКнинг диализ олди давридаги беморлардан иборат 35 нафар шахслар 1-гуруҳ шакллантирилди. Барча беморларда буйрак артерияларида қон айланиш тезлигини аниқлаш мақсадида буйрак томирлари доплерографик текшируви ўтказилди. Мазкур текширув Сурхондарё ВКТТМ клиникаси функционал таҳлилот бўлимида ТТА кўп тармоқли клиникаси қабул бўлимида «Sonoscape S20 Color Doppler diagnostic» аппаратида текширилди.

Тадқиқот натижалари. Олиб борилган тадқиқотларимиз мобайнида буйрак томирлари доплерографик текширувида қуйидаги натижалар

олинди. Бунда асосий буйрак томирларида артериал қон оқимининг максимал систолик тезлиги ($V_s \text{ max}$) 1-гуруҳда $57,6 \pm 0,58$; 2-гуруҳда $61,3 \pm 1,43$; 3-гуруҳда эса $64,5 \pm 1,35$ см/с.ни ташкил этди. Якуний диастолик тезлик (V_d) 1-гуруҳда $19,7 \pm 0,51$; 2-гуруҳда $22,4$; 3-гуруҳда эса $24,8 \pm 0,56$ см/с.ни ташкил этди. Сегментар буйрак томирларида $V_s \text{ max}$ 1-гуруҳда $42,2 \pm 0,43$; 2-гуруҳда $45,2 \pm 1,09$; 3-гуруҳда эса $50,4 \pm 1,19$ см/с.ни ташкил этди. V_d сегментар буйрак артерияларида 1-гуруҳда $16,9 \pm 0,21$; 2-гуруҳда $18,4 \pm 0,52$; 3-гуруҳда эса $20,3 \pm 0,49$ см/с.ни ташкил этди. Бўлаклараро буйрак артерияларда $V_s \text{ max}$ 1-гуруҳда $26,5 \pm 0,31$; 2-гуруҳда $27,7 \pm 0,45$; 3-гуруҳ шахсларда эса $30,8 \pm 0,75$ см/с.ни ташкил этди. V_d бўлаклараро буйрак артерияларида 1-гуруҳда $11,1 \pm 0,15$; 2-гуруҳда $12,1 \pm 0,35$; 3-гуруҳда эса $13,5 \pm 0,38$ см/с. гача ошгани кузатилдиги.

Хулосалар. Режали гемодиализ сеансларини олиб сўнгра БАТ амалиётини бошидан кечирган беморларда режали гемодиализ сеансларига ўтмай БАТ амалиётини бошидан кечирган беморларга нисбатан $V_s \text{ max}$ ва V_d кўрсаткичлари салбий томонга ўзгарган бўлади.

Буйрак кўчирилиб ўтказилган реципиент беморларда $V_s \text{ max}$ ва V_d нинг секинлашиши бу трансплантатни рад этилиши томонида бўлаётган патологик жараён хисобланади.

ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАҚДА ТОМИР ҚАРШИЛИГИНИ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИДА ЎРГАНИШ

БОБОҚУЛОВ М.Б., САБИРОВ М.А., НАРЗИКУЛОВА М.Ш.

Тошкент Давлат стоматология институти, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси ўтказган ҳамда СБК диализ олди давридаги беморлардан иборат тадқиқот гуруҳларда буйрак томирлари қон оқиш тезлигини спектрал Допплер маълумотларини солиштирма таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Сурхондарё ВКТТМ РИНваБТИАТМ Сурхондарё вилояти филиалида назоратда бўлган, маълум вақт мобайнида мазкур муассасада режали гемодиализ сеансларини бошидан кечириб сўнгра БАТ ама-

лиётини ўтказган 35 нафар реципиентни 2-гуруҳ, режали гемодиализ сеансларини бошламай БАТ ўтказган 35 нафар беморлар 3-гуруҳлар сифатида танлаб олинди. Шунингдек ТТА кўп тармоқли клиникасининг нефрологитя бўлимида даволанаётган СБКнинг диализ олди давридаги беморлардан иборат 35 нафар шахслар 1-гуруҳ шакллантирилди. Барча беморларда буйрак артерияларини қаршилигини аниқлаш мақсадида буйрак томирлари доплерографик текшируви ўтказилди. Маз-

кур текширув Сурхондарё ВКТТМ клиникаси функционал ташхисот бўлимидава ТТА кўп тармоқли клиникаси қабул бўлимида «Sonoscape S20 Color Doppler diagnostic» аппаратида текширилди.

Тадқиқот натижалари. Буйрак томирлари қаршилиги резистентлик индекси (RI) ва пульс индекси (PI) текшириш учун буйрак томирлари доплерографик текшируви асносида қуйидаги натижалар қўлга киритилди. Натижаларга кўра асосий буйрак артериясида резистентлик индекси диализ олди беморларидан ташкил топган 1-гурӯҳда $0,71 \pm 0,01$ қийматни ташкил этиб у 2-гурӯҳда $0,69 \pm 0,01$; 3-гурӯҳда эса $0,67 \pm 0,01$ қийматни ташкил этди. Пульс индекси 1-гурӯҳда $1,2 \pm 0,02$; 2-гурӯҳда $1,16 \pm 0,02$; 3-гурӯҳда эса $1,13 \pm 0,02$ ни ташкил этди. Сегментар буйрак артерияларида 1-гурӯҳда резистентлик индекси $0,72 \pm 0,01$ қийматни ташкил этиб у 2-гурӯҳда $0,70 \pm 0,01$;

3-гурӯҳда эса $0,66 \pm 0,01$ қийматни ташкил этди. Бўлаклараро буйрак артерияларида 1-гурӯҳда резистентлик индекси $0,62 \pm 0,01$ қийматни ташкил этиб у 2-гурӯҳда $0,61 \pm 0,01$; 3-гурӯҳда эса $0,60 \pm 0,01$ қийматни ташкил этди. Бўлаклараро буйрак артерияларида пульс индекси 1-гурӯҳда $1,1 \pm 0,01$; 2-гурӯҳда $1,08 \pm 0,01$; 3-гурӯҳда эса $1,02 \pm 0,01$ ни ташкил этди.

Хулосалар. Режали гемодиализ сеанслари ни олиб сўнгра БАТ амалиётини бошидан кечирган беморларда режали гемодиализ сеансларига ўтмай БАТ амалиётини бошидан кечирган беморларга нисбатан резистентлик ва пульс индекси юқориқ бўлади.

Буйрак кўчирилиб ўтказилган реципиент беморларда RI ва PI нинг ортиши бу трансплантатни рад этилиши томонида бўлаётган патологик жараён хисобланади.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

БУРАНОВА Д.Д., МУХАММАДЖАНОВА М.О.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Астеноневротический синдром и сосудистая энцефалопатия осложняют субкомпенсированную стадию почечной недостаточности, когда проявлений азотемии еще нет. Даже не значительная потеря как натрия так и хлоридов, гипо – и гиперкалиемия и гипоальбуминемия понижает осмотического давления крови, что приводит к повышению проницаемости сосудов и развитию в головном, спинном мозге и периферической нервной системе отека, диapedезных кровоизлияний и к дальнейшим изменениям в нервных клетках, а также нарушению мышечных сократительных функций.

Материал и методы. Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при мочекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь провоцирует патологическую иррадиацию болевого импульса как в спинномозговые узлы, так и на сегменты спинного мозга. Это ведёт к появлению болей и гиперестезий. Возникают ренокардиальный, реновисцеральный синдромы или могут обостряться пояснично-крестцовые радикулиты.

В тяжёлых стадиях почечной недостаточности наблюдается сочетание токсической азотемии и метаболического ацидоза к чему наслаиваются нарушения белкового и водно-электролитного баланса, в частности гиперкалиемии и гиперкреатининемии, а также наблюдается артериальная гипертензия. В начальных стадиях заболеваний почек невзрачноподобный синдром проявляется такими симптомами как неуравновешанность, раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, нарушения сна,

рассеянность, утомляемость, не внимательность, обидчивость. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений в области пояса, выраженных отеков, дизурических расстройств и т. д. Наблюдается обострение люмбоишиалгического синдрома у больных страдающих остеохондрозом позвоночника, что может изменять клиническую картину заболевания.

Результаты исследования. С нарастанием недостаточности почек наблюдаются энцефалопатические нарушения это общемозговые как головокружение, головная боль, возбуждение или апатия. Также могут наблюдаться менингеальные симптомы, такие как гипотония мышц, повышенные рефлексы, нистагм. У данных пациентов наблюдаются нарушения мозгового кровообращения как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях почек, осложненных артериальной гипертензией. Следовательно вышеизложенные неврологические расстройства при почечных патологиях следует рассматривать как часть общей реакции организма на нарушение функции почек. Воздействие всего комплекса факторов интоксикации лежит в основе развития неврологических нарушений при заболеваниях почек. У данных пациентов ярко выраженная клиника энцефалопатии, что проявляется изменениями в эмоционально-психической сфере, судорожным синдромом и т.д.. В процессе усиления интоксикации возбуждение сменяется резкой слабостью, повышенной утомляемостью, вялостью, апатичностью, забывчивостью, сонливостью. При дальнейшем увеличении интоксикации все больше проявляются спинальные симптомы

– уменьшение мышечной силы, мышечного тонуса и сухожильных рефлексов и чувствительные расстройства в ногах. что ведет к нарастанию парезов.

Выводы. Следовательно, для усовершенствования методов лечения больных с неврологиче-

скими заболеваниями при патологии почек и снижения количества осложнений.

Использование биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить состояние пациентов с неврологическими нарушениями при заболеваниях почек.

АРТРАЛГИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

МИРАХМЕДОВА Х.Т., АЛИКУЛОВ И.Т., ЭГАМОВА С.Ш., ВАЛИУЛИН Р.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить возможные причины и закономерности развития постковидной артралгии и отметить её характерные особенности.

Материал и методы. Производился осмотр и опрос пациентов, проходивших лечение от COVID-19 в специализированных клиниках. Заполнялись бланки, в которые вводились данные о состоянии больных и их жалобы после выписки (через 30 дней) из стационара. Собрана информация у 147 пациентов, также были изучены результаты лабораторных анализов крови больных.

Результаты исследования. По результатам обработки собранных данных 47 пациентов (32%) из 147 испытывали боли в суставах после выздоровления. При этом из подсчета исключались пациенты с уже имевшимися патологиями или травмами опорно-двигательной системы. При изучении влияния возраста на частоту проявления артралгий значительных отличий возрастного состава наблюдаемых групп не выявлено. Средний возраст в обеих группах примерно одинаковый: 49,4 (мужская) и 49 (женская). Средний возраст исследуемых, у которых не проявлялись боли – 47,6. У женщин артралгия отмечалась на 10% чаще, чем у мужчин (55% и 45% соответственно). Также были измерены рост и вес пациентов, для вычисления индекса массы тела (ИМТ), для определения влияния избыточной массы на опорно-двигательную систему. Существенных отличий в соотношении пациентов с ИМТ больше и меньше

25 в группах с артралгией и без неё не было отмечено (45% и 55% соответственно – в первой группе, 42% и 58% – во второй). Локализация болей описаны следующим образом: суставы верхних конечностей у 9 пациентов с артралгией, суставы нижних конечностей – у 15, позвоночник – у 14, множество суставов – у 9. Миалгия (еще один из симптомов постковидного синдрома) в изучаемый период намного чаще встречалась у больных с артралгией (45%), чем у больных, которые не испытывали болей в суставах (18%). Была замечена корреляция между уровнем СРБ (С-реактивный белок) в крови в острой стадии заболевания и возникновением артралгии в дальнейшем. 65% больных с показателем СРБ значительно превышающим 50 мг/л, указывали на артралгию после выздоровления. Показатели СОЭ у 50 % процентов больных имели повышенные значения, несмотря на проводимую лекарственную терапию.

Выводы. На боли в суставах после болезни чаще жалуются женщины, но явной зависимости от возраста обнаружено не было. Наличие избыточного веса и как следствие нагрузка на суставы также не влияла на проявление болей в суставах в постковидный период. Чаще всего боли локализуются в суставах нижних конечностей и позвоночнике. Очень часто артралгия сопровождается мышечными болями. Вероятность проявления артралгии после выздоровления имеет определенную зависимость от концентрации СРБ в крови в период острой стадии заболевания.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ГАНИЕВА Н.А., ДЖУРАЕВА Э.Р., АРИПОВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение переносимости и эффективности вазопрастана и актовегина у больных с системной склеродермией (ССД) с синдромом Рейно.

Материал и методы. Обследовано 48 больных ССД, среди них 38 женщин и 10 мужчин. Возраст пациентов составил от 17 до 54 лет, длительность заболевания от 6 месяцев до 7 лет. У всех боль-

ных имелся синдром Рейно различной степени выраженности. У 2/3 пациентов выявлялись дистальные трофические нарушения, в том числе дистальные рубчики – у 12 больных, язвочки у 20 больных и некрозы – у 5 больных. Все больные получали вазопрастан и актовегин в виде инфузии. Вазопрастан (альпростодил) вводился в/в капельно в дозе 20–40 мкг в 250 мл физиологическ-

го раствора в течение 2–3 часов через день – 10 инфузий. Актовегин по 200 мг (5 мл) в/в капельно на 100 мл физиологического раствора – 7 инфузий. У пациентов с дигитальными некрозами интенсивность болевого синдрома оценивалась по 4-х балльной шкале вербальных оценок и по визуально аналоговой шкале (ВАШ), также изучена переносимость препаратов.

Результаты исследования. Клинический эффект наблюдался после 3–5 инфузий препаратов, но более стойкое действие отмечалось после окончания терапии и выражалось в снижении частоты, продолжительности и интенсивности синдрома Рейно, уменьшении зябкости и онеме-

ния конечностей. Установлено, что применение вазопростана и актовегина даёт положительный эффект у 80% больных при ишемических и трофических нарушениях (от дигитальных язв до начальной гангрены конечностей). На фоне инфузий зафиксировано ослабление ишемических болей с 3,4 до 2,2 балла, обнаружена тенденция к заживлению язвенных дефектов. Одновременно улучшились сон и общее состояние больных.

Выводы. Таким образом, Вазопростан и Актовегин являются препаратами выбора при прогрессирующем синдроме Рейно и могут быть рекомендованы в составе комплексной терапии тяжелых сосудистых нарушений при ССД.

РЕМИКЕЙД В ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., ХАТАМОВ Х.М., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности препарата ремикейд в лечении анкилозирующего спондилита (АС) (болезни Бехтерева).

Материал и методы. Обследовано 46 больных с анкилозирующим спондилитом (АС) из них 31 мужчин и 15 женщин, средний возраст пациентов составил $41,23 \pm 1,83$ года, продолжительность заболевания составила $8,18 \pm 0,89$ года. Диагноз АС устанавливался на основании Нью-Йоркских критериев (1984), все пациенты имели II-IV стадию сакроилеита. Все пациенты обследовались клинически, лабораторно включая иммунологическое исследование, а также рентгенологически с целью подтверждения диагноза, установления степени активности и исключения противопоказаний к использованию ремикейда. Пациенты имели II степень активности: СОЭ $35,76 \pm 2,65$ мм/ч, С-реактивный белок $24,3 \pm 1,82$ мг/л, фибриноген $4,63 \pm 0,35$ г/л. Все пациенты получали ранее различное лечение, включая глюкокортикоиды, сульфосалазин, метотрексат, различные нестероидные противовоспалительные препараты, которое было малоэффективным. С целью базисного лечения назначался генно-инженерный препарат ремикейд (инфликсимаб) – ингибитор фактора некроза опухоли (Шеринг Плау, Германия).

Препарат вводился медленно внутривенно капельно в утренние часы в дозе 100 мг на 200 мл физиологического раствора медленно в течении

2 часов после предварительной премедикации, включавшей внутривенное капельное введение 2 мл (8 мг) дексаметазона на 100 мл физиологического раствора. В день введения ремикейда другие препараты не вводились.

Результаты исследования. На фоне введения ремикейда уже на 2 сутки после введения отмечалось значительное улучшение состояния: значительно уменьшались боли в пораженных суставах и позвоночнике, существенно достоверно увеличивался объем движений в пораженных суставах и позвоночнике. Отмечалась нормализация лабораторных показателей активности воспаления: показатель СОЭ составил $18,23 \pm 1,5$ мм/ч, С-реактивный белок $6,5 \pm 0,61$ мг/л, фибриноген $3,2 \pm 0,21$ г/л. Также после введения ремикейда отмечалась коррекция имевшейся анемии гемоглобин повышался с $104,56 \pm 7,81$ г/л, а количество эритроцитов повышалось с $3,2 \pm 0,19 \cdot 10^{12}$ /л до $3,7 \pm 0,05 \cdot 10^{12}$ /л. Продолжительность ремиссии, индуцированной ремикейдом составила от 1,5 мес до 1,5 лет (медиана 7 мес), что заметно улучшило качество жизни, а 12 случаев позволило избежать наступления инвалидности и сохранить трудоспособность.

Вывод. Ремикейд позволяет достигать ремиссии заболевания, позволяя купировать воспалительную активность заболевания, а также обладает противоанемическим действием.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТЕМРЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ

КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., ХАТАМОВ Х.М., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности препарата актемра (тоцилизумаб) при тяжелом течении подагры.

Материал и методы. Обследовано 5 больных с тяжелым течением подагры, из их 2 женщины в возрасте от 55 до 66 лет с продолжительностью заболевания от 5 до 18 лет. У всех больных имелась тофусная форма заболевания с поражением большого числа суставов. Пациенты имели II-III степень активности заболевания (СОЭ от 52 до 70 мм/ч, С-реактивный белок от 24 до 40 мг/л, мочевая кислота от 635 до 898 мкмоль/л, мочевины крови от 10,3 до 15 ммоль/л, креатинин от 130 до 220 мкмоль/л). Несмотря на постоянный прием различных нестероидных противовоспалительных средств, аллопуринола, глюкокортикоидов и колхицина, эффекта от проводимого лечения не было. В связи с чем с целью купирования пациентам назначался генно-инженерный препарат актемра (тоцилизумаб), являющийся антагонистом ИЛ-1 (Rosh, Швейцария-Германия). Препарат вводился в дозе 80 мг внутривенно капельно в утрен-

ние часы на 150 мл физиологического раствора. В день введения актемры другие лекарственные препараты не вводились.

Результаты исследования. После введения актемры спустя 12–15 часов отмечалось значительное улучшение состояния: купировались боли в суставах и их отечность, значительно увеличивалась амплитуда движений пораженных суставов. Следует отметить, что каких-либо побочных реакций на введение препарата не наблюдалось. Отмечалась нормализация показателей воспалительной активности до 15–25 мм/ч, С-реактивного белка до 5 мг/л и нормализация показателей мочевины, креатинина, мочевой кислоты, а также состава мочи. После применения актемры пациенты хорошо себя чувствовали на протяжении от 2 мес до 1 года, практически не предъявляя жалоб и боли в суставах.

Вывод. Применение актемры целесообразно при тяжелом течении подагры с поражением почек, что позволяет в короткий срок купировать обострение заболевания и значительно улучшить ее течение.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА LCZ696 (САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН) НИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

МИРЗАЕВА Ш.Х., МАКСУДОВА М.Х., ТУРСУНОВА Л.Д.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги бўлган беморларда LCZ696 (сакубитрил/валсартан) нинг клиник самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Ушбу мақолада 22 СБКбилан касалланган беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши $59,6 \pm 14,7$ ёшни ташкил етди. Намуналар Ўзбекистонда туғилган ва бир-бири билан ҳеч қандай алоқаси бўлмаган ўзбек миллатига мансуб шахсларни ўз ичига олган. Клиник ва диагностик текширув Тошкент тиббиёт академияси 2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси мутахассислари томонидан Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли 3-клиникаси нефрология бўлимида амалга оширилди. Беморларга анъанавий даво билан биргаликда LCZ696 (сакубитрил/валсартан) препарати қўшиб берилди.

Тадқиқот натижалари. Комбинирланган препарат қўлланилган сўнгги кўрсаткичлар таҳлили учун беморлар келган куни ва даводан 10йдан ўтгандан сўнг солиштириб ўрганилди. Беморларда

натижалар қуйидагича бўлди. Даволашгача: АҚБ – $149 \pm 12,1/94 \pm 3,5$ мм.сим.уст.; 3Х (ФВ) – $53,2 \pm 2,4\%$; мочевина – $9,2 \pm 2,4$ ммоль/л; креатинин – $162,5 \pm 12,8$ мкмоль/л; КФТ – $44,5 \pm 6,3$ мл/мин/1.73м². Даволашдан сўнг: АҚБ – $130 \pm 7,2/82 \pm 3,2$ мм.сим.уст.; 3Х (ФВ) – $55,2 \pm 1,1\%$; мочевина – $8,3 \pm 1,5$ ммоль/л; креатинин – $131,3 \pm 11,5$ мкмоль/л; КФТ – $52,5 \pm 7,2$ мл/мин/1.73м². Олинган натижалар анъанавий даво билан биргаликда қўлланилган препаратнинг эффективлигини кўрсатиб берди.

Хулоса. СБК билан оғриган беморларда LCZ696 (сакубитрил/валсартан) ни қўллаш давомида қон босимининг меъёрий кўрсаткичларга тушишига, зарб ҳажмининг ишончли даражада кўтарилишига, мочевина ва креатинин даражасининг сезиларли даражада пасайишига олиб келди ва шу билан сурункали буйрак касаллиги бўлган беморларда буйраклар функционал ҳолатини яхшиланишига олиб келди. Бизнинг тадқиқотимиз тўғрилигини тасдиқлаш учун беморларнинг катта гуруҳи билан узокроқ тадқиқотлар талаб этилади.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

РАХИМОВА М.Б., АХМЕДОВ Х.С., ТАГАЕВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести оценку кардиоваскулярных рисков у пациентов с анкилозирующим спондилоартритом на фоне перенесенной коронавирусной инфекции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 больных с диагнозом анкилозирующий спондилоартрит, перенесшие COVID-19. Средняя продолжительность заболевания АС составила $8,3 \pm 0,6$ лет. Средний возраст составил $55,2 \pm 1,3$ лет, контрольную группу составили 40 здоровых лиц, средний возраст которых составил $33,5 \pm 1,6$ лет. Всем пациентам были проведены общеклинические, лабораторно – инструментальные методы диагностики, оценка активности заболевания по шкале BASH и индексам BASDAI, BASMI, ASDAS. У всех пациентов осуществлялся скрининг артериальной гипертензии (АГ) и классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Диагноз АГ устанавливался при трехкратном выявлении артериального давления выше 140 и 90 мм рт.ст. Для всех пациентов рассчитывали 10-летний коронарный риск (риск развития ИБС) по Фремингемской шкале. Для определения эндотелина-1, как основного маркера эндотелиальной дисфункции была взята сыворотка венозной крови пациентов и исследована методом ИФА. Факт перенесенной коронавирусной инфекции устанавливался на основании ИФА исследования сыворотки крови на определение IgG к Sars-CoV.

