

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2020

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2020. №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, профессор
Б.А. Аляви, д.м.н.
А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор
Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор
У.К. Каюмов, д.м.н., профессор
М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор
У.К. Камилова, 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 23.09.2020. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.

Усл. п.л. 24,0. Тираж 150. Заказ № 610.

КАРДИОЛОГИЯ

FILTRATION FUNCTION OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE DEPENDING ON THE LEVEL OF LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION <i>Bektimirova A.A., Atahodjaeva G.A.</i>	16
COMPARATIVE EFFICIENCY OF ATORVASTATIN AND ROSUVASTATIN TREATMENT IN VERY HIGH CARDIOVASCULAR RISK PATIENTS <i>Demidova I., Lohvynenko K., Zlatkina V.</i>	16
EVALUATION OF MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES WITH ARTERIAL HYPERTENSION <i>Kosher A.T., Seidakhmetova A.A.</i>	17
EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION <i>Ospanbek A.K., Seydakhmetova A.A., Kauizbay Zh.A., Sericova B.D., Taigasheva N.M.</i>	18
МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ – ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ <i>Абдуллаев А.Г., Абдувохидов Д., Усманова Д.Н., Узбекова Н.Р., Кабулжанова М.Ш.</i>	19
ПРИНЦИПЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Абдуллаева К.А., Усманова Д.Н., Юлдашева С.Л., Болтабаев А.</i>	19
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Рахимов Н.М., Машрапов О.А., Абдухалимов И.А.</i>	20
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОДНОЙ И ДВУХ МАММАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Рахимов Н.М., Машрапов О.А., Абдухалимов И.А.</i>	21
КОНВЕРСИЯ НА ИСКУССТВЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ АОРТО-КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ <i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Машрапов О.А., Абдухалимов И.А., Рахимов Н.М.</i>	22
СВОЕВРЕМЕННЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Агабабян И.Р., Хамраев Х.Х., Адилев А.С.</i>	22
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Аляев А.Л., Убайдуллаев А.М., Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Очилов С.М., Зуфаров М.А.</i>	23
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Аляев А.Л., Камилова У.К., Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Очилов С.М., Сабиржанова З.Т.</i>	24
ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С НЕБИВОЛОЛОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Аляев А.Л., Рахимова Д.А., Норматова К.Ш., Сабиржанова З.Т., Азимова Н.З.</i>	25
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ <i>Аляев Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Далимова Д.А., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Исламова Д.Н., Тошев Б.Б.</i>	26
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРОНАРОКОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Бабаджанов А.С., Бабаджанов С.А., Зуфаров М.М.</i>	27
ОПРЕДЕЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВТОРИЧНЫХ АЛКИЛАМИНОВ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ <i>Бекташев И.Б., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Усманов Б.Б.</i>	27
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК <i>Беловол А.Н., Корнейчук В.И. Кириенко А.Н.</i>	28
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СТРЕСС – ЭХОКАРДИОГРАФИЯ <i>Болтабаев А.М., Абдуллаева К.А., Усманова Д.Н., Кабулжанова М.Ш.</i>	29
КОРРЕКЦИЯ ОПАСНЫХ ДЛЯ ЖИЗНИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС <i>Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Вахабов Б.М., Усманов Б.Б.</i>	29