Результаты исследования. У 31 (31%) пациента зарегистрирована АГ 1-й и 2-й степени. Адекватную гипотензивную терапию среди них получали 15 пациентов (48,3%). Выявленная частота

встречаемости АГ у пациентов с анкилозирующим спондилитом близка к распространенности АГ в общей популяции (26,4%). При анализе нарушений липидного обмена установлено снижение уровня липопротеинов высокой плотности (61%) при относительно низкой (13%) частоте выявления гиперхолестеринемии. Среднее значение ИМТ составило $23,4 \pm 4,6$ кг/м², большинство пациентов (64%) имело нормальную массу тела (ИМТ = $18,5 - 24,9$ кг/м²), 7% больных имели дефицит массы тела (ИМТ $< 18,5$ кг/м²), в том числе 11% – ожирение (ИМТ > 30 кг/м²). Десятилетний риск фатальных сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE у обследованных пациентов составил 1,0 [1,0; 2,0] %, что может считаться низким уровнем. При этом лишь 5 пациентов имели 10-летний фатальный риск 5% и более (от 5 до 7%). Показатели эндотелина –1 у лиц основной группы составили $243,4 \pm 9,1$ пг/мл, в то время, как у здоровых лиц они составили $48,1 \pm 7,4$ пг/мл (< 0.001).

Вывод. Установлен высокий риск развития ИБС и фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с анкилозирующим спондилитом. Результаты анализа дополнительных факторов риска указывают на наличие у пациентов с анкилозирующим спондилитом признаков повреждения, дисфункции эндотелия. Коронавирусная инфекция усиливает выраженность дисфункции эндотелия, приводя к необратимым атеросклеротическим изменениям сосудов вплоть до развития недостаточности кровообращения, что в дальнейшем сказывается на качестве жизни и развитие грозных осложнений.

ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

САФАРОВ А.Ж., КАМИЛОВА У.К.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Остеоартрит (ОА) билан касалланган беморлар эрта реабилитациясида юкламани жисмоний реабилитация дастурлари самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллари. ОА билан касалланган 40 ёшдан 60 ёшгача (ўртача ёши $53,8 \pm 4,9$ ёш) ОА билан касалланган 154 нафар беморни текширдик. Уларнинг 106 нафарини (68,8 фоизини) аёллар, 48 нафарини (31,2 фоизини) эркеклар ташкил этди. Беморлар анъанавий даволаниш (хондропротекторлар гуруҳидан хондроитин сульфат 1000 мг оғиз орқали 6 ой давомида), даволовчи жисмоний тарбия машқлари (ДЖТ) ва хавф

омилларини бартараф этиш бўйича тавсиялар олдидлар. Реабилитологик даволашнинг дастлабки босқичида бўлган ОА билан касалланган беморлар гуруҳларида даволаш комплекси зарарланган бўғимлардан юкламани олиб ташлашдан (тик туришни камайтириш, юриш давомида ҳассага таяниш ва бандажлардан фойдаланиш) иборат бўлди. Самарадорлик мезонлари оғриқ динамикасини, функционал фаолликни ва беморнинг умумий ҳолатини баҳолашга асосланди.

Тадқиқот натижалари. Олинган натижалар беморларда оғриқ синдроми БАШ бўйича баҳоланганда шкала кўрсаткичи $57,5 \pm 2,4$ баллни

ташкил этди. Тизза бўғимининг рентгенограмма-си натижаларини таҳлил қилиш 94,7% ҳолларда эпифиз остеопорозининг шаклланиши ва 20,1% ҳолларда кистали ўзгаришларини аниқлади. Беморларнинг 60,3% да бўғим ёриғининг торайиши, остеосклероз – 59,5% ҳолларда кузатилди. Бундан ташқари, беморларнинг 17,4 фоизда перитит аниқланган. ОАдаги бўғим синдромнинг кечиши жараённинг локализацияси ва зарарланган бўғимларнинг сонига қараб ўзгариб туради, бўғим тузилмаларнинг ўзгариши ва функционал фаоллик имкониятларининг чекланиши аёлларда эрка-кларникка қараганда кўпроқ намоён бўлади ва III-IV радиологик босқичлар касаллигининг дастлабки босқичларида шаклланади, бўғимнинг функционал имкониятларини чекланиши билан бирга беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилади. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ОА билан касалланган беморларда WOMAC индекси $61,4 \pm 5,1$ баллни ташкил этди. Даволашдан олдин Lequesne индекси $10,73 \pm 1,76$ баллни ташкил қилди. Реабилитацион даволашнинг дастлабки босқичида ОА билан касалланган беморларда даволаш комплекси зарарланган бўғимлардан юкламани олиб ташлашдан иборат (оёқларда тик қолишни чеклаш, юриш пайтида ҳасса таёқлардан ва бандажлардан фойдаланиш). Беморнинг ётган ёки ўтирган ҳолатида амалга оширилаётган да-воловчи жисмоний тарбия комплексини киритиш керак, бу бўғимлардаги статик юкни бартараф

этиш имконини беради. Мушакларни кучайтириш учун изотоник кучланиш машқларидан фойдаланиш юкламали машқларига мурожаат қилмаган ҳолда бўғимларда қон айланишини яхшилади. Жисмоний машқлар комплексини тугатгандан сўнг, беморларнинг кўпчилиги клиник ҳолатнинг яхшиланишини қайд этдилар, бу бўғимлардаги оғриқларнинг камайиши, ОА билан касалланган беморларнинг функционаллиги ва жисмоний иш қобилиятининг кўрсаткичларининг ошиши билан намоён бўлди. Комплекс терапия курсидан сўнг текширилган беморларда ВАШ бўйича оғриқ синдроми $34,3 \pm 2,1$ баллни ташкил этди. WOMAC шкаласи бўйича индекс $42,1 \pm 3,9$ баллгача камайди, Lequesne индекси $5,37 \pm 1,98$ баллни ташкил этди. Даволаш ва диагностика жараёнининг кўп омилли хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, ОА билан касалланган беморларни эрта реабилитация қилиш дастурларини ишлаб чиқиш муаммоси долзарб муаммо бўлиб, дори воситалари билан ва дори воситаларисиз таъсир усуллари (парҳез билан да-волаш, жисмоний тарбия, руҳий ижтимоий реабилитация ва бошқалар) қўлланиши касаллик кечи-шини яхшилади.

Хулоса. ОА билан касалланган беморлар эрта реабилитациясида юкламали жисмоний машғулотлар комплексидан фойдаланиш беморлар умумий клиник ҳолатини яхшиланиши, жисмоний юкламаларга чидамлиликини ошиши билан тавсифланди.

ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В., ХАТАМОВ Х.М., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния препарата ритуксимаб на иммунологические показатели при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы. Обследовано 150 больных РА. Диагноз РА устанавливали согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (АРА) 1987 г и рабочей классификации, предложенной ассоциацией ревматологов России (2003). Средний возраст $41,26 \pm 1,38$ года, средняя продолжительность заболевания составила $8,1 \pm 0,16$ года. 38 больных были серонегативными, а остальные серопозитивными. Ранее пациенты получали различное лечение, включая глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, сульфосалазин и различные нестероидные противовоспалительные препараты. Всем больным проводилось иммунологическое исследование периферической крови, включающее определение лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD25, CD95. Определение субпопуляций лимфоцитов осуществлялось методом моноклональных антител.

Ритуксимаб вводился согласно инструкции к применению с использованием премедикации. Премедикация включала в себя внутривенное капельное введение 2мл (8 мг) дексаметазона на 100 мл физиологического раствора с последующим введением 2 мл раствора супрастина. Затем осуществлялось внутривенное введение ритуксимаба 500 или 1000 мг препарата вводились на 500 мл физиологического раствора в течении 3 часов, 100 мг вводились на 250 мл физиологического раствора на протяжении 1,5 часов. В день введения ритуксимаба другие препараты не вводились.

Результаты исследования. После введения ритуксимаба отмечено достоверное снижение уровня относительного показателя лимфоцитов с $40,58 \pm 0,61$ до $39,98 \pm 0,60$ ($p > 0,05$), абсолютного показателя лимфоцитов $2020,49 \pm 119,65$ до $1784,25 \pm 68,89$ ($p < 0,01$), относительного показателя CD3+, % с $42,56 \pm 0,71$ % до $44,41 \pm 0,78$ % ($p < 0,05$), абсолютного показателя CD3+ с $960,2 \pm 52,34$ до $808,63 \pm 40,31$ ($p < 0,01$), относи-

тельного показателя CD20+,% с $25,03 \pm 0,61\%$ до $22,93 \pm 0,51\%$ ($p < 0,01$), абсолютного показателя CD20+ с $604,72 \pm 35,62$ до $415,33 \pm 21,31$ ($p < 0,01$), относительного показателя CD4+,% с $26,34 \pm 0,67\%$ до $22,25 \pm 0,46\%$ ($p < 0,01$), абсолютного показателя CD4+ с $685,89 \pm 31,71$ до $407,95 \pm 21,0$ ($p < 0,01$), относительного показателя CD8+,% с $25,78 \pm 0,56\%$ до $20,86 \pm 0,48\%$ ($p < 0,01$), абсолютного показателя CD8+ с $527,93 \pm 39,73$ до $376,77 \pm 18,97$ ($p < 0,01$), относительного показателя CD16+,% с $22,19 \pm 0,60\%$ до $20,24 \pm 0,47\%$ ($p < 0,01$), абсолютного показателя CD16+ с $543,69 \pm 32,63$ до $370,79 \pm 19,58$ ($p < 0,01$), относительного показателя CD25+,% с $20,82 \pm 0,52\%$ до $19,17 \pm 0,49\%$ ($p < 0,05$), относительного показателя CD95+,% с $20,98 \pm 0,72\%$ до

$19,74 \pm 0,46\%$ ($p > 0,05$), относительного показателя CD23+,% с $20,07 \pm 0,52$ до $18,48 \pm 0,46$ ($p < 0,05$).

Из полученных данных ясно, что при введении ритуксимаба происходит достоверное снижение относительного и абсолютного показателей CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, относительного показателя CD23 и CD25 и абсолютного показателя лимфоцитов.

Таким образом, ритуксимаб оказывает иммуносупрессивное действие со снижением всех показателей клеточного иммунитета у больных РА.

Вывод. Ритуксимаб влияет на все показатели клеточного иммунитета, обладая умеренным иммуноблокирующим действием.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛЮКОКОРТИКОИДЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В., АРИПОВА Т.У.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение чувствительности к глюкокортикоидам в периферической крови больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Была изучена чувствительность к глюкокортикоидам у 170 больных РА. Определение чувствительности к глюкокортикоидам осуществлялось с помощью оригинальной методики определения чувствительности к 6 глюкокортикоидам (гидрокортизону, преднизолону, метилпреднизолону, дексаметазону, триамцинолону, бетаметазону). Метод основан на взаимодействии выделенных лимфоцитов с растворами глюкокортикоидов. Полученную смесь инкубируют в термостате при температуре 37°C в течение 1 часа, затем окрашивают трипановым синим и фиксируют глутаральдегидом, после чего проводят подсчет оставшихся лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом. Чувствительность к каждому глюкокортикоиду оценивают по количеству лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом. При этом, если количество лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом, составляет более 80%, то чувствительность к глюкокортикоиду оценивают как очень низкую, если количество лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом, составляет 60–80%, то чувствительность оценивают как низкую, если количество лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом составляет 40–60%, то чувствительность к глюкокортикоиду оценивают как среднюю, если количество лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом, составляет 20–40%, то чувствительность к глюкокортикоиду оценивают как высокую, если количество лимфоцитов, не связавшихся с глюкокортикоидом, составляет менее 20%, то чувствительность к глюкокортикоиду оценивают как очень высокую.

Результаты исследования. Среди очень высоко чувствительных первое место занимает дек-

саметазон – 82 больных (48,24%), второе место занимают преднизолон – 76 пациентов (44,71%) и бетаметазон 75 (44,12%), третье место приходится на триамцинолон – 70 больных (41,18%), четвертое место занимает гидрокортизон – 61 больных (35,88%) и последнее место занимает метилпреднизолон – 36 (21,18%). Необходимо отметить, что у одного и того же пациента выявляется различная степень чувствительности к различным ГК.

Среди высокочувствительных ведущее место занимает метилпреднизолон – 40 (23,53%) больных, затем располагаются бетаметазон 38 (22,36%) и гидрокортизон – 36 (21,18%) пациентов, третье место занимают триамцинолон – 31 (18,23%) и дексаметазон – 28 (16,47%) больных, затем следует преднизолон – 26 (15,29%).

Среди среднечувствительных первое место занимают гидрокортизон и дексаметазон, второе место занимают триамцинолон, метилпреднизолон, третье место занимает преднизолон, а в конце расположился бетаметазон.

Среди чувствительных первое место занимает преднизолон, второе триамцинолон, затем по убывающей бетаметазон, дексаметазон, гидрокортизон и метилпреднизолон.

Среди низко чувствительных первое место занимает метилпреднизолон, второе гидрокортизон, третье место распределилось между бетаметазоном, преднизолоном и триамцинолоном, а последнее место по числу малочувствительных занимает дексаметазон.

Выводы. 1. У больных РА выявляется неодинаковая степень чувствительности к различным ГК препаратам.

2. Наиболее чувствительными оказываются пациенты к дексаметазону и преднизолону, а наименее – к гидрокортизону.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ТАИРОВА З.К., ШОДИКУЛОВА Г.З.

Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Выявление нарушений ритма сердца у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследованы 70 больных (78% женщин, 22% мужчин), с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (РА), удовлетворявших критериям ACR (American College of Rheumatology)/EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г. Возраст больных составил в среднем $43,2 \pm 3,4$ года. На момент обследования 47 (68,6%) пациентов имели серопозитивный вариант течения РА, 34 (48,5%) больных – внесуставные проявления. Рентгенологические изменения и выраженность функциональной недостаточности суставов соответствовали продолжительности заболевания. Наряду с общеклиническими методами всем пациентам проведены ЭКГ и ЭхоКГ-исследование.

Результаты исследования. Во время регистрации ЭКГ выявлены нарушения ритма сердца в виде единичных предсердных экстрасистол у 13 (18,5%) больных, единичные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) зафиксированы у 8 (11,4%). Нарушения проводимости в виде неполной блокады правой или левой ножки пучка Гиса отмечены у 6 (8,5%) и у 4 (5,7%) пациентов соответственно. При увеличении активности РА наблюдается достоверное нарастание таких признаков, как тахикардия (с 13% при минимальной степени активности РА до 21% при высокой степени активности соответственно). Подобная тенденция отмечена и при анализе такого показателя, как желудочковая экстрасистолия, которая в группе больных с минимальной активностью РА не от-

мечена вовсе, а при средней и высокой степени активности соответственно отмечалась у 12,4 и 34,2% больных ($p < 0,05$). Неспецифические изменения миокарда в виде инверсии зубца Т в грудных отведениях имели место у 9 (12,8%) больных. Изменения сегмента ST впервые были выявлены у 4 (5,7%) пациентов. При проведении ЭхоКГ исследования было выявлено вовлечение в патологический процесс клапанного эндокарда. Оно проявлялось диффузным утолщением и неравномерностью поверхности створок клапанов. У 17 (24,2%) больных были изменены створки митрального, у 5 (7,1%) – митрального и аортального клапанов. Выявление желудочковых экстрасистол высоких граций в сочетании с перикардитом было отмечено у 11% обследованных больных РА, что может свидетельствовать о текущем миоперикардите. У больных отмеченные нарушения ритма (ЖЭ высоких граций) сочетались с такими признаками, как поражение эндокарда клапанов, высокая активность заболевания, что может указывать также на поражение сердца при РА воспалительной природы. Поскольку у больных этой подгруппы признаков хронической сердечной недостаточности диагностировано не было, предполагается, что нарушения ритма сердца можно рассматривать в рамках текущего очагового миокардита.

Выводы. У 24,2% больных РА нарушения сердечного ритма сопровождалось вовлечением в процесс эндокарда и/или перикарда, что может свидетельствовать о субклинически текущем ревматоидном кардите.

COVID-19 АССОЦИРЛАНГАН НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИ БУЗИЛИШЛАРИГА АЦЕТИЛЦИСТЕИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ

ТАШПУЛАТОВА М.Х., САБИРОВ М.А.

Тошкент Давлат стоматология институти, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. COVID-19 ассоцирланган нефропатия беморларида буйрак қон томирлари гемодинамикасини ўрганиш ва унга N-ацетилцистеиннинг таъсирини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун ТТА кўп тармоқли клиникаси ва РИНваБТИАТМ нефрология бўлимларида даволанаган COVID-19 ассоцирланган нефропатияси билан оғриган 101 нафар беморлар танлаб олинди. Уларни тасодифий икки тадқиқот гуруҳига ажратилди. 1-гуруҳга фақат COVID-19 касаллиги учун стандартда тавсия этилган режали даво бўйича даволаниш

олиб борилган. 2-гуруҳга эса COVID-19 учун стандартда тавсия этилган режали давога қўшимча N-ацетилцистеин буюрилди. Препарат бошида 5–7 кун 1200–1800 мг миқдорда инъекцион ва сўнггра яна 20 кунга 600–1200 мг миқдорда перорал тавсия этилди. Барча беморларда даволаниш бошида ва даволанишдан 30 кун ўтиб буйрак артерияларини қаршилиги ва томирларда қон айланиш тезлигини аниқлаш мақсадида буйрак томирлари доплерографик текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Бунда асосий буйрак артерияларида максимал систолик тезлик ($V_s \text{ max}$)

1-гуруҳда даволаниш бошида $55,4 \pm 1,74$; бир ойдан сўнг $63,1 \pm 2,11$ см/с.га ошди. Мазкур кўрсаткич 2-гуруҳда эса даволаниш бошида $55,2 \pm 1,72$; бир ойдан сўнг $66,7 \pm 1,23$ см/с.га ортгани кузатилди. Якуний диастолик тезлик (Vd) 1-гуруҳда даволаниш бошида $19,5 \pm 1,23$ ни ташкил этиб бир ойдан сўнг у $22,0 \pm 1,25$ см/с.га ортди. 2-гуруҳда эса даволаниш бошида $19,4 \pm 1,22$ қийматга тенг бўлиб бир ойдан сўнг уни $23,6 \pm 0,89$ см/с.га сезиларли ошгани кузатилди.

Сегментар буйрак артерияларида V_s тах 1-гуруҳда даволаниш бошида кузатилган $42,1 \pm 1,44$ қийматни бир ойдан сўнг $47,2 \pm 1,78$ см/с. гача ошгани кузатилди. 2-гуруҳда эса давола-

ниш бошида $42,0 \pm 1,46$ см/с қийматга тенг бўлган V_s тах.ни бир ойдан сўнг $49,6 \pm 0,97$ см/с.гача ошгани намоён бўлди. Vd 1-гуруҳда даволаниш бошида $16,5 \pm 1,23$ ни ташкил этиб бир ойдан сўнг у $18,6 \pm 1,43$ см/с.га ошди. 2-гуруҳда эса даволаниш бошида $16,4 \pm 1,22$ см/с бўлган Vd даволанишдан сўнг $19,8 \pm 0,85$ см/с.га ошгани кўрилди.

Хулосалар. COVID-19 ассоцирланган нефропатияларда максимал систолик тезлик ва якуний диастолик тезлик кўрсаткичлари салбий томонга ўзгарган бўлади.

N-ацетилцистеин препаратини қўлланилиши COVID-19 ассоцирланган нефропатияларда V_s тах ва Vd нинг тезлашишига олиб келади.

COVID–19 АССОЦИРЛАНГАН НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ТОМИРЛАРИ ҚАРШИЛИГИГА АЦЕТИЛЦИСТЕИННИНГ ТАЪСИРИ

ТАШПУЛАТОВА М.Х. МУНАВВАРОВ Б.А.

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. COVID-19 ассоцирланган нефропатия беморларида буйрак қон томирлари қаршилигини ўрганиш ва унга N-ацетилцистеиннинг таъсирини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун ТТА кўп тармоқли клиникаси ва РИНваБТИАТМ нефрология бўлимларида даволанаган COVID-19 ассоцирланган нефропатияси билан оғриган 101 нафар беморлар танлаб олинди. Уларни тасодифий икки тадқиқот гуруҳига ажратилди. 1-гуруҳга фақат COVID-19 касаллиги учун стандартда тавсия этилган режали даво бўйича даволаниш олиб борилган. 2-гуруҳга эса COVID-19 учун стандартда тавсия этилган режали давога қўшимча N-ацетилцистеин буюрилди. Препарат бошида 5–7 кун 1200–1800 мг миқдорда инъекцион ва сўнггра яна 20 кунга 600–1200 мг миқдорда перорал тавсия этилди. Барча беморларда даволаниш бошида ва даволанишдан 30 кун ўтиб буйрак артерияларини қаршилиги ва томирларда қон айланиш тезлигини аниқлаш мақсадида буйрак томирлари доплерографик текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Буйрак томирлари қаршилиги ҳисобланган резистентлик индекси (RI) ва пульс индекси (PI) тадқиқотларимиз асосида COVID-19 ассоцирланган нефропатиялар билан оғриган беморларда бир ойлик даволаниш мобайнида қуйидаги манзарани намоён этди. Натижаларга кўра асосий буйрак артерияларида RI 1-гуруҳда даволаниш бошида $0,74 \pm 0,01$ қийматни

ташкил этган бўлса, бир ойдан сўнг мазкур қиймат $0,71 \pm 0,01$ ни ташкил этди. 2-гуруҳда эса мазкур кўрсаткич даволаниш бошида $0,73 \pm 0,01$ чиққан бўлса, бир ойдан сўнг $0,68 \pm 0,01$ га сезиларли пасайди. PI 1-гуруҳда даволаниш бошида $1,26 \pm 0,01$ қийматни ташкил этиб, бир ойдан сўнг мазкур қиймат $1,19 \pm 0,01$ гача сезиларсиз пасайди. 2-гуруҳда эса даволаниш бошида $1,26 \pm 0,01$ га тенг бўлган мазкур кўрсаткич даволанишдан бир ой ўтиб $1,17 \pm 0,01$ га ўзгарди.

Сегментар буйрак артерияларида RI 1-гуруҳда даволаниш бошида $0,71 \pm 0,01$ қийматга тенг бўлиб, бир ойдан сўнг RI $0,69 \pm 0,01$ қийматга пасайди. 2-гуруҳда эса RI кўрсаткичи даволаниш бошида $0,71 \pm 0,01$ ташкил этган бўлса, даволанишдан сўнг $0,67 \pm 0,01$ гача сезиларли камайганлигига гувоҳ бўлдик. PI 1-гуруҳда даволаниш бошида $1,21 \pm 0,01$ қийматни ташкил этиб, бир ойдан сўнг мазкур қиймат $1,17 \pm 0,01$ гача сезиларсиз пасайди. 2-гуруҳда эса даволаниш бошида $1,22 \pm 0,01$ га тенг бўлган мазкур кўрсаткич даволанишдан бир ой ўтиб $1,14 \pm 0,01$ га пасайиб натижаларни ижобий томонга силжиганлиги кузатилди.

Хулосалар. COVID-19 ассоцирланган нефропатияларни бошидан кечирган беморларда резистентлик ва пульс индекси ортиб кетади.

N-ацетилцистеин препаратини қўлланилиши COVID-19 ассоцирланган нефропатияларда RI ва PI нинг камайишига олиб келади.

КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМДА ГИПОТЕНЗИВ ДАВОНИНГ САМАРАСИ

ТУРСУНОВА Л.Д., ЖАББАРОВ О.О.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Кардиоренал синдром мавжуд диабетик нефропатияли беморларда неприлизин ингибитори ва ангиотензин-1 рецептор блокаторлари гипотензив самарасини солиштирма баҳолаш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотга диабетик нефропатия негизда ривожланган кардиоренал синдроми бор бўлган 82 та бемор жалб қилинди. Бу беморлар шартли равишда 2 гуруҳга ажратилган бўлиб, биринчи гуруҳ 42 нафар беморни ўз ичига олади. Бу беморларга анъанавий даволаш билан бирга гипотензив даво сифатида ARNI гуруҳига кирувчи сакубитрил/валсартан 200 мг/кунига тавсия қилинган. Биринчи гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $60,9 \pm 0,97$ ёшга тенг. Иккинчи гуруҳга эса 40 нафар бемор киритилган бўлиб, бу беморларга анъанавий даво билан бирга гипотензив даволаш тартиби сифатида валсартан 160мг/кунига берилди.

Тадқиқот натижалари. Диабетик нефропатия негизда ривожланган кардиоренал синдроми бор бўлган беморларда 3 ой давомида сакубитрил/валсартан ва валсартан дори воситасини қабул қилиш фонидаги артериал қон босими суткалик мониторинг натижалари таҳлил қилинган. Тадқиқотимиздаги 1-гуруҳ ва 2-гуруҳ беморларида кундузги ўртача систолик артериал қон босими (САҚБ) сакубитрил/валсартан ва валсартан қабул қилган гуруҳларда 3 ойдан сўнг 23,1% ва 19,3% га ишончли даражада пасайди. Шу билан бирга, кун давомида САҚБ нинг ўзгарувчанлиги (вариабиллиги) даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан 1-гуруҳда 65,4 % га ва 2-гуруҳда 43,4% га камайди. Сакубитрил/валсартан қабул қилган беморларда кундузги САҚБ вариабиллиги сезиларли даражада пасайишини кузатдик.Шунингдек, биз кундузги ўртача диастолик артериал қон босими (ДАҚБ) нинг қийматларида ҳам шундай динамикани кузатдик, яъни уларнинг кўрсаткичлари дастлабки кўрсаткичларга нисбатан 1-гуруҳда 1 ойда 15,6% ва 3 ойда 20,9%га, 2-гуруҳда эса 9,7% ва 14,1% га мос равишда ишончли даража-

да камайди. Кундузги ДАҚБ вариабиллиги ҳам 1 ойда ва 3 ойда 1-гуруҳда 41,1 % ва 60,3 % га, 2-гуруҳимизда эса 32,9% ва 47,3%га мос равишда даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан ишончли даражада камайгани қайд этилди. Бу кундузги ўртача АҚБ нинг иккала гуруҳларда ҳам 17,1% ва 21,9% га, ҳамда 12,9% ва 16,5% га 1 – ва 3-ойларда мос равишда камайишига олиб келди. Диабетик нефропатияли беморларда сакубитрил/валсартан ва валсартан таъсирида тунги САҚБ нинг кўрсаткичлари даволаш давомида 1 ойдан сўнг 20,3% ва 17,8%, 3 ойдан сўнг эса 25,9% ва 21,9% га гуруҳларга мос равишда тушиши кузатилди. Икки гуруҳда ҳам тунги САҚБнинг бироз барқарорлашуви унинг вариабиллигининг даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан 1-ойда 1,6 ва 1,2 мартага, 3-ойда эса 3,1 ва 1,8 мартага ишончли даражада камайишига сабаб бўлди. Тунги ўртача ДАҚБ ҳам 1,20 ва 1,11 мартага, 1,31 ва 1,21 мартага ишончли даражада гуруҳларга мос равишда камайди. Шу билан бир қаторда тунги ДАҚБ ўзгарувчанлиги ҳам 1,68 ва 1,54 мартага, сўнг 2,50 ва 1,94 мартага камайди. Тунги ўртача АҚБ даволаш давомида икки гуруҳда ҳам даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 1,21 ва 1,16 мартага, 1,31 ва 1,24 мартага, 1,67 ва 1,42 мартага, вариабиллик эса 2,76 ва 1,86 мартага ишончли даражада камайди.

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, сакубитрил/валсартан ва валсартан билан узоқ муддатли даволаниш вақтида кундузги ва тунги қон босими ишончли даражада пасайган ва нормал кўрсаткичларга яқинлашган, уларнинг ўзгариш диапозони камайган, бу қон босимининг кундузи ва тунда ҳам барқарорлашишига сабаб бўлган. Яққол ўзгаришлар сакубитрил/валсартан қабул қилган беморларда қайд этилди. Олинган натижалар диабетик этиологияли СБК билан касалланган беморларни даволаш комплексига сакубитрил/валсартан дори воситасини киритиш зарурлигини кўрсатади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КОКСИКЕЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

УСМАНБЕКОВА Х.Т., КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., УМАРОВА Г.Ф.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ, Ташкент, Ўзбекистон

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата Коксикея (этерококсиб) (GMP, Грузия) в дозе 60 и 90 мг при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы. В исследование включено 40 больных обоего пола в возрасте от 26 до

73 лет (средний возраст $52,35 \pm 3,32$ года) с продолжительностью заболевания от 1 месяца до 12 лет ($6,31 \pm 1,8$ года). Мужчин было 10. Всем больным выполнялись клинические анализы крови и мочи, определение мочевины, креатинина, холестерина, глюкозы, кальция, билирубина, АЛТ, АСТ,

билирубин, выполнялась коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, МНО, ТВ и ТВ-соотношение, АЧТВ и АЧТВ-соотношение), ЭКГ (12 отведений), рентгенологическое исследование грудной клетки, по показаниям проводилось УЗИ внутренних органов для уточнения характера поражения при висцеритах. Для подтверждения диагноза ревматоидного артрита выполнялась рентгенография кистей, рентгенологическая стадия оценивалась по Штейнброкеру (1979). У больных была преимущественно II-IV рентгенологическая стадия РА.

Результаты исследования. Выявлено, что сила боли снизилась с $6,30 \pm 0,52$ до $2,30 \pm 0,19$ балла у всех больных. Через 15 дней терапии приступ артрита был купирован у 32 из 40 больных отмечалось снижение припухлости ($p < 0,001$), гиперемии ($p < 0,001$). Было отмечено снижение показателей воспалительной активности: лейкоциты снижались с $7,5 \pm 0,67 \times 10^6$ /л до $7,0 \pm 0,58 \times 10^6$ /л, СОЭ с $27,11 \pm 1,35$ мм/ч до $24,38 \pm 1,29$ мм/ч, фибриноген с $4,22 \pm 0,17$ г/л до $4,01 \pm 0,08$ г/л, РФ, с $27,8 \pm 3,5$ ед/мл до $26,91 \pm 2,81$ ед/мл. Было установлено, что препарат Коксикея не влияет показатели свертывающей системы крови и биохимические показатели. На фоне лечения препаратом Коксикея отмечено улучшение показателей качества жизни, выявляемого при помощи опросника SF-36.

В процессе лечения изучалось взаимодействие с глюкокортикоидами, метотрексатом, ци-

клофосфаном, генно-инженерными препаратами (ритуксимаб, ремикейд, хумира, энбрел). При этом не было отмечено каких-либо неблагоприятных побочных эффектов, что свидетельствует о совместимости с вышеперечисленными препаратами. Изучение влияния препарата Коксикея выявило отсутствие дозозависимого эффекта. Таким образом, препарат Коксикея является эффективным и безопасным препаратом, не оказывающий влияние на показатели периферической крови и может рекомендоваться для широкого применения при лечении РА.

Выводы. Препарат Коксикея существенно снижает боль при РА и улучшает общего самочувствие, оцениваемые по критериям ВАШ и SF-36, эффект проявляется вне зависимости от дозы, обе дозы были одинаково эффективны.

Препарат Коксикея является безопасным препаратом, хорошо переносимым, не влияющим на показатели периферической крови, биохимические показатели, показатели свертывающей системы крови.

Препарат Коксикея не влияет на течение сопутствующих заболеваний, не является кардиотоксичным, что говорит об его безопасности.

Препарат Коксикея совместим с глюкокортикоидами, генно-инженерными препаратами, иммунодепрессантами, не усиливая токсичности препаратов.

БУЙРАК КЎЧИРИБ ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ХОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

ХАЙИТОВ Х.А., САБИРОВ М.А.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Термиз вилояти филиали, Термиз, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолатини Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳолаш.

Материал ва усуллари. Тадқиқот учун буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган ва айни дамда РИНваБТИАТМ Сурхандарё вилояти филиалида трансплантолог томонидан амбулатор назоратда бўлган 32 нафар реципиент беморлари олинди. Руҳий ҳолатни баҳолаш учун барча беморларда психологик тест ўтказилди. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолати Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларда шахсий тушқунлик кўрсаткичи 13 (43,3 %) нафар беморда юқори даражада, 12 (40 %) нафар беморда ўртача даражада, 5 (16,7%) нафар беморларда эса паст даражада қайд этилди. Юқори даражада вазиятли тушқунлик кўрсаткичи 14 (46,7 %) нафар бе-

морда кузатилиб, 12 (40 %) нафар беморда ўртача даражада, 4 (13,3 %) нафар беморда эса паст даражада намоён бўлди. HADS кўрқув ва депрессия госпитал шкаласи ёрдамидаги текширувларда клиник яққол ифодаланган кўрқув 17 (56,7 %) нафар беморда, субклиник ифодалангани 6 (20 %) нафар беморларда намоён бўлди. Шкала бўйича 7 (23,3 %) нафар беморда меёрий кўрсаткичлар қайд этилди. Тадқиқод натижалари бўйича олинган маълумотлар Спилбергер шкаласи бўйича вазиятли тушқунлик кўрсаткичига мос келади. HADS шкаласи бўйича клиник яққол ифодаланган депрессия 13 (43,3 %) нафар беморда, 17 (56,7 %) нафарида эса субклиник ифодаланган депрессия кўрсаткичлар кузатилди.

Хулосалар. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолати салбий томонга ўзгаради.

Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморлари билан мутахассислар психокоррекция ва психотерапевтик ишлар олиб боришлари лозим.

БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ КУЗАТИШ

ХАЙИТОВ Х.А.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт
маркази Сурхондарё вилояти филиали, Термиз, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. Буйрак ўринбосар терапияси муолажаларини ўтказётган ва БАТ ўтказган беморларда кардиоренал синдром хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун РИН-ваБТИАТМ Сурхондарё вилояти филиалида назоратда бўлган, беш йилгача вақт мобайнида мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган 52 нафар СБК 5-босқичи беморлари 1-гуруҳ сифатида ҳамда БАТ ўтказган 39 нафар беморлар 2-гуруҳ сифатида танлаб олинди. 1-гуруҳ беморларини режали гемодиализи давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача бўлиб, ўртача $7,18 \pm 1,7$ йилни ташкил этади. Барча беморларда тадқиқот бошида ва олти ойдан сўнг ЭхоКГ текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Олиб борилган олти ойлик илмий тадқиқотларимиз мобайнида гуруҳлардаги беморларда қуйидаги натижалар қўлга киритилди: 1-гуруҳда ЧҚСДХ тадқиқот бошида $152,1 \pm 2,4$ мл.ни ташкил этган бўлса 6 ойдан сўнг эса бу кўрсаткич $159,3 \pm 2,7$ қийматгача ошгани кузатилди. 2-гуруҳда эса ЧҚСДХ тадқиқот бошида $153,9 \pm 2,84$ мл.ни ташкил этган бўлса, 6 ойдан сўнг мазкур кўрсаткич $157,6 \pm 2,8$ мл қийматга ошгани кузатилди. ЧҚССХ 1-гуруҳда тадқиқот бошида $71,2 \pm 1,9$ мл.ни ташкил этган бўлса 6 ойдан сўнг эса бу кўрсаткич $83,2 \pm 2,02$ қийматгача кўтарилди. 2-гуруҳда эса ЧҚССХ тадқиқот бошида $70,03 \pm 2,14$ мл.ни ташкил этиб 6 ойдан сўнг мазкур кўрсаткич $73,8 \pm 2,08$ мл.гача ортгани кузатил-

ди. ЧҚССЎ 1-гуруҳда тадқиқот бошида $45,3 \pm 0,9$ мм.ни кўрсатган бўлса, 6 ойдан сўнг $48,1 \pm 0,86$ мм.гача ошгани кузатилди. 2-гуруҳ эса ЧҚССЎ тадқиқот бошида $45,3 \pm 0,98$ мм.ни ташкил этиб 6 ойдан сўнг $46,5 \pm 1,06$ мм.га ортгани кузатилди. ЧҚСДЎ тадқиқот бошида 1-гуруҳда $59,4 \pm 0,8$ мм.ни ташкил этиб, олти ойдан сўнг $61,6 \pm 1,32$ мм қийматга ортгани кўрилди. 2-гуруҳда эса ЧҚОДЎ тадқиқот бошида $59,6 \pm 0,91$ мм қийматни ташкил этиб олти ойдан сўнг $60,4 \pm 0,91$ мм қийматга ўзгарди. 3Х 1-гуруҳда тадқиқот бошида $81,3 \pm 3,2$ мл.ни ташкил этган бўлса, 6 ойдан сўнг $76,8 \pm 3,14$ мл.га камайгани кузатилди. 2-гуруҳда эса 3Х тадқиқот бошида $84,4 \pm 3,36$ мл.ни ташкил этиб, 6 ойдан сўнг $84,3 \pm 3,1$ мл.га сезиларсиз камайганига гувоҳ бўлдик. ЧҚҚОФ 1-гуруҳда тадқиқот бошида $53,1 \pm 1,53$ %ни ташкил этиб, 6 ойдан сўнг $48,3 \pm 1,43$ % гача пасайгани кузатилди. 2-гуруҳда эса ЧҚҚОФ тадқиқот бошида $53,6 \pm 1,61$ % ни ташкил этиб, 6 ойдан сўнг $52,9 \pm 1,39$ % га пасайганлиги кузатилди.

Хулосалар. Экстрокорпорал терапия муолажалари фонида юрак ичи ва юрак қон-томир тизимида кескин гемодинамик ўзгаришлар юзага келади ва унинг оқибатида кардио-ренал синдром туфайли юрак ремоделланиши кузатилади.

Режали гемодиализ тадбирини БАТ амалиёти ўтказилиши билан алмаштирилиши кардио-ренал синдром оқибатларини юмшатишга, шунингдек у туфайли юзага келадиган ўлим хавфи сонини камайишига муваффақ бўлинади.

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ MSCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ХАМРАЕВ Х.Х.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Определить кардиоваскулярный риск по шкале mSCORE у больных ревматоидным артритом.

Материал ва усуллари. 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. Анализ показал, 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 пациенту 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 факто-

рами 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 обследо-

ванных 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 возрасте 50–60 лет. В группе пациентов в возрасте 50–60 лет 10% риск выявлен только у пациентов в возрасте 50–60 лет

Выводы. Определение кардиоваскулярного риска у больных РА с использованием шкалы mSCORE дает возможность разработки мер профилактики кардиоваскулярных заболеваний и своевременной коррекции факторов риска.

COVID–19 ЎТКАЗГАН КОМОРБИД ҲОЛАТДАГИ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИНИ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ

ЭШОНКУЛОВ Ж.Ҳ., ЖАББАРОВ О.О., УМАРОВА З.Ф., МАДАЗИМОВА Д.Х., ЖУМАНАЗАРОВ С.Б.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади. COVID–19 ўтказган коморбид ҳолатдаги беморларда сурункали буйрак касаллигининг кечишини баҳолаш.

Материал ва усуллари. COVID–19 инфекциясидан сўнг буйрак функциясининг тўлиқ тикланмаслигига сабаб СБК прогрессив ривожланиши ва буйракни алмаштириш терапияси зарурати каби хавф омилларининг пайдо бўлишидир. COVID–19 инфекцияси бўлган беморларга ҳар қандай дори терапияси қўлланганда дориларнинг бўлиши мумкин бўлган нефротоксик таъсирини ҳисобга олиш лозим. Кундалик албуминуриянинг мақбул даражаси (қунига 25 мг дан кам) бўлган беморларда мақсадли қон босими даражаси: систолик қон босими 140 дан кам ва диастолик қон босими 90 ммHg дан камдир. Албуминурия/протеинурия юқори даражада бўлса пастроқ мақсадли босим даражаларига эришиш тавсия этилади (систолик 120 ммHg дан кам пасайиши тавсия этилмайди). Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари ёки ангиотензин II ретсепторлари блокаторларини, агар улардан фойдаланишга қарши кўрсатма бўлмаса, биринчи даражали дорилар

сифатида буюрилиши керак. COVID–19 билан касалланган беморларга чекишни, спиртли ичимликларни истеъмол қилишни тўхтатиш, тана вазнини нормаллаштириш (тана массаси индекси эркаклар учун $26,5 \text{ кг} / \text{м}^2$ ва аёллар учун $25,0 \text{ кг} / \text{м}^2$ дан кам), ош тузини истеъмол қилишни чеклаш (қунига 6,0 г) тавсия этилади.

Хулоса. SARS-CoV–2 инфекцияси бўлган беморларда буйрак шикастланишининг тарқалиши эхтимоли юқори бўлиб, одатда ёмон прогнозга олиб келади, бу эса нефропротекциянинг аҳамиятини оширади. SARS-CoV–2 томонидан буйрак шикастланиши бўлса, даволашнинг умумий тамойиллари қўлланилади. Булар симптоматик ва буйракни алмаштириш терапияси, нефротоксик дориларни буюришни назорат қилишдир. Кейинги тадқиқотлар коронавирус инфекциясида оғир ЎБЗ ривожланишининг хавф омилларини ўрганишни, диагностика ва прогноз учун янги биомаркерларни баҳолашни, турли ЎБЗ фенотипларини аниқлашни, буйрак ўрнини босувчи терапияни эрта босқичда қўллашни тавсия этади.

INFLAMMATION OF HIP JOINTS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

MIRAKHMEDOVA KH.T., SAIDRASULOVA G.B.

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Aim of research. Investigate the prevalence and evaluate the course of coxitis who suffered from Ankylosing spondylitis (AS).

Materials and methods. The study was conducted at the SKAL, the department of Rheumatology and Cardio Rheumatology of the multicentric clinic of Tashkent medical academy in 2021–2022. The study enrolled eighty patients. All patients were confirmed AS were enrolled and if they fulfilled the modified New-York criteria. The patients' age was above 18 years old. The participants were equally divided into 2 groups the first group of AS patients with coxitis and the second group of AS patients without coxitis. All participants' sacroiliac and hip joints were observed by x-ray. Radiological findings were evaluated by Kelgren-Lawrence grade. Serum blood was collected from all participants for ESR, HLA-B27 gene and C-RP. Patients' BASFI (the Bath ankylosing spondylitis functional index) were examined.

Results. All patient's mean ages were $37,67 \pm 0,9$. However, the first group's mean age was $38,4 \pm 0$ -year-old and the second group was $37,03 \pm 1,16$ years old. AS patients with coxitis disease manifest almost $26,34 \pm 0,28$ years old while without coxitis $29,2 \pm 5,2$ years old onset of AS. Approximately, 78% of patients had HLA-B27 positive. Disease manifest in 44,1% cas-

es begins with back pain, at 29,4% peripheral joints, 14,7% cases various part of spine pain and after post-partum and trauma 6% and 5,8% respectively. All patients had bilateral sacroiliitis and confirmed by x-ray. The first group found that bilateral and unilateral coxitis were almost observed equally per cent (50%:50%). The serum level of C-RP was also equally in the two groups and was $36,8 \pm 1,34$ and $36,5 \pm 7,61$, while the ESR parameter was slightly different between groups: the first group was $24,95 \pm 2,9$ and the second group $26,75 \pm 2,0$. Index BASFI results in all participants were higher than normal. It should be emphasized that index BASFI was dramatically higher in the first group than in the second (4,5 and 3,2 respectively). sacroiliitis grade was compared in two groups and in the first group who has coxitis 3 and 4 degrees was found in 60% of patients. In the second group, 3 and 4 degrees of sacroiliitis was 36%.

Conclusion. To conclude that coxitis is one of the main symptoms of AS which cause loss of quality of life in patients. It can be said that if patients' disease onset begins at a younger age, their hip joints may be damaged more, and the coxitis prevalence rate may be less when AS manifests at a later age in patients' life. Further, this finding should be learn deeper with more sample size to approve it.

DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN RHEUMATOLOGICAL PRACTICE (CLINICAL CASE)

ZHURAVLYOVA L., FEDOROV V., OLIINYK M., SIKALO Y., KHOVRAT T.*, ZINCHENKO G.*, PODLESNA Y.*

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; *Communal Non-profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council «Kharkiv Regional Hospital», Kharkiv, Ukraine*

The aim of the publication is to raise the awareness of rheumatologists, gastroenterologists and general practitioners; we offer a clinical case of the development of Crohn's disease.

Patients and methods. Patient T. (73 y.o.) presented with general weakness, discoloration of the skin, rash on the extremities skin, ulcerative necrotic changes in the oral cavity, fever, weight loss up to 8 kg, constant burning pain in the plantar area of the feet, impaired sensitivity, numbness in the feet, weakness in the lower extremities, pain in the muscles of the legs, swelling of the feet. These complains were progressively increased during two years. Before he referral to our facility, he had been managed as an outpatient, polyneuropathy was diagnosed; he got treatment (NSAIDs, pregabalin, etc.) without effect. The patient was hospitalized to the rheumatological department (RD) of Kharkiv Regional Hospital. On presentation to our RD, his vital signs were stable and physical

examination revealed hyperemia of the face, diffuse cyanosis of the chest and abdomen, livedo reticularis of the extremities, painful palpation of the feet, hands, legs, epigastric tenderness without signs of peritonism. The liver was enlarged up to 3 cm, painless.