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШ <i>Гадаева Н.А., Туракулов Р.И.</i>	30
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Даминова Л.Т., Кодиров Ш.С.</i>	31
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР <i>Джураева Н.О., Эркинова Н.Э., Гадаев А., Тошева Х.Б., Халилова Ф.Х.</i>	32
ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ) <i>Жалилов А.О., Юлдошев Н.П., Собирова Ш.А., Нагаева Г.А.</i>	32
РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 В УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ОЖИРЕНИЕМ <i>Иванова Е.В.</i>	33
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТом МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С.</i>	34
ЮРАКНИНГ ОҒРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ЎЗГАРИШЕНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Исаков А.А., Таштемирова И.М., Рохибжонов А., Усманов Б.Б., Юсупова Н.А.</i>	35
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ РИВОЖЛАНИШИДА НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОННИНГ ЎРНИ <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Закирова Г.А., Утемуратов Б.Б., Рахимов А.Н.</i>	35
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ ФОНИДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ДИАСТОЛИК ФАОЛИЯТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ДИНАМИКАСИ <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Нуритдинов Н.А., Ибабекова Ш.Р., Тошев Б.Б.</i>	36
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧАНИ СИСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОН ДАРАЖАСИГА БОҒЛИҚЛИГИ <i>Камилова У.К., Расулова З.Д., Закирова Г.А., Рахимов А.Н., Бобоев К.Т.</i>	37
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОНСЕРВАТИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Каримов А.М., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i>	38
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА (ЭМИРЧ) <i>Каюмов У.К., Хамидова Г.М., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т.</i>	38
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП <i>Кенжаев М.Л., Мухаммедова Б.Ф., Ганиев У.Ш., Койиров А.К.</i>	39
ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО Q ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ И ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Кенжаев С.Р., Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Убайдуллаев Ш.А.</i>	40
CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ ЎЗГАРИШИ <i>Киргизова Х.А., Таштемирова И.М., Сотволдиев Г.И., Кодирова Г.И., Юлдашева Г.Т.</i>	40
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Коваль С.Н., Резник Л.А., Старченко Т.Г., Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В.</i>	41
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВНИ АНТИГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ РОСТА-11 В КРОВИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Коваль С.Н., Снегурская И.А., Юшко К.А.</i>	42
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИБС <i>Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т.</i>	43
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ <i>Койиров А.К., Саттаров Х.И., Кенжаев С.Р., Хаитов С. Ш., Эгамова Н.Т.</i>	43

ИНТЕРЛЕЙКИН–1 (ИЛ–1) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Ли В. С., Сабиржанова З.Т., Бектимирова А.А.</i>	44
СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Мамажонова З.Ш., Кадинова Г.Г.</i>	44
ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Мамуржанов М., Межлумов О., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А.</i>	45
ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА <i>Мардиев Т.А., Муминов Ш.К.</i>	45
ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК И СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Мацкевич С.А., Бельская М.И.</i>	46
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПОВЕДЕНИЯ <i>Мирзаева Г.П., Турсунова Л.Д.</i>	47
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш.</i>	48
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Ганиева Н.П.</i>	48
КРИТЕРИИ И ПРОГНОЗ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Муминов И.А., Кодирова Г.И., Юсупов А.Г., Усманова Д.Н., Усманов Б.Б.</i>	49
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РАНЕКСА У БОЛЬНЫХ ИБС <i>Мурадова И.Г., Атаджанова М.А.</i>	50
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Мусаева Р.Х., Камилова У.К.</i>	50
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Мухамедова М.Г., Насирова Г.А.</i>	51
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА–10 C–819T У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н.</i>	52
РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Насырова З.А., Насырова Д.А.</i>	53
РОЛЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИНТЕНСИФИЦИРОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Насырова Д.А.</i>	54
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ <i>Несен А.А., Чернышов В.А., Шапо В.Л., Валентинова И.А.</i>	55
ОДНОМОМЕНТАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ <i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Рахимов Н.М., Машрапов О.А., Абдухалимов И.А.</i>	55
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА <i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Рахимов Н.М., Машрапов О.А., Абдухалимов И.А.</i>	56
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТ <i>Оспанбек А.К., Қауызбай Ж.Ә., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С., Эдилова Р.</i>	57
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В.</i>	58
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДВОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ОЛМЕСАРТАНА / АМЛОДОПИНА И ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНИПРИЛА / АМЛОДОПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Пенькова М.Ю., Старченко Т.Г., Резник Л.А., Мисниченко О.В.</i>	58

БУЙРАКЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ВА НЕЙРОГОРМОНЛАР ДАРАЖАСИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ САЛБИЙ КЕЧИШИНИ ПРОГНОЗ ҚИЛИШ <i>Расулова З.Д., Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Закирова Г.А., Ибабекова Ш.Р.</i>	59
МИОКАРД ИНФАРКТИ ЮЗАГА КЕЛГАН ОҒИР СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА МИОКАРДИНИНГ ПЕРФУЗИОН ЗАХИРАСИНИ АНИҚЛАШ <i>Расулова З.Д., Камилова У.К., Хожибекова М.М., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</i>	60
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СПИРАНОЛАКТОН ВА ЭПЛЕРЕНОННИНГ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ <i>Расулова З.Д., Камилова У.К., Нуриддинов Н.А., Хакимова Р.А., Бобоев К.Т., Тагаева Д.Р., Тошев Б.Б.</i>	61
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Расулова Н.З., Абдуллаев Т.А.</i>	61
ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ИТОГАМ 2Х ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Расулова Н.З., Абдуллаев Т.А.</i>	62
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА <i>Расулова Х.А., Хусинбаев И.Д.</i>	62
АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Очилов С.М., Зуфаров М.А., Азимова Н.З.</i>	63
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕГКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Рахимова Д.А., Назирова М.Х., Коракулова З.Т., Очилов С.М., Зуфаров М.А., Азимова Н.З.</i>	64
ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕЛКА – ПРЕДШЕСТВЕННИКА ТРОМБА КАК МАРКЕРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Саттаров О., Туйчибаев М., Узбекиова Н.Р., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А.</i>	65
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА БИОГЕН АМИНЛАР МЕТАБОЛИЗМИНИ ЎЗГАРИШИ <i>Сотвелдиев Г.И., Ахмаджонова Д., Таштемирова И.М., Мамажонова З.К., Камалов Б.Б.</i>	65
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ, АНТИДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПОЛИПИДМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Старченко Т.Г., Пенькова М.Ю., Коваль С.Н., Резник Л.А.</i>	66
ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Сулеймангулыев Ш.М., Ходжакулиев Б.Г., Ягшысахедов Ш.Я.</i>	67
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРЕССОРНОЙ И ДЕПРЕССОРНОЙ ГУМОРАЛЬНЫХ СИСТЕМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ <i>Танрыбердиева Т.О.</i>	67
СЕЗОННАЯ АКТИВНОСТЬ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ <i>Танрыбердиева Т.О.</i>	68
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КАМҚОНЛИКНИНГ КУЗАТИЛИШИ <i>Тошева Х.Б., Халилова Ф.Х., Гадаев А., Джураева Н.О., Эркинова Н.Э.</i>	68
ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Туйчибаев М., Рахимова С.Р., Саттаров О.Х., Узбекиова Н.Р., Хужамбердиев М.А.</i>	69
ЭССЕНЦИАЛ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА БУЙРАК АРТЕРИЯЛАРИ ВА ТУРЛИ СЕГМЕНТЛАРИДА ҚОН ОҚИМИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ <i>Туракулов Р.И., Гадаева Н.А.</i>	70
КАРДИО- И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Узакова Н.И., Умарова З.Ф.</i>	70
ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекиова Н.Р., Абдуллаева К.А., Кабулжанова М.</i>	71
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Усманова Н.А., Абдуллаев Т.А., Салимова Н.Р.</i>	72

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Усманов Б.Б., Исломбеков Д., Узбекиова Н.Р., Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А.</i>	73
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ <i>Хаджибаев А.М., Абдурахманов А.А., Обейд М.А.</i>	73
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ <i>Халилова Ф.Х., Тошева Х.Б., Гадаев А., Эркинова Н.Э., Джуреева Н.О.</i>	74
ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ (экспериментальное исследование) <i>Хамидова Г.М., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Нурмухамедова Д.Э.</i>	75
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПРОГНОЗ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Ходжакулиев Б.Г., Мухаммедова Н.А., Аллабердыев А.А., Исламанова Д.</i>	76
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Ходжакулиев Б.Г., Кулыева А., Чарыев Р.А., Пенджиева Д., Черкезова А.А.</i>	76
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АСПИРИН УЗОҚ МУДДАТ ҚЎЛЛАНИЛИШИДА ТРОМБОЦИТЛАРНИНГ АГРЕГАЦИОН ФАОЛЛИК ҲОЛАТИ <i>Ходжанова Ш.И.</i>	77
ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Хусанов Р.А., Пулатов О.Я., Камилова У.К.</i>	78
ТРИГЛИЦЕРИД-ГЛЮКОЗНЫЙ ИНДЕКС КАК ОПОСРЕДОВАННЫЙ МАРКЕР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Шкапо В. Л., Несен А. А., Чернышов В. А., Валентинова И. А.</i>	78
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА АЛЬБУМИНУРИЯНИНГ КУЗАТИЛИШИ <i>Эркинова Н.Э., Джуреева Н.О., Гадаев А., Халилова Ф.Х., Тошева Х.Б.</i>	79
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ <i>Юлдашева С.Л., Хужамбердиев М.А., Узбекиова Н.Р., Усманова Д.Н., Кабулжанова М.Ш.</i>	80
РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ИХ АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ <i>Юлдашов Б.А., Юлдошев Н.П., Каримова Д.А., Эшпулатов А.С.</i>	81
СТЕНОЗ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПО ОПЕРАЦИИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ <i>Юлдашов Б.А., Юлдошев Н.П., Холикулов С.Ш.</i>	81
ПОРАЖЕНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ <i>Юлдошев Н.П., Атамуратов Б.Р., Норбоев А.А., Мадрахимов Н.К.</i>	82
ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТИПЫ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ <i>Юлдошев Н.П., Нагаева Г.А. Юлдашов Б.А. Атамуратов Б.Р.</i>	82
ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Юлдошев Н.П., Мадрахимов Н.К., Юлдашов Б.А., Каландаров Х.С.</i>	83
УРОВНИ АНГИОТЕНЗИНА- (1-7) У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ <i>Юшко К.А., Снегурская И.А., Милославский Д.К., Божко В.В.</i>	84
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА АДИПРИЛ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Якубов А.В., Мусеева Л.Ж., Пулатова Д.Б., Абдусаматова Д.З.</i>	85
ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АДИПРИЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Якубов А. В., Акбарова Д.С., Мусеева Л.Ж., Пулатова Н.И.</i>	86