Results and discussion. Pain in the right iliac and suprapubic areas in the morning appeared after 2 weeks of stay in the RD, the pain decreased after the introduction of antispasmodics. An increase in temperature up to 39°C was noted. On palpation of the abdomen, it is tense, painful, there is tension over the entire surface of the abdomen, maximum in the mesogastrium and in the right iliac region. During rectal examination – the tone of the sphincter is preserved. Ultrasound (US) of the abdomen – a small amount of fluid in the pelvis. US of the vessels – the phenomenon of thrombophlebitis. CT scan of abdomen showed no signs of intestinal damage. Chest x-ray is normal. He was urgently transferred to the surgical depart-

ment and underwent a laparotomy on the same day. A fibrinous-purulent effusion was found in the abdomen. The loops of the small intestine are not dilated, hyperemic with the presence of fibrin. Intra-operatively at 15 cm from the ileocecal angle, a cyanotic area up to 20 cm with necrosis involved in the adhesive process with the formation of an interloop abscess with a breakthrough into the abdomen was found. Resection of the small intestine up to 50 cm was performed. The diagnosis after the operation: acute segmental mesenteric thrombosis with destruction, terminal ileitis, interintestinal fistula with a breakthrough into the abdomen, diffuse fibrinous-purulent peritonitis. After the operation, the patient's condition progressively worsened – increased hypotension and renal failure. Cardiac arrest developed on the 4th day after the oper-

ation. Cardiopulmonary resuscitation wasn't successful. Histology of the resected material showed chronic transmural inflammation with ulcerations and fissures without granulomas. Final diagnosis – Crohn's disease with damage to the terminal section with the formation of chronic and acute ulcers and perforations..

Conclusions. This case demonstrates an atypical course of the disease with predominant signs of nervous and vascular systems damage. While taking the pregabalin, ulcerative-necrotic changes in the oral cavity, as well as an increase in body temperature, were noted, which were, probably, a clinical markers of Crohn's disease. No other signs of the disease were observed. The absence of intestinal damage signs by additional methods of investigations played a negative role in the diagnosis of Crohn's disease.

HOMILADORLIKDA TIZIMLI QIZIL BO'RICHA KASALLIGINI O'ZIGA XOS KECHISHI VA DAVOLASH

ABDULLAYEVA N.X., ABDUAZIZOVA N.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tekshiruv maqsadi. Tizimli qizil bo'richa (TQB) kasalligi bilan og'rikan homilador ayollarda kasallikning o'ziga xos kechishini o'rganish va davolash.

Tekshirish materiallari va usullari. Tadqiqotda TQB tashhisi bilan homilador bo'lgan 20 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan 26 ta bemor ayollar ishtirok etdilar. Nazorat guruhini 26 ta shu kasallik bilan og'rikan, aktivlik darajasi harxil bo'lgan, xomilador bo'lmagan ayollar tashkil qildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $24,65 \pm 1,25$ yil bo'lib, nazorat guruhi yosh ko'rsatkichiga mos keldi. Kasallik davomiyligi o'rtacha $4,51 \pm 2,1$ bo'ldi. TQBning I faollik darajasi 10 (38%), II daraja 14 (53,8%) va III darajaga 2 (7,6%) bemorda aniqlandi. TQBni o'rtacha kechish davomiyligi $4,3 \pm 1,2$ yil (1 yildan 8 yilgacha). Kasallikning 2 yilgacha bo'lgan muddatdagi bemorlar 10 ta (38%), 2 yildan 5 yilgacha davomiylikda 14 ta (53,8%) bemor ayol, 5 yildan 10 yilgacha bo'lgan bemorlar 2 ta (7,6%)ni tashkil qildi. Bemorlarda kasallik faolligini aniqlash maqsadida umumiy qon tahlili, umumiy peshob tahlili, sutkalik proteinuriya, mochevina, kreatinin, siydik kislota, LE-xujayra, antifosfolipidlar, Anti-ANA ni aniqlash, buyraklar UTT o'tkazildi.

Natijalar. TQB tashhisi bilan davolanayotgan ayollarda homiladorlikda kasallikning faollashishi 20ta (76,9%) ta bemorda aniqlandi. Bu bemorlardan 10 tasi (38,4%) da homiladorlikning 1-trimestrida, 8 tasi (30,7%) da 2-trimestrda va 4 ta (15,3%) bemorda 3-trimestrda kasallik faolligi ortishi kuzatildi. Kasallik faollashganda patogenetik davoni kuchaytirish, yuqori dozada glyukokortikosteroid bilan puls-terapiya muolajasini o'tkazish tavsiya etildi. Puls-terapiya TQB kechishiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. Puls-terapiyadan so'ng bemorlarda buyrak shikastlanish belgilari: leykotsit va eritrotsituriyalar, sutkalik proteinuriya kamayadi, diurez kuchayadi va kasallik faolligi ishonchli darajada pasaydi ($p < 0,001$).

Davolashdan keyingi 1 oylik holatni baholashda artralgiya, nafas qisilishi, tana haroratining pasayishi, shish kamayganligi va diurezning me'yorlashganligi kuzatildi. Gematologik o'zgarish asosiy guruhdagi barcha ayollarda va trombotik mikroangiopatiya $\frac{1}{4}$ bemorlarda kuzatildi. Kuzatuvdagi bemorlardan 6 nafarida normal tug'ruq bo'ldi, bu bemorlarda kasallikning klinik variantlaridan teri, bo'g'im shakli kuzatildi va kasallik faolligini tasdiqlovchi laborator-instrumental tahlillarda o'zgarish deyarli me'yorga yaqin bo'ldi. Bu bemorlarga ham yuqori dozada glyukokortikosteroid bilan puls-terapiya muolajasini o'tkazish tavsiya etildi. Qolgan bemorlardan 10 tasida kasallik xuruj qilganligi, bemor hayotiga xavf soluvchi holatlar kuzatilish ehtimoli borligi sababli tibbiy abortga ko'rsatma bo'ldi. Qolgan 6 nafar bemorda homila rivojlanishdan ortda qoldi va 4 nafar bemorda esa antenatal o'lim sodir bo'ldi. Bu bemorlarda TQB kasalligining dermatit, artritdan tashqari vaskulit va AFL sindromi xam rivojlandi. Asosiy guruhdagi bemorlarda homiladorlik boshida lyupus nefrit va lyupus kardit aniqlanmagan edi, ammo 8 nafar (36,4%) bemorda homiladorlik boshlangandan keyin yuqoridagi klinik ko'rinishlar rivojlandi va homiladorlikni to'xtatishga absloyut ko'rsatma bo'ldi.

Xulosa. TQB kasalligining AFL sindrom bilan birga kelishi bemorlarda homiladorlik davrida homilaning rivojlanishini ortda qolishi yoki antenatal o'lim kuzatilishiga sabab bo'ladi. TQB kasalligi bor bemorlarda kasallik lyupus nefrit va lyupus kardit bilan kechishida bemor hayotiga xavf solishi yuqori bo'lganligi sababli homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma bo'ladi. Puls-terapiya TQB kechishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi va klinik-laborator ko'rsatkichlarning tez regressiyasiga yordam beradi, homila tug'ilganidan so'ng bemorlarda kasallikning prognozi va hayot sifatini yaxshilaydi.

INSULTDAN KEYIN BEMOR PARVARISHI

AYTMURATOVA U.K., TILEPBERGENOVA Q.S.

Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti, Nukus, Ozbekiston

Tadqiqot maqsadi. Insultdan keyingi parvarishning ahamiyati va reabilitatsiyaning samarali turlarini o'rganish asosiy maqsad sifatida belgilandi.

Material va usullari. Kuzatish, adabiyotlar va taqqoslash.

Natijalari. Turli mamlakatlarning registrariga ko'ra insultdan keyin bemorlarning :

Taxminan 40 % foizi doimiy parvarishga muhtoj;

–20% foizi o'zi yura olmaydi;

va faqat 20–25 foizi avvalgi ishlariga qaytish mumkin.

Bundan ko'rinadiki insult bilan kasallanganlarni reabilitatsiya qilish global muammo. Sababi bemor o'zi yura olmaydi, nutqi yomonlashadi, harakatlana olmaydi, ovqatlana olmaydi . Bu holat bemorda hayotga degan umid, ishonch yo'qoladi, depressiyaga tushadi. Albatta, bemor parvarishida uning yaqinlari katta ro'l oynaydi. Reabilitatsiya bemorda harakatlarning maksimal darajada tiklanishni, nutqni tiklash va yaxshilash, takroriy insult va uning asoratlari oldini olish, ijtimoiy va psixologik moslashuv, umr ko'rish davomiyligini oshirish, oila a'zolarini o'qitish va ularni qo'llab-quvvatlashni

maqsad qiladi. Reabilitatsiyani amalga oshirishda dastlab bemorning klinik holati aniqlanadi va maxsus parvarish usullariga ko'rsatmalar beriladi, mumkin bolmagan holatlar bemor yaqinlariga tushuntiriladi.

Insultda reabilitatsiyaning samarali turlaridan biri kinezioterapiya hisoblanadi. Kinezioterapiya insultdan keyin nerv vosita qobiliyatlarini tiklashga qaratilgan bo'lib, bu neyroplastiklik mexanizmlarni – asab toqimalariga zarar yetkazilganidan keyin yuzaga keladigan tizimli va funktsional buzilishlarini qoplash qobiliyati orqali erishish mumkin bo'lgan yo'nalishdir. Insultdan keyin bemorlarda kinezioterapiya turli xil pozitsiyalar, harakatlar va jismoniy mashqlardan foydalanishdan iborat.

Xulosalar. Insultdan keyingi parvarish bemor hayotida katta ahamiyatga ega. Bemor parvarishi qancha erta boshlansa uning harakatlarining tiklanishi, hayotga qaytishi shuncha tez bo'ladi. Samarali reabilitatsiyalarning biri kinezioterapiya xavfsizlik jihatidan, jins va yosh bo'yicha cheklovlar yo'qligi va barcha yoshdagi bemorlarga qo'llanilishi bilan afzal.

Shifokorning eng buyuk maqsadi bemorni faol hayotga qaytarish va salomatligini tiklash hisoblanadi.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

АЗИМЗОДА С.М., АЗИЗУЛЛОЕВА Ш., АЛИМОВА Н.А.

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение распространения избыточной массы тела и ожирения среди населения Согдийской и Хатлонской областях Таджикистана.

Материал и методы. Исследование проведено методом опроса (анкетирование) и определения индекса массы тела (ИМТ) (вес/рост^2), среди 2697 населения Согдийской и Хатлонской областей республики Таджикистан. Также 230 больным с различными стадиями ожирения проведено диагностика и лечение в условиях клиники института гастроэнтерологии, в отделении метаболического синдрома и фитотерапии. Были использованы Фремингемская шкала риска (Framingham): (возраст, пол, курение, общий холестерин, холестерин ЛВП, систолическое АД), а также шкала риска PROCAM: (возраст, курение, холестерин ЛНП, холестерин ЛВП, триглицериды, систолическое АД, глюкоза крови натощак, СД, лечение по поводу гипертонии, семейный анамнез ИБС).

Результаты исследования. Изучение распространения избыточной массы тела и ожирения проводилось с использованием компьютерной

программы «Tj_RCN 2», государственный регистрационный № 2201700350 (от 3 мая 2017 г.) среди 1729 респондентов (1064 женщин и 664 мужчин от 18 лет и выше) Согдийской области и 968 респондентов Хатлонской области (712 женщин и 256 мужчин 18–75 лет). Средний возраст, вес и рост респондентов Согдийской области составлял 41,3 лет, 73,3 кг и 165,1 см рост. Избыточная масса тела выявлено у 25,56 % (ИМТ 25,00–29,99) и у 21,52% – ожирение. Изучение распространения избыточной массы тела и ожирения среди 968 респондентов Хатлонской области выявило, что у 29,24% избыточный вес и у 19,63% – ожирение. В этой группе из 190 людей страдающих ожирением у 138 (72,63%) определено ожирение легкой степени (ИМТ 30,00 – 34,99), у 35 (18,04%) – ожирение средней степени (ИМТ 35,00 – 39,99) и у 17 (8,95%) – ожирение тяжелой степени (ИМТ >40,00). Также у 64,7% и 86,4% из них в Согдийской и Хатлонских областях соответственно, наблюдается андроидный тип ожирения. Данные литературы показывают, что более 50% взрослого населения США, Великобритании и Германии имеют увеличе-

ние массы тела и ожирение. Этот показатель для России составляет от 20,5 до 54%. В Казахстане распространённость увеличения массы тела и ожирения среди населения в возрасте 25–59 лет составляет 48% (мужчин 45,4% и женщин 50,6%). Сравнительные изучения показателей распространённости ожирения в Таджикистане показали, что данные по республике ниже, в сравнении с другими выше перечисленными странами. В клинику института гастроэнтерологии было госпитализировано 230 больных с различными стадиями ожирения за 2021 год. Из них 132 женщины 30–39 летнего возраста были включены в определённую группу, которым были изучены пищевой статус. Среди обследованных женщин выявлено, что 4,07% из них страдают белково-энергетической недостаточностью (ИМТ <18,5). Показатель нормального пищевого статуса (ИМТ 18,50 – 24,99)

выявлено у 72 женщин, что составляет 58,54%. Результаты исследования показывают, что 26,02% респондентов имеют избыточную массу тела (ИМТ 25,00 – 29,99). Распространённость ожирения среди обследованных женщин составляет 11,38%. Из 14 женщин, страдающих ожирением, 12 (85,71%) имели ожирение легкой степени (ИМТ 30,00 – 34,99), а 2 (14,3%) – ожирение средней степени (ИМТ 35,00 – 39,99). Среди обследованных женщин не выявлена тяжёлая степень (ИМТ >40,00) ожирения.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что распространённость избыточной массы тела и ожирение ниже в сравнении других стран, однако необходимо дальнейшее многостороннее, углубленное изучение проблемы ожирения среди различных регионов и слоев населения Республики Таджикистан.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЖАРКОГО КЛИМАТА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

АКМУРАДОВА Г., МАМЕДСАХАТОВА С., АМАНОВА С.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Повышенная температура на рабочих местах и влияние солнечных лучей, низкая влажность воздуха, попадание вредных веществ в окружающую среду приводит к снижению работоспособности. Целью нашей работы является разработка мер по профилактике заболеваний сотрудников химических заводов и оздоровление условий труда.

Материал и методы. Работники трудятся в условиях влияния высоких и средних частот производственного шума, исходящих от протоков, проводящих газ и воду. в этих условиях частота шума равна 500–1000 Гц. Периодически случаются аварии, связанные с изменениями давления и нагревания оборудования, что приводит к их поломке. На производственных предприятиях в период перехода зимы на весну и лето влажность воздуха достигает до 40–58%, а прогрев воздуха – до 17–25%, изменение скорости воздуха зависит

от нагрева технического оборудования (до 120–140°C). Природное освещение на рабочее место попадает с правой и левой стороны, коэффициент освещения 1:5, коэффициент природного освещения 1:6, искусственное освещение равно 20–29 лк.

Результаты исследования. По результатам приведенных исследований были взяты на учет 12 производственных отделов и управление Хазарского химического завода. На данном предприятии специальность механика является ведущей специальностью. Эти работники проводят 58,4–82,3% времени в отделах в течение рабочего дня. Все технологические работы происходят в закрытых условиях.

Выводы. Таким образом, трудовые условия работников Хазарского химического завода характеризуется уровнем технологических явлений, условиями организации труда и санитарно-гигиеническими нормами производства.

ГИПЕРТОНИЯ ВА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯДА COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА БОШ МИЯ ИНСУЛЬТАРИНИНГ КЕЧИШИ

АСЛАНОВА С.Н., СОДИҚОВ Р.А., БАЙХАНОВА Д.Д.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Гипертония касаллиги билан касалланган ҳамда COVID-19 ўтказган ва анамнезида ушбу касаллик кузатилмаган беморларда бош миЯ қон-томир касалликлари кузатилишини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Тадқиқот учун Тошкент Тиббиёт Академияси интенсив неврология бўлимида 72 нафар (шулардан 32 нафари COVID-19 билан касалланган) гипертония касаллиги, БМҚАЎБ ташхиси билан даволанган ҳамда

кардиология бўлимида гипертония касаллиги, гипертоник криз ташхиси билан даволанган 75 нафар беморлар олиниб, улар 2 гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳга анамнезида COVID–19 билан касалланган 32 нафар бемор, назорат гуруҳига эса 75 нафар COVID–19 билан касалланмаган беморлар киритилди.

Тадқиқот натижалари. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 7 (5,04%) нафарида геморрагик инсульт, 21 (15,12%) нафарида ишемик инсульт, 4 (2,88%) нафарида транзитор ишемик хуруж юзага келган. Назорат гуруҳидаги беморларнинг анамнезидан 5 (3,75%) нафари ишемик инсульт, 3 (2,25%) нафари транзитор ишемик хуруж ўтказган. Хар икки гуруҳдаги беморлар нерегуляр равишда АПФ ингибитори ёки кальций антагонисти гуруҳларига кирувчи дори воситаларни қабул қилиб келган. Текширув давомида асосий гуруҳдаги

беморларнинг коагулологик таҳлилларида жиддий ўзгаришлар аниқланди. 1-гуруҳда Д-димер $553 \pm 10,2$ нг/мл, 2-гуруҳда эса Д-димер $381 \pm 4,1$ нг/мл га тенг бўлиб, назорат гуруҳидаги беморларга қараганда асосий гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичи 69% га юқорилиги кузатилди. Иккала гуруҳдаги беморларга бир турдаги антигипертензив воситалар берилганда 1-гуруҳ беморларида қон босим кўрсаткичи касалликнинг 4–5 чи кунда, 2-гуруҳ беморларида эса 1–2 чи кунда меъёрлашди.

Хулоса. Анамнезида COVID–19 ўтказган беморларда стандарт даво муолажалари антигипертензив воситалар билан биргаликда ўтказилишига қарамай асоратлар кўп кузатилди. Бундан кўриниб турибдики, COVID–19 гипертония касаллиги билан касалланиб юрган беморларда бош мия қон-томир касалликлари кўпайишига олиб келди.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

БЕРДЫЕВА Л., МАМЕДСАХАТОВА С., АННАНУРОВ ДЖ.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Повышение уровня знаний студентов по средствам «Портал» и благодаря «Учебным модулям». В последние годы для реализации теоретических и практических задач обучения в системе медицинского образования используются новые эффективные методы обучения.

Материал и методы. Формирование и развитие профессиональных компетенций специалистов медико-профилактического дела требуют применения инновационных подходов к высокой профессиональной подготовке будущих врачей. Сотрудники кафедры широко применяют в преподавании экологических дисциплин различные активные и интерактивные современные образовательные технологии, которые стимулируют са-

мостоятельную, творческую деятельность студентов.

Результаты исследования. Новая содержательная информация, систематизация ее, имитации профессиональных ситуаций, различные способы визуализации информации (проведение лекционных занятий посредством телемоста, демонстрация приборов, оборудования, таблиц, рисунков, презентаций) способствуют становлению профессиональной составляющей развития личности студентов.

Выводы. Таким образом, инновационные формы обучения как лекции-визуализации наряду с усвоением теоретического материала формируют у студентов познавательный интерес к предмету изучения.

COVID–19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ИЧАКЛАРИДАГИ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА КАЛПРОТЕКТИННИНГ АҲАМИЯТИ

ГАДАЕВ А.Г., ИСМОИЛОВА М.И., АБДУХОЛИҚОВ О.З.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Фарғона жамоат саломатлиги институти,
Фарғона, Ўзбекистон*

Тадқиқот максади. Covid–19 ўтказиб иммуноглобулин М аниқланмаган беморлар нажасида калпротектин кўрсаткичларини аниқлаш.

Материал ва усуллари. Илмий тадқиқот ишида ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари аниқланган 100 нафар беморлар кузатилди. Беморлар дастаб 2 гуруҳга ажратилди.

Уларнинг биринчи гуруҳини Covid –19 ўтказган ҳамда иммуноглобулин М аниқланмаган «нисбий соғлом» аммо ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 60 та, ўртача ёши 55.06 ± 2.1 бўлган 27 нафар эркаклар ва 33 нафар аёллар ташкил қилди. Иккинчи, яъни назорат гуруҳини Covid –19 ўтказмаган лекин

ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 40 та, ўртача ёши 63.4 ± 1.5 бўлган 15 нафар эркаклар ва 25 нафар аёллар ташкил қилдилар.

Ҳар иккала гуруҳ кузатувдагилар нажасида калпротектин RIDASCREEN Calprotectin (R-Biopharm-Germaniya) диагностик тўпламидан фойдаланиб иммунофермент синама усулида (ELISA) мг ларда аниқланди. Калпротектин молекуляр оғирлиги 36 кДа бўлган ва иккита оғир ҳамда иккита енгил полипепдит занжиридан иборат унча кўп бўлмаган кальций боғловчи оқсил ҳисобланади. Калпротектин протеаз микроорганизмлар таъсирида жуда секин парчаланувчи стабил оқсил ҳисобланганлиги сабабли уни нажасда аниқлаш имконияти мавжуд. Шу сабабли у «нажас

яллиғланишини» кўрсатувчи ишончли маркердан бири ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари. Калпротектин кўрсаткичлари асосий гуруҳ беморларда $114,4 \pm 15,88$ мкг/г ҳамда назорат гуруҳида $68,23 \pm 12,64$ мкг/гни ташкил этди. Иккала гуруҳлар орасидаги фарқ ўзаро солиштириб ўрганилганда биринчи гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар иккинчига нисбатан ишончли ($P < 0.05$) фарқлар қайд этилди.

Хулоса. Covid –19 ўтказган ҳамда иммуноглобулин М аниқланмаган «нисбий соғлом» беморларда калпротектинни юқори кўрсаткичлари короновирус инфекциясининг тизимли таъсир этишини ва ичаклардаги яллиғланиш жараёнларини узоқ муддат сақланишини тасдиқлайди.

ТУҒРУҚ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ҲАРАКАТИ БУЗИЛИШИГА БОҒЛИҚЛИГИ

ДАДАБАЕВА Р.К.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Тошкент шахрининг туғруқ ёшидаги аёллари орасида ортиқча тана вазни ва семизликни тарқалишини, унга овқатланиш хусусиятларини таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Изланишларни амалга оширишда Тошкент шахрининг 4 та оилавий поликлиникалари аҳолисидан туғруқ ёшидаги аёллар (ТЁА, 15–49 ёш) умумий кўрикдан ўтказилиб, 205 та туғруқ ёшидаги танлаб олинди. Уларда умумий кўрикдан ташқари, тана вазни индекси (вазн, кг) / (бўй X бўй, м) аниқланди. Жаҳон соғлиқни сақлаш мезонлари бўйича семизлик аниқланганларда 1986 йилда Голландия психологлари томонидан яратилган Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) «Овқатланиш ҳаракати бузилиши саволномаси» ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотларда қатнашган 205 та ТЁАдан 22 (10,73%) таси амалий соғлом бўлиб, улар назорат гуруҳига киритилди. Қолган 183 (89,27%) та аёлда ортиқча тана вазни (19 та – 9,27%) ва семизликнинг турли даражалари (164 та – 80%) ташхисланди. Аниқланган 164 нафар аёлда семизликнинг даражалари қуйидагича бўлди: I даража – 31 нафар (18,90%), II даража – 38 нафар (23,17%), III даража – 53 нафар (32,31%) ва IV даража – 21 нафар (12,80%) ТЁАларда аниқланди. Ўтказилган DEBQ «Овқатланиш ҳаракати бузилиши саволномаси» натижалари ўрганилганда, ТЁАларнинг ярмидан кўпи (81,09%) рационал овқатланиш талабларига риоя қилмаслиги, юқори калорияга эга бўлган озуқа моддаларини қабул қилиши, жисмоний тарбия билан шуғулланмаслиги аниқланди.

Тадқиқотларда қатнашган 205 та ТЁАдан назорат гуруҳига киритилган 22 (10,73%) нафар амалий соғлом аёллар 1–10 саволларга натижа-

сига кўра «эркин ва оқилона овқатланувчилар», 11–23 саволларга натижасига кўра «хиссиётини овқатланиш билан қониқтирмайдиган», 24–33 саволлар натижасига кўра эса «турли ижтимоий ҳолатларда, егулик кўз олдингизда бўлса ҳам, меъёридан кўп овқатланмайдиган» тоифасига кириши аниқланди. 19 нафар ортиқча тана вазни ташхисланган аёллар, саволларнинг худди шундан кетма-кетлигида «эҳтиёткорлик билан овқат истеъмол қиладиган, вазн йиғишдан кўрқиб, овқатни кам ейдиган, фақат фойдалигини ейдиган», «хиссиётини овқатланиш билан қониқтирмайдиган» ва «турли ижтимоий ҳолатларда, егулик кўз олдингизда бўлса ҳам, меъёридан кўп овқатланмайдиган» тоифасига кириши аниқланди. Турли даражадаги семизликлар аниқланган ТЁАларда эса овқатланиш ҳаракатининг бузилишлари аниқланиб, уларга жиддий парҳез сақлаш, ички хиссиёт-кечинмалари коррекцияси, когнитив қа хулқ-атвор терапияси тавсия этилди.

Хулоса. 1.ТЁАларнинг деярли 10%ини ташкил этган амалий соғлом тоифасидагилари овқатланиш ҳаракати бузилмаган, улар ўзларини доимо назорат қиладилар. 2.ТЁА ортиқча тана вазни ташхисланган 9,27%и ҳам аксарият ҳолларда ўзларини овқатланишини назорат қилиши аниқланди. 3.Турли даражадаги семизликлар аниқланган ТЁАларда эса овқатланиш ҳаракатининг турли бузилишлари аниқланиб, уларга жиддий парҳез сақлаш, ички хиссиёт-кечинмалари коррекцияси, когнитив қа хулқ-атвор терапияси тавсия этилди. 4.Олинган натижалар шуни кўрсатадики, семизликка чалинган ТЁАларни улардаги «овқатланиш ҳаракатини бузилиши» кўрсаткичини ва турини ҳисобга олган олган олиб бориш лозим.

РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ДАМИНОВА Л.Т., АДЫЛОВА Д.Ш.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. изучить роль гепатопротекторной терапии у больных перенесших covid-19.

Материал и методы. Все больные, включенные в исследование, перенесли COVID-19, что было верифицировано ПЦР тестом не ранее 10 дней до включения в исследование и находились на стационарном лечении в инфекционном госпитале. Средняя продолжительность составила $19,52 \pm 0,45$ дней, длительность лихорадки – $12,61 \pm 0,33$ дней. В среднем объем пораженной легочной ткани составил $51,27 \pm 0,83\%$. У большинства больных (141 человек – 58,02%) перенесли инфекцию тяжелой степени. 23 больных, включенных в исследование (9,47%), в периоде госпитализации в инфекционный стационар перенесли «цитокиновый шторм».

Результаты исследования. в ходе исследования были выделены больные, у которых к концу периода наблюдения степень жесткости печеночной паренхимы увеличилась или не уменьшилась, сохранив значение F2–3. Таких больных было 28: 7 больных в группе 0, 6 – в группе УДХ, 9 в группе ГФ и 6 в группе А (частотное различие между группами недостоверно). У остальных больных степень жесткости к концу периода наблюдения составила F0-F1 или отмечалось снижение показателя жесткости в динамике. Нами это явление было расценено как тенденция к развитию органических изменений печеночной паренхимы – фиброза, что является неблагоприятным исходом COVID-19 – ассоциированного поражения печени. Для выявления больных с риском развития и прогрессирования фиброза печеночной паренхимы после SARS-CoV2 инфекции все больные разделены на 2 группы: больные с тенденцией к

развитию фиброза печеночной паренхимы – Ф+ (28 человек) и больные с тенденцией к нормальной жесткости печени – Ф – (215 человек) и проведен ретроспективный анализ предрасполагающих к развитию фиброза факторов. Также в этой группе достоверно чаще по сравнению с группой Ф – при включении в исследование встречалась 2 и 3 степень жесткости печени при эластографии ($p < 0,001$ – достоверность различия между группами. К концу месяца реабилитации различия между группами еще больше увеличились ($p < 0,001$ – достоверность различия между группами): в группе Ф+ достоверной динамики в течение месяца не отмечалось, в то время как в групп Ф – отмечалось смещение соотношения различных степеней жесткости в пользу 0 и 1 степени ($p < 0,001$ – достоверность различия с исходными данными в группе Ф-). Группа Ф+ отличалась большей частотой встречаемости диагностированного аутоиммунного гепатита в анамнезе (14,29% против 2,79%, $p < 0,01$), хотя в как минимум последние 6 месяцев до заболевания COVID-19 заболевание было в фазе ремиссии (условие включения в исследование).

Выводы. Таким образом, настоящее исследование выявило у больных, перенесших COVID-19, и сохраняющих биохимические признаки нарушения структурно-функционального состояния печени, особенности биохимических и сонографических синдромов и продемонстрировало эффект реабилитационных мероприятий с включением гепатопротекторов, предпочтительно УДХ. Влияние COVID-19 на функцию печени требует детального изучения, поскольку данных в настоящее время в не достаточном объеме, необходимы дальнейшие исследования в этой области.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

ДАМИНОВА Л.Т., АДЫЛОВА Д.Ш.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. оценить функциональный статус больных по шкале PSFS в раннем реабилитационном периоде COVID-19.

Материал и методы. Все больные, включенные в исследование, перенесли COVID-19, что было верифицировано ПЦР тестом не ранее 10 дней до включения в исследование и находились на стационарном лечении в инфекционном госпитале. Средняя продолжительность составила

$19,52 \pm 0,45$ дней. В среднем объем пораженной легочной ткани составил $51,27 \pm 0,83\%$. У большинства больных (141 человек – 58,02%) перенесли инфекцию тяжелой степени.

Результаты исследования. Шкала PCFS показала, что больные, перенесшие COVID-19, даже после окончания инфекционного периода сохраняют низкие функциональные способности. Балл PCFS составил $2,30 \pm 0,05$ свидетельствует

о наличии легких ограничений функционального статуса. Реабилитационные мероприятия, проводимые в течение месяца способствовали улучшению состояния больных и балл PCFS достоверно снизился на $-61,52 \pm 2,99\%$ и составил $0,72 \pm 0,05$ баллов ($p < 0,001$, достоверность различия с исходными данными). Сравнительный межгрупповой анализ показал, что исходно все терапевтические группы были сопоставимы по показателю PCFS, во всех группах за время реабилитации наблюдалось улучшение функционального статуса больных, эффект был одинаков на фоне всех вариантов реабилитации: в группе 0 относительная динамика составила $-67,78 \pm 5,69\%$, в группе УДХ

– $-57,51 \pm 6,67\%$, в группе ГФ – $-66,27 \pm 5,71\%$ и в группе А – $-54,24 \pm 5,77\%$ ($p < 0,001$ достоверность динамики изменений во всех группах, различия относительной динамики между группами – нд), в результате был достигнут сопоставимый балл функционального статуса.

Вывод. Таким образом, значительная положительная динамика функционального статуса больных, оцениваемого по показателю балльной оценки PCFS (динамика составила $-61,52 \pm 2,99\%$, $p < 0,001$). Применяемые гепатопротекторы теоретически должны приводить к восстановлению структурно-функционального состояния печени у больных перенесших COVID-19.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ COVID-19 КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЕСЕНБЕКОВА Э.Ж.

Медицинский институт Каракалпакстана, Нукус, Узбекистан

Цель исследования. Оценка количества тромбоцитов у больных с инфекцией COVID-19 для профилактики и прогноза возможных тромботических осложнений.

Материал и методы. Проанализировано лабораторные данные 51 больного с инфекцией COVID-19. У 38 из них отмечалось легкое, а у 13 – тяжелое течение заболевания. Проведена оценка показателей клинического анализа крови в первую очередь количество лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов и показатель СОЭ.

Результаты исследования. Наиболее часто у больных наблюдался лейкопения, лимфопения и тромбоцитопения. Тромбоцитопения при легком течении процесса выявлялась у 46,2% больных, а при тяжелом – у 74,3. В лабораторных показателях выявляются увеличение протромбинового времени и уменьшение количества тромбоцитов. В начале заболевания выявлена умеренная тромбоцитопения. При обследовании пациентов с COVID-19 средняя количества тромбоцитов крови у них была 175×10^9 /л. При госпитализации тромбоцитопения менее 150×10^9 /л наблюдалась у 43 %. Снижение концентрации тромбоцитов является одним из признаков, которые могут свидетельствовать о негативном прогнозе для больных. При этом у больных с летальным исходом количество тромбоцитов было значительно

снижено по сравнению с выжившими. Установлено, что у больных с тяжелым течением COVID-19 тромбоцитопения была более выражена, чем у тех, у кого заболевание протекало легко.

По данным исследователей, при низком количестве тромбоцитов риск развития тяжелого течения процесса повышается в 5,1 раза. Авторы заключают, что низкий уровень тромбоцитов связан с повышенным риском развития тяжелых заболеваний и смертности у пациентов с COVID-19.

Таким образом, можно заключить, что тромбоциты у пациентов с COVID-19 являются активированными. В отличие от плазменного звена свертывания роль тромбоцитарного звена гемостаза при COVID-19 является из-за активации сосудистого эндотелия при воспалении.

Результаты исследования. еще раз свидетельствует о необходимости обследовать всех пациентов с COVID-19 на предмет возможных тромботических осложнений, вне зависимости от наличия клинических проявлений. Оценка динамики количества тромбоцитов может помочь прогнозировать исход заболевания.

Исследование роли тромбоцитов при COVID-19, заболевании, которое характеризуется сильным воспалительным ответом организма, может позволить модифицировать тактику лечения и снизить летальность среди пациентов.

COVID –19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ТИЗИМЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ИНТЕРЛЕЙКИН – 6 ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ

ИСМОИЛОВА М.И., ГАДАЕВ А.Г., ИБРАГИМОВ У.Д.

*Фарғона жамоат саломатлиги институти, Фарғона, Тошкент тиббиёт академияси,
Тошкент, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. Covid–19 ўтказиб иммуноглобулин М аниқланмаган беморлар қон зардобидан интерлейкин – 6 кўрсаткичларини аниқлаш.

Материал ва усуллари. Илмий тадқиқот ишида ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари аниқланган 100 нафар беморлар кузатилдилар. Беморлар дастаб 2 гуруҳга ажратилдилар. Уларнинг биринчи гуруҳини Covid –19 ўтказган ҳамда иммуноглобулин М аниқланмаган «нисбий соғлом» аммо ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 60 та, ўртача ёши 55.06 ± 2.1 бўлган 27 нафар эркаклар ва 33 нафар аёллар ташкил қилдилар. Иккинчи, яъни назорат гуруҳини Covid –19 ўтказмаган лекин ошқозон-ичак тизими касалликлари белгилари мавжуд бўлган 40 та, ўртача ёши 63.4 ± 1.5 бўлган 15 нафар эркаклар ва 25 нафар аёллар ташкил қилдилар.

Бизнинг илмий ишимизда интерлейкин–6 яллиғланиш олди цитокини «ВЕКТОР БЕСТ 0» тўплами ёрдамида аниқланди. Интерлейкин–6 молекуляр оғирлиги 21–28 кДа бўлган плей-

троп цитокин ҳисобланади. У кенг фаолликдаги биологик таъсирга эга бўлиб лимфоид ва лимфоид бўлмаган ҳужайралар томонидан ишлаб чиқарилади ва қатор, шу жумладан яллиғланишга реакция билан жавоб қайтаради. Интерлейкин–6 сон кўрсаткичларини аниқлаб даволаш самардорлигини баҳолаш ҳамда касаллик кечишини башорат қилиш мумкин.

Тадқиқот натижалари. Интерлейкин – 6 кўрсаткичлари Covid 19 ўтказган ҳамда «нисбий соғлом» беморларда ўртача $20,16 \pm 1,44$ ммол/л, назорат гуруҳидаги беморларда $11,25 \pm 1,4$ ммол/л ташкил этди. Иккала гуруҳ кўрсаткичлари бир бири билан ўзаро солиштирилганда фарқлар ишончли ($P < 0.05$) бўлди.

Хулоса. Олинган натижалар яллиғланиш цитокинлари, хусусан, интерлейкин – 6 нинг динамикада нафақат касалликнинг ўткир даврида балки клиник соғайгандан кейин ҳам сақланиб қолишини тасдиқлайди ва беморлар реабилитация чораларига муҳтожлигини кўрсатади.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID–19

КАЛАНДАРОВА А.Н., ЖИЕМУРАТОВА Г.К., КАДЫРОВА А.М.

Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН РУз, Нукус, Узбекистан

Цель исследования. изучение некоторых гематологических показателей у женщин детородного возраста, перенесших COVID–19 в регионе Приаралья.

Материал и методы. Всего обследовано 120 женщин детородного возраста, перенесших COVID–19. Диагностика COVID–19 основана на типичной клинической картине и лабораторном выявлении и идентификации специфических фрагментов РНК SARS-CoV–2 в мазках из верхних дыхательных путей методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Степень тяжести заболевания оценивалась в соответствии с Временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике лечению и реабилитации при коронавирусной инфекции (COVID–19). Узбекистан, версия 8. Легкая степень тяжести регистрировалась у 46 (38,3%) женщин, средняя – у 49 (40,8%), тяжелая – у 25 (20,8) женщин.

Проведен сравнительный анализ показателей клинического анализа и биохимических показателей в сыворотке крови.

Результаты исследования. При изучении количества лейкоцитов периферической крови у женщин детородного возраста, перенесших COVID–19, независимо от тяжести заболевания, статистически достоверных различий с показателями контрольной группы не обнаружено. При исследовании популяционного состава лимфоцитов периферической крови у женщин детородного возраста, перенесших COVID–19, обнаружено, что при всех степенях тяжести заболевания относительно контрольного диапазона уменьшается процентное количество всех лимфоцитов. При легкой степени тяжести максимально выраженное снижение количества лимфоцитов наблюдалось на 7–9 дни от начала заболевания и приходило в норму по мере выздоровления.

При анализе биохимических показателей в сыворотке крови выявлено повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) >10 мг/л у 46% пациентов при легком течении и у 91,2% – при тяжелом течении процесса. Снижение концентрации сывороточного альбумина выявлялось соответственно

– у 54% и 98%. Увеличение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) – соответственно у 28,6 и 32,4%, аспартатаминотрансферазы (АСТ) – у 16,4 и 51,7% пациентов, содержание общего билирубина в сыворотке крови повышалось у 10,2 и 24,8%, креатинина – соответственно у 1,6 и 8,3% больных.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин с COVID-19, независимо от тяжести заболевания, наблюдается повышение содержания популяционного состава лимфоцитов в крови. Анализ биохимических показателей крови у больных показал, что повышение активности СРБ наблюдалось в 2,3 раза чаще, АЛТ – в 1,5

раза, АСТ – в 1,8 раза по сравнению с легким течением.

Выводы. Заболевание COVID-19 имеет определенную стадийность в развитии клинических проявлений, которые определяются характером и степенью выраженности гематологических нарушений, вызванных вирусом SARS-CoV-2 и последующей воспалительной реакцией. Тактика ведения женщин детородного возраста, перенесших COVID-19, потенциально зависит от тяжести течения COVID-19, сопутствующих заболеваний, назначенной терапии для лечения новой коронавирусной инфекции и клинического состояния после перенесенного COVID-19.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19

КОЛОМИЕЦ В.М., ПОЛЬШИКОВА Н.А., ПАВЛЕНКО Е.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования. Определить особенности развития СЗИЗ при пандемии COVID19 в условиях региона.

Материал и методы. Рассмотрены данные статистики Минздрава РФ за последние 5 лет, а также научной литературы и собственных исследований в регионе. Анализированы результаты современных эпидемиологических, лабораторно-инструментальных и статистических методов исследований.

Результаты исследования. Заболеваемость ТБ, наиболее значимым из коморбидных инфекций, с 2017 по 2021 год продолжала снижаться с 33,92 до 12,04/100.000, смертность – с 7,0 до 3,2 и болезненность с 92,3 до 35,5/100.000. Эпидемическая ситуация по Вич-инфекции формируется неоднозначно, находясь в пределах 24,94–26,27–26,11–15,58 и 18,97/100.000. При этом наибольшие колебания показателей характерны для заболева-

емости детей и подростков, а так же сельских жителей. Однако заболеваемость ВичТБ как в пред-, так и в период пандемии остается так же не стабильной, но с резким снижением в последний год пандемии – 1,42, 2,05, 1,07, 1,59, 0,63/100.000.

При анализе наблюдаемых в течении 5 лет 5617 больных установлено, что частота ВИЧ-инфекции как фактора риска возникновения ТБ постоянно повышается с 0,22% до 5,67%. Но при пандемии остается опять таки нестабильной и на высоком уровне – до 6,27%. Эффективность лечения ВичТБ в период пандемии снизилась – клиническое излечение до пандемии достигнута у 47,32%, в период пандемии лишь у 25,87%.

Выводы. В условиях пандемии отмечается дальнейшее улучшение эпидемической ситуации по ТБ, в отличие от коморбидной инфекции – Вич-ассоциированному ТБ.

ГЕРЕНТОКОМОРБИДЛИК ГЛАУКОМАНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА (эпидемиологик текширув натижалари)

МАМАСОЛИЕВ З.Н., КАЮМОВ У.К., МАМАСОЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Геронтокоморбидлик фонида глаукоманинг келиб чиқишини эпидемиологик «йўлини» ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллари. Эпидемиологик тадқиқотга 729 та улуғ ёшдаги аҳоли (60 – 89 ёшли) ва 53 та 90 ёшдан ошганлар (геронт популяция) тўлиқ жалб қилинди ва водий шароитида баҳоланди. Геронт эркаклар 20 та (66,1 фоиз) ва геронт аёллар 33 та (33,9 фоиз), барчаси ўтироқ аҳолидан иборат бўлди. Геронтокоморбидлик (бир

вақтни ўзида 2 тадан ортиқ сурункали касалликларни бўлиши) ва глаукома халқаро миёсда тавсия этилган мезонлар қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Гериатрик синдром ва касалликларни (геронтокоморбидлик шаклида) геронтоглаукомага қўшилишиб аниқланиши аниқланиш частотаси Фарғона водий шароитида деярли ҳар тўртинчи популяцияда (19,05 + 0,57 фоиз) кузатилади (эркакларда 12,50 + 11,69 фоиз

ва аёлларда 23,08 + 11,69 фоиздан). Коморбидлик частотаси турли шаклларда ифодаланиб (кардиокоморбидлик, нефрологик коморбидлик, нефрокоморбидлик, пульмонокоморбидлик, гастроэнтерологик коморбидлик) геронтоглаукомада юқори частота билан қайд қилинади ва эркак ҳамда аёлларда касалланишнинг келиб чиқишини ҳамда кечишини шиддатлантирувчи «тажовузли» хатар омил сифатида тасдиқланади. Глаукома ва глаукоматозли континуумни келиб чиқиш хавфи,

коморбидликка кучли боғлиқликда, геронт популяциясида икки баробардан зиёдга етиб ошади [$\chi^2 = 0,009$; $P = 0,923$; $RR = 1,938$; 95% ИИ 0,145 – 25,927)].

Хулоса. Коморбидлик бўйича эпидемиологик натижаларга «қурилиб» фаол олиб бориладиган глаукомани профилактикаси касалликни камайтирувчи ва физиологик прогерияни сақловчи устувор йўналиш ҳисобланади.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

МУМИНОВА Н.Х., ВЫСОГОРЦЕВА О.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась разработка комплексной программы реабилитации больных, перенесших COVID-19, осложненный психоневрологическими расстройствами, на амбулаторном этапе с применением методов традиционной восточной медицины и оценка ее эффективности.

Материал и методы. Исследование проводилось в Центре Восточной медицины при корейском агентстве по международному сотрудничеству (KOICA) в Узбекистане и Республиканской клинической больнице (РКБ) № 2, поликлинике №2 в г.Ташкенте. Под нашим наблюдением находились 166 пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, и имевших признаки поражения нервной системы. Больные проходили амбулаторный этап реабилитации в период 2020–2022 гг. спустя 4 недели после окончания лечения по поводу основного заболевания. Работа носила характер открытого проспективного наблюдательного исследования. Дизайн исследования предполагал включение в группу мужчин и женщин в возрасте от 30 до 65 лет, у которых было диагностировано тревога и депрессия по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

В зависимости от проводимой программы медицинской реабилитации больные были разделены на 4 группы, сопоставимые между собой по возрастно-половым признакам и клинико-функциональному состоянию организма. В I группу (n=38) были отнесены пациенты, которые самостоятельно в домашних условиях ежедневно занимались лечебной физкультурой в виде 10–15 минутного комплекса утренней гимнастики и 30–40 минутной вечерней пешей прогулки. о II группе (n=40) больные получали процедуры массажа и физиотерапии (магнитотерапия воротниковой зоны или области болевого синдрома) продолжительностью курса 10 дней. В III группе (n=42) больных программа реабилитации включала процедуры реф-

лексотерапии. В IV группу (n=46) вошли пациенты, программа реабилитации которых содержала процедуры рефлексотерапии и занятия ЛФК с элементами традиционных восточных гимнастик (цигун, йога с элементами медитации). Больные проходили комплексное обследование до начала программы МР, по окончании курса процедур, а также через 1, 3 и 6 месяцев от начала программы.