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

BRONXIAL ASTMA KASALLIGIDA BEMORLARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISHDA HAMSHIRALAR ROLINI TAKOMILLASHTIRISH <i>Solixodjaeva R.K., Alikulova D.Ya.</i>	87
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Абдуллаева В.А., Ахатов И.М.</i>	88

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Аллабердыев А.А., Дурдыева М.Х., Танрыбердыева Т.О., Мезилова Дж.Г.</i>	88
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Ливерко И.В., Абдуганиева Э.А., Гафнер Н.В., Ахатов И.М., Ахмедов Ш.М.</i>	89
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИКФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Малыхин Ф.Т., Батулин В.А.</i>	89
НОВЫЙ МЕТОД ДИЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ <i>Мамедсахатова С.Ч., Атаджанова Р.К.</i>	90
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ В ТУРКМЕНИСТАНЕ <i>Мамедсахатова С.Ч., Меретлиева М.К.</i>	91
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИН В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ <i>Мусаева Л.Ж.</i>	92
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ <i>Мухторов Ш.М., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Киреев В.В., Муталов Б.Б.</i>	93
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ <i>Мухторов Ш.М., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Киреев В.В., Муталов Б.Б.</i>	94
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Насирова А.А., Насирова Д.А.</i>	95
КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Исмаилова Ф.Р.</i>	95
НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТУПЕНИ ТЯЖЕСТИ <i>Салаева М.С., Салимова Н.Д., Халимова Х.Х.</i>	96
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Тагаева М.Х., Исмаилова Ф.Р.</i>	97
КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Тошев С.С., Камилова У.К.</i>	97
ОЦЕНКА РЕАКЦИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРОВЕДЕНИЕ 6-МИНУТНОГО ШАГОВОГО ТЕСТА <i>Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П.</i>	98
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Касымова О.М., Исмаилова З.А.</i>	98
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Чапау А.Х., Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Хыдырова О.Т.</i>	99
ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Сайпназарова Х.Б.</i>	100
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИМ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ <i>Якубов А.В., Зуфаров П.С., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Арипджанова Ш.С.</i>	100

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

PREVALENCE AND FEATURES OF CLINICAL COURSE DAMAGES OF THE GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS IN END-STAGE OF RENAL DISEASE <i>Bekenova F.K., Tkachev V.A., Makhambetov K.O., Abu A.B., Kasset A.A.</i>	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА ВИСМУТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Аллабердыев А.А., Танрыбердыева Т.О., Мезилова Дж.Г., Курбанов В.А.</i>	102