Результаты исследования. При оценке состояния пациентов на момент обращения в поликлинику у 31% (51 больных) было 1–2 симптома, у 59% (115 человек) было 3 или более симптомов. Ухудшение качества жизни наблюдалось у 45,7% (76 человек) пациентов. К наиболее частым симптомам, наблюдающимся через 1 месяц после перенесенной инфекции COVID-19, относились: усталость (65%), бессонница (24%), тревога и депрессия (26%), выпадение волос (23%), аносмия (9%), боль в суставах (12%), сердцебиение (11%), снижение аппетита (9%), расстройство вкуса (8%), головокружение (5%), диарея и рвота (3%), боль или стеснение в груди (7%), боль в горле (3%), кожные высыпания (2%), головная боль (4%), миалгия (4%).

Выводы. Применение физических факторов и модифицированных комплексов ЛФК способствует выравниванию процессов возбуждения и торможения в ЦНС, а также развитию психотонизирующего, болеутоляющего и трофостимулирующего эффектов. Наиболее эффективной оказалась программа, включавшая применение рефлексотерапии и комплекса физических тренировок с элементами традиционных восточных гимнастик (цигун, йога с медитацией), лучшей динамики уменьшения болевого синдрома, одышки, прироста показателей мышечной силы, качества жизни и психоэмоционального статуса. Больные без дополнительных тренировок и ИРТ показали наименьший прирост указанных показателей.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КУРОРТОВ ТУРКМЕНИСТАНА

ОВЕЗОВА Г., МУХАММЕДОВА Д., АННАМУРАДОВА Г., РОЗЫЕВА Г., ЧОПАНОВА М., ГУРБАНОВ М.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Каков инновационный путь развития курортологии в Туркменистане?

Материал и методы. В инновационных разработках Государственного медицинского университета Туркменистана большое внимание уделяется научно-обоснованным методам курортной терапии и профилактики болезней. Инновационными направлениями медицинского университета являются: разработка, апробация и внедрение новых, разнообразных, бальнеологических форм высокотехнологичной медицинской помощи, программ телекоммуникационных возможностей, международного сотрудничества, консультаций и обмена информацией с курортами, телемониторинги здоровья, видеоконференции, проведение мастер-классов, аттестация и обучение медицинского персонала лечебниц базовым теоретическим дисциплинам на кафедрах медицинского университета и другие.

Результаты исследования. В Туркменистане, в Государственном медицинском университете им. М.Гаррыева рассмотрены информационные технологии, вопросы телемедицины, интернет, технологии обучения и сертификации специалистов – курортологов, физиотерапевтов, лекции, предложения по периодическим изданиям, по физио-

терапии, фитотерапии, диетическому питанию на курортах, здоровому образу жизни, профилактике болезней, лечебной физкультуре, спортивной медицине, туризму, косметологии, истории курортов, будущего курортов, современного дизайна и многое другое. Главными, в плане дальнейшего инновационного развития, лечебными базами среди оздоровительных инфраструктур Туркменистана, являются вновь открывшиеся курорты Фарап, Арчман, Моллакара, Байрамали, Йулысув, Берзенги, Дашогуз, Багабат и курортно-туристическая зона Аваза.

Выводы. Сегодня курорты страны сумели сохранить природную красоту, приумножили лечебные факторы санаторий, развили новые технологии, работающие на укрепление здоровья людей. Курорты Туркменистана сегодня – это природные источники здоровья, экологическая стабильность, гармоничное сочетание с окружающей средой, древние легенды, восхитительный мир старины и культурного наследия народа. Внедрение принципиально новых, инновационных технологий это не только качественно иной, более высокий уровень санаторно-курортных услуг, но и дополнительные пределы возможностей и показаний курортов Туркменистана.

ВОЗМОЖНЫЕ СИНДРОМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ COVID-19

ОТЕКЕЕВА С.С., БАЙМУРАТОВА Л.К.

Медицинский институт Каракалпакстана, Нукус, Узбекистан

Цель исследования. Изучение развития последствий коронавирусной инфекции как факторов риска у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Проведено оценка наблюдение пациентов, проявивших позитивную реакцию на SARS-CoV-2 в условиях поликлиники. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 112 больных (от 35 до 65 лет) перенесших COVID-19. Исследование включало сбор анамнеза, анализ клинических данных, проведение лабораторных исследований.

Результаты исследования. У больных перенесенного тяжелого острого заболевания COVID-19 у многих выявлено поражение нескольких органов. Мы обнаружили наличие поражения сердца, нервной системы, поджелудочной железы и почек, у больных выздоровевших после COVID-19 и выписанных из больницы. Обследование больных, спустя 2 месяца после выписки

из стационара выявило статистически значимое увеличение количество тромбина, существенно выросло число пациентов, имеющих повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ) и глюкозы в крови. Повышение этих показателей чаще наблюдалось у пациентов старшего возраста.

Выявленные нижеследующие клинические проявления ПКС: со стороны сердечно – сосудистой системы: за грудные боли, чувство стеснения в груди, сердцебиение; со стороны дыхательной системы: кашель, одышка; со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, шум в ушах, аносмия/агевзия, нарушения сна, парестезии, мышечные боли, когнитивные нарушения (нарушения памяти, концентрации внимания), психические нарушения (тревожность, депрессия); со стороны желудочно – кишечного тракта: боли в животе, тошнота, диарея, отсутствие аппетита; а также были системные проявления как усталость,

лихорадка, артралгии, боли в горле, в ушах и т.д. Как в острой фазе, так и в периоде реконвалесценции у больных продолжались жалобы, таких как плохая координация внимания (у 47,3% больных), снижение памяти (52,6%), и бессонница которые сохранились на высоком уровне.

Тяжесть заболевания было выражено по наличию и выраженности лимфопении, низким значениям альбумина, а также повышенным значениям сахара, ЛДГ и СРБ в том числе летальность была ниже в группах пациентов, получающих антиагреганты, гиполипидемические и антигипертензивные

препараты, которые, согласно современным клиническим рекомендациям, назначаемых в качестве основных органопротективных препаратов.

Выводы. Углубленные долгие исследования, связанные на выявление последствий COVID-19, возможных факторов риска их развития, более четкие изучение патогенетических механизмов SARS-CoV-2, а также разработка методов лечения и реабилитации для улучшения психологического и физического здоровья выживших пациентов являются актуальными предметами изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ КРОВИ В ИЗУЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

РАХИМОВА З.Р., РОЗИМОВ И.Б., МАМЕДОВА Г.И., ГЕЛЬДИМЫРАДОВ С.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырада Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить особенности микрофлоры у людей с ожирением с помощью газовой хроматографии – масс-спектрометрии.

Материал и методы. Было обследовано 50 добровольцев, которых разделили на две группы. В I группу вошли 30 добровольцев с различной степенью ожирения в возрасте 22 – 38 лет, средний возраст – 28 ± 3 года. Из них женщин – 12 (40%) мужчин – 18 (60%). I степень ожирения – 11 (36,6%) человек, II степень ожирения 10 (33,4%) человек и III степень ожирения 9 (30%) человек. Во II группу вошли 20 добровольцев с нормальным индексом массы тела в возрасте 18 – 35 лет, средний возраст 26 ± 2 года, 9 женщин (45%) и 11 (55%) мужчин. Газовая хроматография – масс – спектрометрия проводилась на аппарате Маэстро iL.

Результаты исследования. Количество *Bifidobacterium* spp. при сравнении с нормой уменьшилось и в I и во II группах, но в большей степени в I группе проверяемых – на 65,3% и 35,7% соответственно. Наименьшее количество *Bifidobacterium* spp. наблюдалось у добровольцев с I степенью ожирения – 1759×10^5 клеток/грамм при норме 5067×10^5 клеток/грамм. *Lactobacillus* spp. было уменьшено в I группе на 74,5% в сравнении с нормой, наименьшее количество бактерий наблюдалось у пациентов с III степенью ожирения – 2386×10^5 клеток/грамм при норме 6613×10^5 клеток/грамм. У обследуемых во II группе так же было уменьшено количество *Lactobacillus* spp., но на 50,4%. *Eubacterium* spp. в I группе уменьшилось в 5,2 раза, во II группе в 3 раза. В I группе количество *St. aureus* увеличилось в 6,8 раз (85,4%) в сравнении с нормой, высокие цифры были выявлены у 55% обследуемых, причем высокие цифры были у обследуемых со всеми степенями ожирения. Во II группе количество *St. aureus* было увеличено

у 4% добровольцев в 4,3 (76,7%) раза. *Clostridium ramosum* увеличилось в группе с ожирением на 28% в сравнении с нормой. Больше всего количество бактерий увеличилось у обследуемых с I степенью ожирения – 3062×10^5 клеток/грамм при норме – 2000×10^5 клеток/грамм. У добровольцев с ожирением наблюдалось увеличение *Nocardia* spp. на 52,6% в сравнении с нормой. Во II группе изменений не было. *Propionobacterium jensenii* увеличились на 70% в I группе и на 61,8% во II группе. *Propionobacterium asnes* в I и II группах увеличились почти в одинаковой степени, на 74,3% и 73,7% соответственно. Количество *Propionobacterium freudenreichii* наоборот уменьшилось в I и II группах на 39,8% и 32% соответственно. *Actinomyces viscosus* уменьшились в I группе на 98,2% во II группе на 94,3% в сравнении с нормой. *Corynebacterium* spp. в I группе уменьшились на 93,8% в сравнении с нормой. *Prevotella* spp., не был выявлен ни у одного обследуемого в I и II группах, между тем эта бактерия участвует в расщеплении клетчатки и часто в высоких цифрах выявляется у вегетарианцев.

Выводы. У обследуемых с ожирением в результате исследования было отмечено значительное снижение количества таких бактерий как *Lactobacillus* spp., *Eubacterium* spp., которые относятся к типу *Bacteroidetes*. Так же значительно снижено количество *Bifidobacterium* spp., относящихся к типу *Actinobacteria*. Недостаток вышеуказанных бактерий снижает защитные функции слизистой кишечника и способствует поддержанию хронического воспаления в организме, что у пациентов с ожирением увеличивает риски сердечно – сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Увеличение *St. aureus* и *Clostridium ramosum*, относящихся к типу *Firmicutes* ассоциируется с ожирением.

ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА ВА ЎНГ ҚОРИНЧА ЎЛЧАМЛАРИ НИСБАТИ

РОЗИХОДЖАЕВА Г.А.¹, ЮСУПАЛИЕВА Г.А.², НАЗИРХУЖАЕВ Н.Ш.³

¹Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги тиббиёт бош бошқармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, Тошкент, ²Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, ³Тошкент вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Маслаҳат-ташхис поликлиникаси, Тошкент вилояти, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Ўзбек популяциясидаги турли ёшдаги соғлом болаларда чап ва ўнг қоринча диастолик (максимал) узунлиги ва диаметри нисбатини баҳолаш.

Материал ва усуллари. 92 нафар 0–14 ёшдаги соғлом болалар. Текширувлар эксперт класдаги Toshiba Xario 200 ультратовуш қурилмасида 1–5 МГц-ли секторал датчик билан олиб борилди. Кулранг шкалалари режимдан фойдаланилди. Апи-кал тўрт камерали кесимда қуйидаги ўлчамлар олинди: 1) чап қоринча диастолик узунлиги – $L_{чк}$; 2) чап қоринча диастолик диаметри – $D_{чк}$; 3) ўнг қоринча диастолик узунлиги – $L_{ўк}$; 4) ўнг қоринча диастолик базал диаметри – $D_{ўк}$. Кейин олинган ўлчамлардан фойдаланиб 2 хил нисбат аниқланди: 1) $L_{чк} / L_{ўк}$; 2) $D_{чк} / D_{ўк}$. Масалан, 4 ойлик болада қуйидаги ўлчамлар олинган: $L_{чк} = 42$ мм; $L_{ўк} = 27$ мм; $D_{чк} = 34$ мм; $D_{ўк} = 18$ мм. Ушбу

ўлчамлардан фойдаланиб, нисбатлар аниқланди: 1) $L_{чк} / L_{ўк} = 42/34 = 1,2$; 2) $D_{чк} / D_{ўк} = 27/18 = 1,5$.

Тадқиқот натижалари. чап қоринча ва ўнг қоринчанинг диастолик узунлиги нисбати ($L_{чк} / L_{ўк}$) 98% ҳолатда 1,0–1,3 диапазонида бўлиши маълум бўлди, 2 нафар текширилувчида 1,4 га тенг; чап қоринча ва ўнг қоринча диастолик диаметри нисбати ($D_{чк} / D_{ўк}$) эса 96% ҳолатда ўртача 1,5 га тенглиги аниқланди (1,2–1,8 диапазонида), 4 нафар текширилувчида 1,9. Ушбу кўрсаткичларни шкалада ўнгга силжиши чап қоринча кенгайишини, чапга силжиши эса ўнг қоринча кенгайишини билдиради:

Хулоса. оддий ҳисоб-китоб орқали чап ва ўнг қоринча ўлчамлари нисбатини аниқлаш маъмурий камераларда кенгайиш бор-йўқлиги ҳақида дастлабки тасаввур пайдо бўлишига ва чуқурроқ текширув олиб боришга туртки бўлади.

HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА МОЙИЛЛИК ТУЎДИРУВЧИ ТАШҚИ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

РИЗАЕВ Ж.А., МАХМАНОВ Л.С., ГАДАЕВ А.Г.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Helicobacter Pylori билан ассоцияланган темир танқислиги камқонлигини юзага келишида мойиллик туғдирувчи ташқи омилларни ўрганиш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотда ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак касалликларига шикоят билдирган, шунингдек, қонида иммунофермент усулида Helicobacter pylori антитаначалари меъёридан юқори бўлган 60 нафар нафар темир танқислиги камқонлиги ўрта оғир ва оғир даражаси аниқланган беморлар жалб қилинди. Кузатувмиздаги беморларда айрим ташқи омиллар (чекиш-сигарет, нос, спиртли ичимликлар, овқатланиш тартиби) ҳамда H.pylori учраш даражасини ўргандик.

Тадқиқот натижалари. Темир танқислиги камқонлиги ўрта оғирлик даражаси аниқланган беморларнинг 27% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 73% эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобиди H.pylori антитаначаларининг кўрсаткичлари ўртача 28.1 ± 0.4 Ед/мл ва 25.6 ± 1.1 Ед/мл тенг бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) эканлиги қайд этилган. Бемор-

ларнинг 73.3% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 26.7% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобиди H.pylori антитаначаларининг кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 27.6 ± 0.4 Ед/мл, амал қилганларда эса 25.3 ± 1.1 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) бўлди.

Темир танқислиги камқонлиги оғир даражаси аниқланган беморларнинг 10% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 90% да эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобиди H.pylori антитаначалар кўрсаткичлари ўртача 52.2 ± 3.4 Ед/мл ва 42.4 ± 3.2 Ед/мл тенг бўлди ($p < 0.05$). Беморларнинг 86.6% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 13.4% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобиди H.pylori антитаначалар кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 54.6 ± 3.4 Ед/мл, амал қилганларда эса 44.3 ± 3.2 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0.05$) бўлди.

Хулоса. Ўтказилган таҳлил темир танқислиги камқонлигида ўрганилган ташқи омиллар ҳамда

касаллик оғирлик даражалари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини ва унга мос равишда қон зардобиди Н.рулоги антитаначалари ошиб боришини кўрсатади. Бу ўз навбатида ушбу бактерия би-

лан санаб ўтилган омиллар (сигарет, нос чекиш, овқатланиш тартибига амал қилмаслик) темир танқислиги камқонлиги орасида узвий боғлиқлик борлигини тасдиқлайди.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

САБИРОВ М.А., СУЛТОНОВ Н.Н., ИСИРГАПОВА С.Н.

Тошкент Давлат стоматология институти, Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Режали гемодиализ олаётган беморларда климактерик синдромни кечиши ва беморларда ҳаёт сифатидаги ўзгаришларни баҳолаш.

Материал ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида РИНваБТИАТМда даволанаётган нодиабетик этиологияли сурункали буйрак касаллиги IV-V босқичи билан асоратланган режали гемодиализдаги беморлар олинган. Умумий беморлар сони 50 тани ташкил этди. Олинган беморлар ёши 45–55 ёшга тенг. Бу беморларга климактерик даврни аниқлаш мақсадида модификацияланган Купперман сўровномаси ўтказилди. Ўтказиган сўровнома тахлилига кўра, тадқиқотга олинган беморларни 13 тасида энгил даражадаги, 27 тасида ўрта оғир даражадаги ва 10 тасида оғир даражадаги климактерик синдром белгилари аниқланди. Шунга кўра беморлар уч гуруҳга ажратиб олинди. Бу беморларда ҳаёт сифати кўрсаткичларини аниқлаш мақсадида SF-36 сўровномаси қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. Кузатувларга кўра қуйидаги натижалар олинди. 1 гуруҳдаги энгил даражадаги климактерик синдром кузатилган беморларда ҳаёт сифатини факат рухий ҳолатида энгил кўринишда ўзгаришлар кузатилди. 2 гуруҳдаги ўрта оғир даражадаги климактерик синдром куза-

тилган беморларда эса биринчи гуруҳга нисбатан оғирроқ даражадаги рухий ўзгаришлар билан бир қаторда жисмоний ҳолатида ҳам ўзгаришлар кузатилди. 3 гуруҳдаги оғир даражадаги климактерик синдром кузатилган беморларда, биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморларга нисбатан оғирроқ даражада рухий ва жисмоний ўзгаришлар билан бир қаторда эмоционал ҳолатида ҳам оғир даражадаги ўзгаришлар аниқланди.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, уччала гуруҳимизда ҳам турли кўринишдаги ҳаёт сифатида ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса. 1. Климактерик ёшдаги сурункали буйрак касаллиги V босқичи билан касалланган режали гемодиализ олаётган беморларда климактерик синдром кучайиб бориши билан ҳаёт сифатида ҳам ўзгаришлар кузатилди.

2. Климактерик ёшдаги режали гемодиализ олаётган ўрта оғир даражадаги климактерик синдроми бўлган беморларга ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида маълум вақт давомида ўрин босувчи терапия тавсия қилинди.

3. Климактерик ёшдаги режали гемодиализ олаётган оғир даражадаги климактерик синдроми бўлган беморларга эса ўрин босувчи терапия билан доимий эндокринолог, гинеколог ва психолог шифокорлари назорати тавсия қилинди.

РАЦИОНАЛЬНОЕ СКРИНИНГОВОЕ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С УЧЕТОМ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК

СУЛЕЙМЕНОВ А.К.¹, КУАНЫШЕВА А.Г.¹, СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.²

НАО «Медицинский университет Семей»,¹ Семей, НАО «Медицинский университет Астана»², Нурсултан Республика Казахстан

Цель исследования. Разработать скрининговые критерии рационального ведения беременных второго и третьего триместров при инфекции мочевых путей с учетом биометрических предикторов (показателей) почек.

Материал и методы. Исследование проводилось на базах НАО МУС в частности г. Семей, Поликлиника №7, Почечный центр г. Семей, г. Павлодар МУ «Данель», отделение патологии беременных, КГП на ПХВ № Поликлиника №4», всего

осмотрено 1175 беременных за период 2018–2022 г. У всех пациенток взято информированное согласие на исследование, все прошли критерии отбора включения и исключения, из исследования выбыло 121 пациенток не прошедших отбор и отказ от исследования (10,29%). В ходе исследования наблюдалось на амбулаторном этапе 1054 (100%) взятое на исследование беременных женщин второго 756 (71,72%) и третьего 298 (28,28%) триместров с инфекцией мочевых путей (ИМВП)

. Всем беременным проведены ряд клинических, лабораторно-инструментальных обследований по протоколу. Обязательным исследованием было ультразвуковое исследование почек (УЗИ) 1054 (100%) и ультразвуковая доплерография сосудов почек (УЗДГ) для исключения ренальной гипертензии с риском преэклампсии подверглось 116 беременных (11,005%), из них – 84 второго (72,4%), третьего триместров – 32 (27,6%). Из числа наблюдавших беременных 1054 беременных, 653 (61,9%) госпитализированных в стационар по медицинским показаниям, остальные 401 (38,1%) наблюдались амбулаторно. Критерием госпитализации послужили наличие болевого синдрома у 28 (4,3%), наличие бактериурии – 521 (79,8%), высева бактериурии в бактериологическом исследовании, дизурии 14 (2,1%), интоксикационного синдрома 90 (13,8%). При УЗИ почек определялись ряд параметров: размеры, их расположение, подвижность, эхо-структура, наличие различных образований, толщина почечной паренхимы, наличие свободной жидкости, оценка чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), фиброзной капсулы, наличия аномалией строения и врожденных пороков, дефектов развития. При УЗДГ сосудов почек оценивали: степень поражения сосудов, кровотоков, просвет сосудов и эффективность лечения.

Результаты исследования. По критериям отбора пациенткам всем проведено УЗИ почек,

при котором выявились следующие изменения: деформация ЧЛС, пиелозктазия, расширение ЧЛС, гидронефротическая трансформация, микрокнефролитиаз, мочекаменный диатез, нефроптоз 1–2-хсторонний, гидрокаликоз, каликозктазия, МКБ, отек паренхимы. На УЗДГ сосудов почек выявлено: изменение формы, контуров, повышение индекса резистентности, сужение просвета сосудов, взаиморасположение и подвижность органа. В бактериологическом исследовании культуры мочи показали сильный рост ($>$ или $= 10$ (5) колониеобразующих единиц/мл) в 4,8% образцов (66,7%) этих изолятов были *Escherichia coli*. Микроскопическое исследование имело самую высокую чувствительность (67%), в то время как тесты на нитриты показали самую высокую специфичность и положительную прогностическую ценность (99% и 57% соответственно). Тесты на чувствительность к антибиотикам, проведенные на положительных образцах культур, показали высокую чувствительность к гентамицину, амоксициллину-клавулановой кислоте и фосфомицину.

Выводы. Изменения на УЗИ и УЗДГ-параметрах почек и бактериологическом посеве мочи у беременных можно считать предикторами структурных изменений почек и факторами риска нефропатии при ИМВП у беременных.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

СУЛЕЙМЕНОВ А.К.¹, КУАНЫШЕВА А.Г.¹, СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.²

НАО «Медицинский университет Семей»,¹ Семей, НАО «Медицинский университет Астана»², Нур-Султан Республика Казахстан

Цель исследования. В условиях скринингового обследования беременных 2 и 3 триместра выявить пациенток с инфекцией мочевых путей с последующим проведением анализа

Материал и методы. Исследование проводилось на базах НАО МУС в частности г. Семей, Поликлиника №7, Почечный центр г. Семей, г. Павлодар МУ «Данель», отделение патологии беременных, КГП на ПХВ № Поликлиника №4», всего осмотрено 1175 беременных за период 2018–2022 гг. У всех пациенток взято информированное согласие на исследование, все прошли критерии отбора включения и исключения, из исследования выбыло 121 пациенток не прошедших отбор и отказ от ХАРАКТЕРИСТИК исследования (10,29%). В ходе исследования наблюдалось на амбулаторном этапе 1054 (100%) взятое на исследование беременных женщин второго 756 (71,72%) и третьего 298 (28,28%) триместров с инфекцией мочевых путей (ИМВП). Всем беременным проведены ряд клинических, лабораторно-инструментальных обследований по протоколу. Обязательным ис-

следованием было ультразвуковое исследование почек (УЗИ) 1054 (100%) и ультразвуковая доплерография сосудов почек (УЗДГ) для исключения ренальной гипертензии с риском преэклампсии подверглось 116 беременных (11,005%), из них – 84 второго (72,4%), третьего триместров – 32 (27,6%). Из числа наблюдавших беременных 1054 беременных, 653 (61,9%) госпитализированных в стационар по медицинским показаниям, остальные 401 (38,1%) наблюдались амбулаторно. Критерием госпитализации послужили наличие болевого синдрома у 28 (4,3%), наличие бактериурии – 521 (79,8%), высева бактериурии в бактериологическом исследовании, дизурии 14 (2,1%), интоксикационного синдрома 90 (13,8%). При УЗИ почек определялись ряд параметров: размеры, их расположение, подвижность, эхо-структура, наличие различных образований, толщина почечной паренхимы, наличие свободной жидкости, оценка чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), фиброзной капсулы, наличия аномалией строения и врожденных пороков, дефектов развития. При УЗДГ сосу-

дов почек оценивали: степень поражения сосудов, кровоток, просвет сосудов и эффективность лечения.

Результаты исследования. По критериям отбора пациенткам всем проведено УЗИ почек, при котором выявились следующие изменения: деформация ЧЛС, пиелозктазия, расширение ЧЛС, гидронефротическая трансформация, микро-нефролитиаз, мочекислый диатез, нефроптоз 1–2-хсторонний, гидрокаликоз, каликозктазия, МКБ, отек паренхимы. На УЗДГ сосудов почек выявлено: изменение формы, контуров, повышение индекса резистентности, сужение просвета сосудов, взаиморасположение и подвижность органа. В бактериологическом исследовании культуры мочи показали сильный рост ($>$ или $= 10$ (5) колониеобразующих единиц/мл) в 4,8% образцов (66,7%) этих изолятов были *Escherichiacoli*. Микроскопическое исследование имело самую высокую

чувствительность (67%), в то время как тесты на нитриты показали самую высокую специфичность и положительную прогностическую ценность (99% и 57% соответственно). Тесты на чувствительность к антибиотикам, проведенные на положительных образцах культур, показали высокую чувствительность к гентамицину, амоксициллину-клавулановой кислоте и фосфомицину.

Выводы. ИМВП у беременных сопровождается высоким риском развития осложнений как для матери, так и для плода. Скринингу на выявление ИМВП подлежали все беременные, родильницы если в общем анализе мочи выявлялась изолированная бактериурия при отсутствии клинических признаков инфекции. Своевременное лечение ББ предотвращает развитие гестационного пиелонефрита в 70–80% случаев, а также 5–10% всех случаев невынашивания беременности.

СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

ТУРЕБЕКОВ Д.К.

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

Цель исследования. Изучение распространенности и структуры причин смерти пациентов на программном диализе по г.Нур-Султан.

Материал и методы. Информация для анализа причин смерти получена из отчетов 11 диализных центров г.Нур-Султан с использованием программы МИС. По статистическим данным общее число пациентов с ТХПН в 2019 году составило – 582, в 2020 – 680 и в 2021 – 555 человек. Общее число впервые взятых на ПГД соответственно годам составило 144, 153 и 123 человек в 2021 году. Число умерших согласно отчетам данных центров в 2019 году составило – 48 пациентов, в 2020 году – 64 и в 2021 году 79 пациентов. Средний возраст умерших мужчин $63,6 \pm 3,8$ лет ($n=36$), женщин $63,2 \pm 4,1$ лет ($n= 39$). Наибольшее число среди умерших составили пациенты в возрасте 61–70 лет (31%), на втором месте лица трудоспособного возраста 51–60 лет (27%), далее 71–80 лет (21%).

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования было установлено увеличение летальности на ПГД соответственно годам: 7,9%, 10,8% и 14,2%.

Количество умерших преобладало в более ранние сроки начала ПГД – до 1 года в 37% и от 1 до 3 лет – в 27% случаев, от 3 до 5 лет – 14%, от 5 до 10 лет – 12% и более 10 лет 12%. Средняя продолжительность жизни среди умерших составила – 3 года 3 месяца (39 месяцев). При анализе

смертности среди всех пациентов на ПГД за 2021 год наиболее частыми причинами смерти являются: ССЗ (41%), COVID – ассоциированная пневмония (36%), СПОН (10%). С учетом преобладания смертности до 1 года в 2021 году, проведенный анализ причин смерти показал следующее: ССС – 48,2%; КВИ – 31%; СПОН – 10,3%; Онкология – 6,8%; Политравма 3,4%.

Выводы. В течение последних 3-х лет отмечается рост летальности среди пациентов на ПГД, что составило 14,2% в 2021 году. Анализ структуры причин смерти показал, что основными причинами смерти пациентов с ТХПН являются ССЗ (41%), КВИ 31% и СПОН – 10% на фоне декомпенсации. Высока смертность на ранних этапах от начала ПГД, особенно в период до 1 года, где основной причиной явились сердечно-сосудистые заболевания – 37%.

Полученные результаты высокой смертности на ранних этапах начала ПГД, свидетельствует о необходимости повышения настороженности врачей ПМСП, в том числе кардиологов по вопросам ранней диагностики ХБП, ее факторов риска, первичной и вторичной профилактики ХБП, адекватного лечения с применением современных методов нефро и особенно кардиопротекции, направленных на раннее предупреждение прогрессирования ХБП и снижения смертности от ССЗ и других причин.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ

ФАЗЫЛОВ А.В., АЛЯВИ Б.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., АБДУЛЛАЕВ Х.А., КАРИМОВ М.М.

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

Цель исследования. Оценить возможности телеметрической работы в дистанционной диагностике и лечении терапевтических больных, находящихся в лечении в условиях центральных областных лечебных учреждений.

Материал и методы. Проведен анализ работы телеметрического центра института с центральными областными многопрофильными лечебными учреждениями республики с использованием локальной сети телеметрического комплекса, которая позволяет передавать информацию о клиническом состоянии больных: жалобы, анамнез, объективных лабораторно-инструментальных показателей больных. При необходимости по запросу специалистов центра проверять визуально некоторые симптомокомплексы непосредственно у постели больного, то есть независимо от мест нахождения больных в отделениях центральной больницы.

В течение 5 месяцев этого года диагностика и коррекция лечения с участием ведущих учёных центра: акад. Аляви А.Л., профессор, директора центра Аляви Б.А., Камиловой У.К., Алиахуновой М.Ю., Каримова М.М., Алимовой Д.А., Абдуллаева А.Х., Арипова Б.М. и с участием других ведущих учёных института было проконсультировано более 300 больных терапевтического профиля. В центре каждый день утром с 10 часов проводится в областном разрезе и при необходимости без очереди проводится онлайн консультация с участием 4–5 врачей-специалистов по профилю: общий терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог, ревмоартролог, пульмонолог, а при необходимости и других врачей-специалистов, например, невропатолог и другие, по заранее составленному графику, утверждённой директором института. По консультативной работе очень активно участвуют все областные центры и особенно надо отметить работы врачей Каракалпакской Республики, Сырдарьинской, Навоинской, Андижанской, Самаркандской областные врачи республики, – находящихся в лечении отделениях терапевтического профиля многопрофильных областных клинических лечебных учреждений. Необходимо отметить, что при необходимости визуально с целью дифференциальной диагностики по просьбе специалистов центра лечащий врач проверяет визуально наличие у больного некоторые симптомокомплексы. Далее проводится обсуждение клинического диагноза и оптимального лечения после коллективного разбора дальнейшего введения больных.

Выводы. Дальнейшее способствование развития и усовершенствование дистанционных областных диагностических центров с использованием телеметрического комплекса, которая позволяет оптимизировать диагностику и лечение терапевтических патологий, в том числе и при неотложных (ургентных) состояниях. Дистанционные диагностические центры способствуют приближению специализированной терапевтической помощи ближе к населению сельского района. По нашему мнению хорошая налаженная работа в дальнейшем способствует разгрузку работы вылета врачей санитарной авиации в центральных многопрофильных областных лечебных учреждениях Республики.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИСМАИЛОВ У.С., ХАМИДОВ Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Метаболический синдром (МС) характеризуется как минимум трех факторов риска, таких как гипергликемия, гипертриглицеридемия, низкий уровень липопротеинов высокой плотности, артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение сочетанием у одного и того же человека. Целью этого исследования было изучение распространенности метаболического синдрома и его связь с тяжестью недостаточности периферического кровообращения,

воспалительным статусом и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями у больных с заболеванием периферических артерий.

Материал и методы. Во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии обследовано 108 больных с критической ишемией нижних конечностей. Из них 59 мужчин и 49 женщин, средний возраст был $62,2 \pm 14,0$ лет. Метаболический синдром был диагностирован с помощью критерии международной ассоциации диабетиков. Ишемия

нижних конечностей была диагностирована с помощью УЗИ. Воспалительный статус оценивали путем определения С-реактивного белка в сыворотке. Весь статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения SPSS 26.0 (США).

Результаты исследования. Метаболический синдром был диагностирован у 49% (53) больных с заболеваниями нижних конечностей. Из них 24 мужчин (45%) и 29 (55%) женщин. Пациенты с лодыжечно-плечевым индексом (ЛПИ) $<0,65$ (медиана) чаще имели метаболический синдром, чем у тех с менее тяжелой заболеваний нижних конечностей (59% против 38%, $P < 0,001$). Связь между низким лодыжечно-плечевым индексом и метаболическим синдромом сохранялась после регуляции на возраст и пол (отношение шансов [ОШ], 1,95; 95% доверительный интервал [ДИ], от 1,12 до 5,21; $P < 0,05$). По сравнению с больными с ЗПА без метаболического синдрома у пациен-

тов с МС имели более высокий индекс массы тела (31,3; 95% ДИ [26,8; 32,9] кг/м² пр. 27,2; 95% ДИ [25,4; 28,6] кг/м², $P < 0,05$) и более высокие уровни С реактивного белка (4,2; 95% ДИ [1,5; 8,0] мг/л пр. 1,9; 95% ДИ [1,2; 3,5] мг/л, $P < 0,05$). Постинфарктный кардиосклероз был диагностирован у 61,0% пациентов с метаболическим синдромом и у 41,0% пациентов без метаболического синдрома ($P < 0,05$). При многовариантном анализе МС был связан с постинфарктным кардиосклерозом также после корректировке на лодыжечно-плечевой индекс ОШ 1,97; 95% ДИ, от 1,12 до 4,73.

Выводы. Метаболический синдром присутствует почти у половины пациентов с ЗПА. Было выявлено что, больные с МС имели высокий уровень ИМТ чем у пациентов ЗПА без МС. А также установлено, постинфарктный кардиосклероз коррелирует с наличием МС у больных с ЗПА. Кроме того, высокого уровня СРБ предоставляет более высокий риск развития ССЗ у этих больных с МС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

ХУСАНХОДЖАЕВА Ф.Т., ШУКУРОВА Л.Х., ИСИРГАПОВА С.Н.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность иглотерапии на частоту приступов и количество используемых анальгетиков у больных с хронической головной болью.

Материал и методы. Исследования проводилось среди 60 пациентов, 45 (75%) женщин, и 15 мужчин (25%) в возрасте 18–60 лет с диагнозом «хроническая головная боль». Пациенты были разделены на 2 группы: в группе иглотерапии 30 пациента и в группе контроле 30. Первая, контрольная группа пациентов продолжала принимать обычные лекарственные препараты. Второй группе кроме препаратов, проводились сеансы иглоукалывания. Состояние пациентов оценивали до лечения, через 4 и 16 недели от его начала.

Результаты исследования. Выяснилось, что частота и интенсивность приступов мигрени, у пациентов которым было добавлено в лечения иглоукалывания, была меньше на 43%, чем в кон-

трольной группе. У пациентов, которые продолжали лечиться таблетками, интенсивность головной боли уменьшилась всего лишь на 16%. Достаточно важным побочным результатом этого исследования стало более редкое обращение пациентов, принимавших сеансы иглоукалывания к врачам, чем в группе сравнения.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что регулярное применение иглорефлексо-терапии в комплексном лечении различных хронических головных болей вызывает значительное улучшение состояния пациента. Особенно это касается мигрени, а также головной боли напряжения. Также важен и фармако-экономический итог этого исследования. Иглоукалывание, конечно, требует времени, и соответствующей квалификации специалистов. Но при этом – это более дешевый метод, и что очень важно, лишённых побочных эффектов, свойственный практически всем лекарственным препаратам.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

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

Цель исследования. Изучить качество жизни у больных тиреотоксикозом при коморбидности с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследование были включены 128 больных 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 21 больной со I ФК ХСН, 2-ую группу – 48 больных со II ФК ХСН и 3 группу – 51 больной с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 50 больных ХСН. Качества жизни (КЖ) пациентов изучалось с применением Миннесотского опросника.

Результаты исследования. Оценка КЖ у обследованных больных по Миннесотскому опроснику показала, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил – $22,90 \pm 2,46$ баллов, у больных с II ФК ХСН – $41,65 \pm 2,06$ баллов, с III ФК ХСН – $56,70 \pm 0,79$ баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ($r = -0,71$). Анализ показателей КЖ также проводился в зависимости

от уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП), так как данный нейрогормон определяет тяжесть течения и прогноз ХСН. Результаты показали, что у больных при уровне МНУП ≥ 400 пг/мл данный показатель у больных с I ФК ХСН составил $27,2 \pm 2,24$ баллов, у больных МНУП < 400 пг/мл – $20,2 \pm 5,1$ баллов. Эти показатели у больных со II ФК ХСН составил $34,4 \pm 3,1$ баллов и $25,3 \pm 4,7$ баллов соответственно и у больных с III ФК ХСН $57,2 \pm 9,6$ баллов и $34,5 \pm 5,8$ баллов соответственно. Также были проанализированы показатели КЖ в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Результаты показали, что у больных с ФВЛЖ $> 50\%$ показатель КЖ составил $31,8 \pm 6,5$ баллов, при ФВЛЖ $= 49-40\%$ – $39,4 \pm 5,3$ баллов и при $51,5 \pm 7,9$ баллов.

Выводы. Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания и качеством жизни выявило обратную корреляционную связь высокой степени между ФК ХСН и уровнем МНУП, а также прямую корреляционную связь с показателем ФВЛЖ.

OUTCOMES AFTER REVASCULARIZATION OF THE PERIPHERAL ARTERY DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES

ISMAILOVA U.S., KHOMIDOV F.K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. Peripheral artery disease of the lower extremities (PADLE) is one of the concerning issues of the medicine. Despite the technological advancements in healthcare, PADLE is a sensitive topic of the healthcare, as it requires complex care and treatment options along with interventions. Purpose of the study was to evaluate short-term outcomes of balloon angioplasty in patients with peripheral artery disease of the lower extremities.

Material and Methods. 112 consecutive patients (aged 42–78 years, mean age 65 ± 12.0 years, male=58%) with peripheral artery disease of the lower extremities were enrolled in this study. All patients were diagnosed with PADLE and referred to the balloon angioplasty along with standard therapy at the second clinic of the Tashkent Medical Academy from 2019 to 2022 years. Mean follow-up was 24.0 ± 9.4 months. Anthropometric, laboratory and instrumental data were obtained at baseline and during the follow-up period. Potency of the peripheral artery were assessed with Doppler echocardiography

of the peripheral arteries. All statistical analysis were performed using SPSS 26.0 (USA) software.

Results. During the median follow up period, 37 % of patients had symptoms of the critical limb ischemia and 26% of patients had at least one occluded ballooned peripheral artery. Among occluded peripheral artery, 88 % underwent revascularization of the peripheral artery with ballooning whereas 12 % had amputation. Among occluded peripheral artery during the follow-up 14 patients had one artery occlusion, 9 patients had two occluded artery and six patients had three occluded artery. Patients who did not adhere prescribed treatment tended to have more pronounced symptoms than those who followed doctor's recommendations ($P < 0.05$). Multivariate regression analysis revealed that type two diabetes mellitus (2.4 OR, 95 % CI, 1.4–3.5, $P < 0.05$), increased body mass index (1.8 OR, 95 % CI, 1.2–2.7, $P < 0.05$), metabolic syndrome (1.7 OR, 95 % CI, 1.1–2.8, $P < 0.05$) had been a risk factors for the artery occlusion. Besides, there were positive correlation between baseline high

LDL cholesterol and rate of potency of the peripheral artery disease ($r=0.4$, $P<0.05$).

Conclusion. Revascularization of the peripheral artery disease of the lower extremities with balloon angioplasty is efficient if patients follow doctor's recommendations and prescribed treatment. Risk

factors for the closing of PADLE were type 2 diabetes mellitus, smoking, metabolic syndrome and increased body mass index. In order to avoid complication related PADLE, one should control patients' risk factors, adherence to treatment and encourage maintaining healthy lifestyle.

THE LEVEL OF VISFATIN AND INDICATORS OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH THE COMBINED PATHOLOGY OF TYPE 2 DIABETES AND OSTEOARTHRITIS

CHERPITA V., ZHURAVLYOVA L.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose. To determine the interdependence of indicators of glucose metabolism and lipid metabolism with levels of visfatin (VF) in women with T2DM and OA in pre – and postmenopause.

Methods. To conduct the study, we selected a group of 120 pre – and postmenopausal women, who were divided into three groups; 1st ($n=20$) – women with a moncourse of T2DM; 2nd ($n=20$) – with a moncourse of OA; 3rd ($n=64$) – with comorbid course of T2DM and OA. The control group consisted of 16 relatively healthy women of the appropriate age. In order to determine the levels of VF blood, a variant of indirect non-competitive heterogeneous enzyme immunoassay was used on the analyzer «Labline–90» (Austria) using a commercial test system manufactured by the company «Elabscience» (China).

The results. When studying the features of the course of T2DM and OA in pre – and menopausal

women, violations of carbohydrate and lipid metabolism were recorded due to a probable ($p<0.001$) increase in VF levels in OA (4.2 ± 1.1 ng/ml) and T2DM (3.9 ± 1.2 ng/ml). The highest level of VF was recorded in the group of comorbid combination of T2DM and OA (5.5 ± 1.0 ng/ml) compared to the levels of relatively healthy women of the same age group (1.8 ± 0.5 ng/ml). Thus, a violation of carbohydrate and lipid metabolism in pre – and postmenopausal women against the background of hypervisfatinemia in OA and T2DM, especially in their comorbid combination compared to a control group of relatively healthy women of the same age, was reliably established.

Conclusions. The highest level of VF was recorded in the group of comorbid pathology of T2DM and OA. The results obtained by the study are fully confirmed by other studies, which indicate a rather close relationship between insulin resistance and T2DM due to VF and the development of OA.

СОДЕРЖАНИЕ

**«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.	3
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЦЕНКОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н.	4
СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ Абдуллаева У.К.	5
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АСПИРИНА НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС Аляви А.Л., Ходжанова Ш.И., Рахимова Д.А., Сабиржанов З.Т.	5
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н.	6
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АНТИАГРЕГАНТ ДАВОНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШДА КЛОПИДОГРЕЛ МЕТАБОЛИЗМИНИ БОШҚАРАДИГАН ГЕНЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ Аляви Б.А., Узоков Ж.К.	7
СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Аннанепесов Т., Джумаев Х., Эльясов М.Б., Тойлиев С.Т., Ходжакулиев Б.Г., Халмуродова М.Х.	8
ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАМИЛ ЭКСТРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Атаджанова М.А., Худайбердиева Д.П.	9
К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ Ахметжанова Ш. К, Байдулин С. А, Риб Е.А, Жукушева Ш.Т, Сыздыкова А.Б.	9
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ И РОЛИ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Бобоев М.М., Маматов Б.Ю.	10
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Винокурова Е.С., Сабирджанова З.Т., Рахимова Д.А.	10
НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА В ПОСЛЕДСТВИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Винокурова Е.С., Сабиржанова З. Т., Рахимова Д.А.	11
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАРИФИКАЦИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ Даминов Б.Т., Абдуллаев Ш.С., Эрназарова М.М.	12

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА Джураева Э.Р., Ризамухамедова М.З., Арипова Н.А., Бердиева Д.У., Ганиева Н.А.	12
КОВИДДАН КЕЙИНГИ СИНДРОМНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Ермекбаева А.У., Камилова У.К., Хамраев А.А., Закирова Г.А., Нуриддинов Н.А.	13
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН COVID–19 ЎТКАЗГАН БЕМОЛЛАРДА ЭНДОТЕЛИЙ ФУНКЦИЯСИНИ ЎРГАНИШ Ермекбаева А.У., Камилова У.К., Рахимов А.Н., Хамраев А.А., Назаров Н.Н., Хусанов Р.А.	14
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИДА МИЯ НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИДИ NPPV RS 198389 ГЕНИ ПОЛИМОРФИЗМИНИНГЎРНИ Закирова Г.А., Камилова У.К., Бобоев К.Т.	14
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Хафизов Т.Н.	15
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД–19 Ибрагимов У.Д., Пирматова Н.В., Гадаев А.Г.	16
СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК С ПРИМЕНЕНИЕМ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Бекназарова С.С., Абдуллаева Ч.А., Тагаева Д.Р., Закирова Г.А.	17
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН COVID–19 РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЛАРДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОН ТИЗИМИ ҲОЛАТИ Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Рахимов А.Н., Закирова Г.А., Нуриддинов Н.А., Тагаева Д.Р., Алиева М.Ю.	18
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРНИНГ ШИФОКОРЛАРНИНГ ДАВО КЎРСАТМАЛАРИГА МАЖБУРИЯТИ (ПРИВЕРЖЕННОСТЬ) ВА АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИЛГАН ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАСИНИНГ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Абдукодирова Н.М., Саидов Х.Х., Сағатова Х.М., Муминов С.Дж.	18
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН АМБУЛАТОР КУЗАТУВ ШАРОИТИДАГИ БЕМОЛЛАРДА «АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ» МАКТАБИДАН КЕЙИНГИ САМАРАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Турсунов Х.Х., Абдукодирова Н.М., Толипова Ю.Ш.	19
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТОЛА ЛКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИБС Кахаров И.И., Фозилов Х.Г., Юлдашов Б.А., Атамуратов Б.Р.	20
ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ S-T СЕГМЕНТ КЎТАРИЛИШИ БИЛАН КЕЧГАН БЕМОЛЛАРДА КОРОНАРОАНГИОПЛАСТИКА ВА ТРОМБОЛИТИК ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Курбанова Д.Х., Турсунова Л.Д., Сайдалиев Р.С.	20
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Маммедназарова А.К., Аллабердиев А.А., Курбанов В.А.	21
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ И РАССЛОЕНИЯХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ Махкамов Н.К., Зуфаров М.М., Хафизов Т.Н.	22
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ И РАССЛОЕНИЯХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ Махкамов Н.К., Зуфаров М.М., Хафизов Т.Н.	23
ВЫЖИВАЕМОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Мацкевич С.А., Бельская М.И.	24
ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК Машарипова Д.Р., Камилова У.К., Бобоев К.Т.	24
АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Муратназарова Н.А., Хожакулиев Б.Г., Мухаммедова Н.А.	25

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Муродова Н.О., Жабборов О.О., Турсунова Л.Д.	26
АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОР НЕПРИЛИЗИН ИНГИБИТОРИНИ ИШЕМИК ЭТИОЛОГИЯЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОЛЛАРДА МИОКАРДНИНГ ЯШОВЧАНЛИГИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ Нарзуллоева Д.С., Мухамедова М.Г., Насирова Г.А.	27
ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ТАРҚАЛИШИ ЖИҲАТЛАРИ Нишонов Н.А., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Каландаров Д.М.	27
ФЕРМЕР – АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЁШГА БОҒЛИҚ ХОЛДА АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОС ЖИҲАТЛАРИ Нишонов Н.А., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.	28
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С МИКСОМНОЙ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Овезова Г., Аманова Дж., Акмаммедова А., Тангиева О., Артыкова А.	28
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОЛЛАРДА КАМ УГЛЕВОДЛИ ПАРҲЕЗНИНГ БИОКИМЁВИЙ САМАРАДОРЛИГИ Пайзиев Дж.Дж., Аляви Б.А.	29
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА КАМ УГЛЕВОДЛИ ПАРҲЕЗНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ БИОМАРКЕРЛАРИГА ТАЪСИРИ Пайзиев Дж.Дж., Аляви Б.А.	30
КОРРЕКЦИЯ ПОЧЕЧНОЙ И МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД –19 Пирматова Н.В., Гадаев А.Г., Кадирова Г.И., Муминова Н.А., Кабилова Г.А.	30
КАХЕКСИЯ И КИШЕЧНАЯ МАЛЪАБСОРБЦИЯ – КАК ПРОЯВЛЕНИЕ КОМОРБИТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Пулатова П.Х., Гадаев А.Г., Пирматова Н.В.	31
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНОЙ КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Пулатова П.Х., Гадаев А.Г., Пирматова Н.В.	32
COVID–19 ЎТКАЗГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Рахимов А.Н., Камилова У.К., Ермекбаева А.У., Машарипова Д.Р., Нуритдинов Н.А., Ахмедов Х.С.	32
COVID-19 ЎТКАЗГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА КАСАЛЛИК КЕЧИШИНИ БАШОРАТЛАШ Рахимов А.Н., Камилова У.К., Закирова Г.А., Нуритдинов Н.А., Утемуратов Б.Б.	33
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Очилов И.А.	34
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ РОЗУВАСТАТИНОМ И КОМБИНАЦИИ С ЭЗЕТИМИБОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Абдухаликов О.З.	35
ПАСТ ВА ЎРТАЧА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ХАВФИ МАВЖУД БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТОЖ АРТЕРИЯЛАРДАГИ СУБКЛИНИК АТЕРОСКЛЕРОЗНИНГ КЎКРАК АРТЕРИЯЛАРИНИНГ КАЛЬЦИНОЗИ БИЛАН ЎЗАР БОҒЛИҚЛИГИ Розиходжаева Г.А., Шарипова З.К., Саидходжаева Д.А.	36
РОЛЬ И МЕСТО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРЕДТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	36
Розыходжаева Г.А., Саидходжаева Д.А., Шарипова З.К.	36
ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ТРАНСКЛАПАН ОҚИМ ТЕЗЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ Розиходжаева Г.А., Юсупалиева Г.А., Назирхужаев Н.Ш.	38
КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ: «ЛЕГКИЕ – ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ» Сейсембеков Т.З, Тусупбекова М.М., Муравлева Л.Е., Мукатова И.Ю., Молотов-Лучанский В.Б., Жаутикова С.Б. ² , Смаилова Г.Т. ¹ , Зеленская В.Н. ¹ , Туксеитова Г.Б. ¹	38

АКТИВНОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Сулеймангулыев Ш.М., Джумаев Х.Х., Ходжакулиев Б.Г., Муратназарова Н.А.	39
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК Тагаева Д.Р., Икрамова Ф.А., Камилова У.К., Хамраев А.А., Абдуллаева Ч.А., Машарипова Д.Р., Закирова Г.А.	40
ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДИКТОРОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Тангиева О., Овезова Г., Мухаммедова Дж., Акмаммедова А.	40
АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ Танрыбердиева Т.О.	41
ГЕМОДИНАМИКА ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ КРИЗА Танрыбердиева Т.О.	42
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ АЛЬГЕЙМЕРА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Толибов Д.С., Асланова С.Н.	42
МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЙ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Толибов Д.С., Асланова С.Н.	43
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗА В БАСЕЙНЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Ходжакулиев Б.Г., Нургельдыев Х.	44
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА ЁШНИНГ ТРОМБОЦИТЛАР АГРЕГАЦИЯСИ ВА АСПИРИНРЕЗИСТЕНТЛИККА ТАЪСИРИ Ходжанова Ш.И.	45
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Чапау А.Х., Оразмаммедова Ш.М., Оджарова Б.Г., Шихмырадова Г.А.	45
ФАКТОРЫ РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Шоалимова З.М., Жалилов Ш.	46
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ Шукуров А.А., Авезов Д.К., Хусанов Р.А.	47
МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИАЛ NO – СИНТАЗА ГЕНИНИНГ – Т786С ПОЛИМОРФИЗМИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ Юсупов Д.М., Камилова У.К., Бобоев К.Т., Хусанов Р.А.	48
CHANGES OF THE ENDOTELIAL FUNCTIONAL PROPERTIES IN ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19 Alyavi A.L., Ubaydullaev Sh.A.	48
CHANGES OF THE BIOCHEICAL INDEXES AFTER COVID-19 IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS Alyavi A.L., Ubaydullaev Sh.A.	49
TO STUDY THE ROLE AND FUNCTION OF LEUKOCYTES IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Bektashev I.B., Kadirova G.I.	49
HYPERURICEMIA AND ARTERIAL HYPERTENSION RELATIONSHIP OF HYPERTENSION AND RISK FACTORS Bektashev I.B., Kadirova G.I.	50
IGF-1 IN PREDICTION OF THE DEVELOPMENT OF PREDIABETES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION Zhuravleva L.V., Pyvovarov O.V.	50
THE RESEARCH OF CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF MYOCARDIAL INFARCTION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN Makhkamova M.M., Nurillaeva N.M., Ortikboeva Sh.O.	51
INFLUENCE OF OBESITY ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASE WITH COVID-19 Mukhamedova M.G., Nosirova G.A.	52

FEATURES OF THE BLOOD CHEMICAL PROPERTIES AFTER COVID-19 IN CHRONIC HEART FAILURE Nosirova G.A., Mukhamedova M. G.	52
EFFECT OF SACUBITRIL/VALSARTAN ON BIOCHEMICAL FEATURES IN CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19 Nosirova G.A., Mukhamedova M.G.	53
EFFECT OF COVID-19 ON THE QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE Nosirova G.A.	54
SURVIVAL STUDY OF DIALYSIS PATIENTS WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR DISEASES Sharapov O.N.	54
CENTRAL HEMADINAMICS INDEXES IN CORONARY ARTERY DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19 Ubaydullaev Sh.A., Alyavi A.L.	55

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGIDA YALLIG'LANISH JARAYONLARINING AYRIM QON IVISH OMILLARINING POLIMORFIZMLARI MAVJUDLIGIGA BOG'LIQLIGI Abduganieva E.A., Liverko I.V., Gafner N.V.	56
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Абдуллаев А.Х., Арипов Б.С., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Абдуллажанова Ш.Ж., Таджиходжаева Ю.Х.	56
ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т.	57
ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Аляви А.Л., Рахимова Д.А.	58
ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Аляви Б.А.	58
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СВЕТЕ ПОСЛЕДНИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ Арипов Б.С.	59
СВОБОДНЫЕ КОМБИНАЦИИ БУДЕСОНИДА И ФОРМОТЕРОЛА В ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Муминов Д.К.	59
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Аллабердиев А.А., Курбанов В.А., Атдаева С.Б.	60
РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ Есенгельдинова М.А., Бакенова Р.А., Сейсембеков Т.З., Утешева Н.Я.	61
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЛОДКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ Кешикова Д.М., Гарлыев Ч.Г.	61
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Максудова Л.О., Таиров М.Ш.	62
БРОНХИАЛ АСТМАНИ ХАТАР ОМИЛЛАРИ: 18–90 ЁШЛИ АХОЛИ ОРАСИДА АНИҚЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ (20 ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК МОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ) Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А., Қурбонова Р.Р., Соипова Г.	63
БРОНХИАЛ АСТМАНИ ТАРҚАЛИШИ ЧАСТОТАСИ ВА АНДИЖОН ШАРОИТИДА 20-ЙИЛЛИК ЎЗГАРИШЛАРИ Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А., Қурбонова Р.Р., Соипова Г.	63
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ Мамасолиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М., Тажибаева Л.Р.	64

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ	
Мамасолиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М., Тажибаева Л.Р.	64
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ ДОЛИНЫ	
Мамасолиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М., Тажибаева Л.Р.	65
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	
Муминов Д.К., Баховидинов Ч.Г.	66
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Муминов Д.К., Даминова Л.Т., Баховидинов Ч.Г.	66
ОЦЕНКА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПО КРИТЕРИЯМ ОКСИДАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ	
Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т.	67
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	
Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т.	68
ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т.	68
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Ташмухамедова М.К.	69
ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИДА КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФ ОМИЛЛАРИ	
Тошов С.С., Камилова У.К.	69
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ	
Фазылов А.В., Арипов Б.С., Турсунов Д.И., Гафарова Г.И., Тошев С.С.	70

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

PSORIATIK ARTRITLI BEMORLARDA JIGAR NOALKOGOL GEPATOZI KASALLIGINI UCHRASHI VA DARAJALARI	
Muxsimova N.R., Sadullayeva X.U.	71
SURUNKALI PANKRIATIT KASALLIGIDA INGICHKA ICHAKDA ORTIQCHA BACTERIAL O' SISH SINDROMI	
Xaytimbetov J. Sh., Abdullayev U. S.	71
ВНЕКИШЕЧНЫЕ СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	
Ахмедов М.А., Абдуллаев Х.А., Фазылов А.В., Умаров А.Э., Нажметдинов Г.Р.	72
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА	
Абдулхаева Д.Р., Валижанова З.И., Юлдашева Г. Р., Жаббарова Д.Х.	73
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА	
Аллабердиев А.А., Гаровов Г.Я., Худайбердыева Г.П., Танрыбердиева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Назармамедова Т.Н.	73
ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬГИНАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Аллабердиев А.А., Гаровов Г.Я., Танрыбердиева Т.О.	74
ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ	
Ахмедова Н.А., Темирова М.Б. Касимова М.Б.	74
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ	
Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Иноятова Д.А.	75
HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИАЛАНГАН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДАГИ ТЕМИР КЎРСАТКИЧЛАРИ БИЛАН ИНТЕРЛЕЙКИН – 6 ВА α – УСМА НЕКРОЗИ ОМИЛИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК	
Гадаев А.Г., Махманов Л.С., Туракулов Р.И.	75
COVID –19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ИЧАКЛАРИДАГИ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА КАЛПРОТЕКТИННИНГ АҲАМИЯТИ	
Гадаев А.Г., Исмоилова М.И., Абдухолиқов О.З.	76

ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЕМ СЕРО-ВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ Гельдиева Ш.А., Худайбердиева Дж.П., Джамшидов А.	77
ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL10 (G1082A) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА Исмаилова Ф.Р., Тагаева М.Х.	77
ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-2019 Исмаилова Ф.Р., Ахмедова Н.А.	78
РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ЦИТОКИНОВОГО ГЕНА IL6 (C174G) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т., Бобоев А.Т.	78
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА Каримов М.М., Дусанова Н.М., Собирова Г.Н., Каримова Д.К.	79
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ Каримов М.М., Исмаилова Ж.А., Дустихумедова Э.Х., Зуфаров П.С.	79
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ГАСТРИТОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Зуфаров П.С.	80
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЮСПАТАЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРИЗНАКАМИ ЭЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Овезова Г., Розыева Г., Аннамурадова Г., Чопанова М.	80
ВОЗМОЖНОСТИ ИМПУЛЬСНОВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ Рахимова З.Р.	81
HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИАЦИЯН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА МОЙИЛЛИК ТУЎДИРУВЧИ ТАШҚИ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Ризаев Ж.А., Махманов Л.С., Гадаев А.Г.	81
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ Н. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА Ризаев Н.У., Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Исмаилова Ф.Р.	82
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Рустамова М.Т., Салимова Н.Д., Ризаев Н.У.	83
КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Рустамова М.Т., Закирходжаев Ш.Я., Паттахова М.Х., Нарзиев Н.М.	83
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ Фазылов А.В., Аляви А.Л., Ешимбетов А.Е., Кенжаев Б.Ч., Рузимов Х.И.	84
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т.	84
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Хамраев А.А., Юлдашева У.Х., Касимова М.Б.	85
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА Юлдашева Г.Р.	86

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

REVMATOID ARTRIT BILAN BIRGALIKDA AUTOIMMUN TIREODITNING O'ZIGA XOS KECISHI Isamitdinova N.SH., Aliaxunova M.Y.	87
ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITLI BEMORLARDA MINERALLAR ALMASHINUVI BUZILISHIDA SUYAK-BO'G'IM TIZIMI Pulatova Sh.B., Nabiyeva D.A.	87

PODAGRIK NEFROPATIYANING KLINIK KO'RINISHLARI Qodirova SH.A., Raxmatov A.M.	88
SURUNKALI GLOMERULONEFRITNING JINS VA YOSHGA KO'RA KECISH XUSUSIYATLARI Qodirova SH.A.	89
ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА–17 У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев У.С.	89
УРОЛИТИАЗНИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТАРҚАЛИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Қурбонова Р.Р.	90
СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Усмонов Б.У.	91
ПРЕУРОЛИТИАЗНИ АНДИЖОН ШАРОИТИДА АНИИҚЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Каландаров Д.М.	91
ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ШАҚЛЛАНИШИ МЕХАНИЗМЛАРИ ВА ХОС ЖИҲАТЛАРИ Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Қурбонова Р.Р.	92
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ Алиахунова М.Ю.	92
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ Алиахунова М.Ю.	93
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Алиахунова М.Ю.	94
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ ПОВЫШЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аллабердиев А.А., Курбанов В.А., Ханмаммедова Л.И. Ашырова А.А.	95
ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Аллабердиев А.А., Танрыбердиева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Гаровов Г.Я.	95
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА СРЕДИ РАБОТНИКОВ АКЦИОНЕРНОЙ КОМПАНИИ Аляви Б.А., Фазылов А. В., Умаров А.Э., Нажметдинов Г.Р., Собирова Н.М., Суйдиев Ф., Моторина Т.В.	96
СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Атаджанова М.А., Мурадова И.Г.	97
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДИПИРИДАМОЛНИ ТРОМБОЦИТЛАР АГРЕГАЦИЯСИ ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Ахадов А.А., Умарова З.Ф., Ходжанова Ш.И., Жуманазаров С.Б.	97
ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ТОМИРЛАРДА ҚОН ОҚИШ ТЕЗЛИГИ АСОСИДА БАҲОЛАШ Бобоқулов М.Б., Сабилов М.А.	98
ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАҚДА ТОМИР ҚАРШИЛИГИНИ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИДА ЎРГАНИШ Бобоқулов М.Б., Сабилов М.А., Нарзикулова М.Ш.	98
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.	99
АРТРАЛГИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID–19 Мирахмедова Х.Т., Аликулов И.Т., Эгамова С.Ш., Валиулин Р.И.	100
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Джуроева Э.Р., Арипова Н.А.	100
РЕМИКЕЙД В ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Усманбекова Х.Т.	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТЕМРЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Усманбекова Х.Т.	102

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА LCZ696 (САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН) НИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Мирзаева Ш.Х., Максудова М.Х., Турсунова Л.Д.	102
ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Рахимова М.Б., Ахмедов Х.С., Тагаева М.Х.	103
ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ Сафаров А.Ж., Камилова У.К.	103
ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Суяров А.А., Киреев В.В., Хатамов Х.М., Усманбекова Х.Т.	104
ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛЮКОКОРТИКОИДОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Суяров А.А., Киреев В.В., Арипова Т.У.	105
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Таирова З.К., Шодикулова Г.З.	106
COVID–19 АССОЦИРЛАНГАН НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИ БУЗИЛИШЛАРИГА АЦЕТИЛЦИСТЕИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ Ташпулатова М.Х., Сабиров М.А.	106
COVID–19 АССОЦИРЛАНГАН НЕФРОПАТИЯЛАРДА БУЙРАК ТОМИРЛАРИ ҚАРШИЛИГИГА АЦЕТИЛЦИСТЕИННИНГ ТАЪСИРИ Ташпулатова М.Х. Мунавваров Б.А.	107
КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМДА ГИПОТЕНЗИВ ДАВОНИНГ САМАРАСИ Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	108
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КОКСИКЕЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Усманбекова Х.Т., Киреев В.В., Суяров А.А., Умарова Г.Ф.	108
БУЙРАК КЎЧИРИБ ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ХОЛАТИНИ БАҲОЛАШ Хайитов Х.А., Сабиров М.А.	109
БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ КУЗАТИШ Хайитов Х.А.	110
ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ MSCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Хамраев Х.Х.	110
COVID–19 ЎТКАЗГАН КОМОРБИД ҲОЛАТДАГИ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИНИ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ Эшонкулов Ж.Ҳ., Жаббаров О.О., Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Жуманазаров С.Б.	111
INFLAMMATION OF HIP JOINTS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS Mirakhmedova Kh.T., Saidrasulova G.B.	112
DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN RHEUMATOLOGICAL PRACTICE (CLINICAL CASE) Zhuravlyova L., Fedorov V., Oliinyk M., Sikalo Y., Khovrat T.*, Zinchenko G.*, Podlesna Y.*	112

РАЗНОЕ

HOMILADORLIKDA TIZIMLI QIZIL BO'RICHA KASALLIGINI O'ZIGA XOS KECISHI VA DAVOLASH Abdullayeva N.X., Abduazizova N.X.	114
INSULTDAN KEYIN BEMOR PARVARISHI Aytmuratova U.K., Tilepbergenova Q.S.	115
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ Азимзода С.М., Азизуллоева Ш., Алимова Н.А.	115
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЖАРКОГО КЛИМАТА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА Акмурадова Г., Мамедсахатова С., Аманова С.	116
ГИПЕРТОНИЯ ВА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯДА COVID–19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА БОШ МИЯ ИНСУЛЬТЛАРИНИНГ КЕЧИШИ Асланова С.Н., Содиқов Р.А., Байханова Д.Д.	116

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Бердыева Л., Мамедсахатова С., Аннануров Дж.	117
COVID–19 ЎТКАЗГАН БЕМОЛЛАР ИЧАКЛАРИДАГИ ЯЛЛИГЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА КАЛПРОТЕКТИННИНГ АҲАМИЯТИ Гадаев А.Г., Исмоилова М.И., Абдухолиқов О.З.	117
ТУҒРУҚ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ҲАРАКАТИ БУЗИЛИШИГА БОҒЛИҚЛИГИ Дадабаева Р.К.	118
РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID–19 Даминова Л.Т., Адылова Д.Ш.	119
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Даминова Л.Т., Адылова Д.Ш.	119
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ COVID–19 КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Есенбекова Э.Ж.	120
COVID –19 ЎТКАЗГАН БЕМОЛЛАРДА ТИЗИМЛИ ЯЛЛИГЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ ИНТЕРЛЕЙКИН – 6 ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ Исмоилова М.И., Гадаев А.Г., Ибрагимов У.Д.	121
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID–19 Каландарова А.Н., Жиемуратова Г.К., Кадырова А.М.	121
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID–19 Коломиец В.М., Польшикова Н.А., Павленко Е.П.	122
ГЕРЕНТОКОМОРБИДЛИК ГЛАУКОМАНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА (эпидемиологик текширув натижалари) Мамасолиев З.Н., Каюмов У.К., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У.	122
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID–19, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Муминова Н.Х., Высогорцева О.Н.	123
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КУРОРТОВ ТУРКМЕНИСТАНА Овезова Г., Мухаммедова Д., Аннамурадова Г., Розыева Г., Чопанова М., Гурбанов М.	124
ВОЗМОЖНЫЕ СИНДРОМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ COVID–19 Отекеева С.С., Баймуратова Л.К.	124
ПРИМЕНЕНИЕ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ КРОВИ В ИЗУЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Рахимова З.Р., Розимов И.Б., Мамедова Г.И., Гельдимырадов С.Б.	125
ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА ВА ЎНГ ҚОРИНЧА ЎЛЧАМЛАРИ НИСБАТИ Розиходжаева Г.А., Юсупалиева Г.А., Назирхужаев Н.Ш.	126
HELICOBASTER PYLORI БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИДА МОЙИЛЛИК ТУҒДИРУВЧИ ТАШҚИ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Ризаев Ж.А., Махманов Л.С., Гадаев А.Г.	126
РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ОЛАЁТГАН БЕМОЛЛАРДА КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Сабиров М.А., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.	127
РАЦИОНАЛЬНОЕ СКРИНИНГОВОЕ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С УЧЕТОМ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК Сулейменов А.К., Куанышева А.Г., Сейсембеков Т.З.	127
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ Сулейменов А.К. ¹ , Куанышева А.Г. ¹ , Сейсембеков Т.З.	128
СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ Туребеков Д.К.	129

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ Фазылов А.В., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Абдуллаев Х.А., Каримов М.М.	130
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Исмаилов У.С., Хамидов Ф.К.	130
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С.Н.	131
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Юсупова М.Ш., Камилова У.К., Хайдарова Ф.А.	132
OUTCOMES AFTER REVASCULARIZATION OF THE PERIPHERAL ARTERY DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES Ismailova U.S., Khomidov F.K.	132
THE LEVEL OF VISFATIN AND INDICATORS OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH THE COMBINED PATHOLOGY OF TYPE 2 DIABETES AND OSTEOARTHRITIS Cherpita V., Zhuravlyova L.	133