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЕМАНЕРА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Атаджанова М.А., Мурадова И.Г., Овезова С.О., Худайбердыева Г.П.</i>	102
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИССЛЕДОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Бобро Л.Н.</i>	103
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНТЕЗА ЛЕЙКОТРИЕНОВ И АКТИВНОСТИ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ В РАННИЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ <i>Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Иваницкая Т.А.</i>	104
КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ <i>Вьун Т.И., Пасиешвили Л.М.</i>	104
ПОЛИПОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – ЭХО-ГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА <i>Ибрагимов А.Ю., Кодиров Н.А., Фазылов А.В., Хусанов А.М.</i>	105
ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Кадырова Ш.А., Нарзиева З.Ш.</i>	106
ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ НА БАЗИСНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С <i>Каримов М.Ш., Парпиева Д.А., Миррахимова Н.М.</i>	106
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ <i>Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н.</i>	107
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Касимова Г.Б.</i>	108
ГРУППЫ РИСКА КОМОРБИДНЫХ ГЕПАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА <i>Коломиец В.М.</i>	108
ЗНАЧЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ <i>Курбанов В.А., Танрыбердыева Т.О., Бекнепесова М.Ч.</i>	109
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРИМЕНЕНИЕМ СИМБИОТИКА «BIFOLAK®-ACTIVE» <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж.</i>	109
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАСЛА ИЗ КОСТОЧЕК ВИНОВАРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ <i>Мамедсахатова С. Ч., Овезова Г.К.</i>	110
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ <i>Парпиева Д.А., Каримов М.Ш.</i>	111
ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ФИБРОЗА <i>Рахимова З.Р., Ходжакулиев Б.Г.</i>	111
ВЛИЯНИЕ ПСИХОСАМОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i>	112
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Садикова С.И.</i>	113
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПОДРОСТКОВ <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i>	113
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Тагаева М.Х.</i>	114
ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Танрыбердыева Т.О., Гурбанов В.А., Гаровов Г.Я.</i>	115
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ <i>Танрыбердыева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Болмаммедов Ы.Ч.</i>	115
УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 19 И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>Тимошенко Г.Ю.</i>	116

ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНЗИТОРНОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Улмасова Ш.Р., Собирова Г.Н., Саатов З.З.</i>	117
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ <i>Улмасова Ш.Р., Собирова Г.Н., Рахимов Ш.М.</i>	117
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОКТОЗАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Ахмедов М.А., Мирзаахмедов М.М.</i>	118
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ <i>Фазылов А.В., Ахмедов М.А., Мирзаахмедов М.М., Маматкулов Ш.М., Ибрагимов А.Ю., Маткаримов С.Р.</i> ..	119
ПУТИ КОРРЕКЦИИ ИНДОМЕТАЦИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ И СОСТОЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА <i>Хамраев А. А., Арипова Н.Н.</i>	120
ИЗУЧИТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ <i>Шукурова Ф.Н., Каримов М.Ш.</i>	120
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Юлдашева Г.Р.</i>	121
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АССОЦИИРОВАННОЙ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ ЛЕПТИНА <i>Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И.</i>	122

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

FEATURES OF THE CALCIUM-PHOSPHORIC EXCHANGE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE OF STAGE V IN UZBEKISTAN <i>Khudoyberdiyeva G.A., Mirzaeva B.M.</i>	123
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДОРСАЛГИЙ <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Бабаев М.А., Раимкулова Н.Р., Турсунбаев А.К., Асадов Н.З.</i>	123
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЙ <i>Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Матчанов С.Х.</i>	124
ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ <i>Акрамова Н.Т., Саидрасулова Г.Б.</i>	125
ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ В ЭРИТРОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Арипова Н.А., Бердиева Д.У., Мухаммадиева С.М., Ганиева Н.А.</i>	126
ОСОБЕННОСТИ УРАТНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЕ <i>Байдурин С.А., Накыш А.Т., Бялова Д.Б., Отеш И.Ж., Тайманова Ж.Б.</i>	126
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ТОМИРЛАРИ ҚАРШИЛИГИГА АНТИАГРЕГАНТ ДАВОНИ ТАЪСИРИ <i>Барноев Х.Б., Собиров М.О., Султонов Н.Н.</i>	127
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Гуломов Ш.Х., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.</i>	128
ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО О ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ <i>Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В., Рахматов А.Т.</i>	128
УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА <i>Ибрагимов А.Ю., Рахматов А.Т., Фазылов А.В., Расулова М.Г.</i>	129
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА «ТИМОПТИН» <i>Искандерова С.Дж., Гафурова Н.Д., Мусоева Ш.З., Махмудова З.Х., Салимова Б.Х.</i>	130
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Искандерова С.Дж., Мусоева Ш.З., Максудова М.Б.</i>	131

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ <i>Искандерова С.Дж., Мусаева Ш.З., Гафурова Н.Д.</i>	132
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Исмоилов У.И., Джуреева Э.Р., Зияева Ф.К.</i>	133
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ГОРМОНАМ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Киреев В.В., Усманбекова Х.Т., Суяров А.А.</i>	134
ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Киреев В.В., Суяров А.А., Усманбекова Х.Т.</i>	134
ЗНАЧЕНИЕ АМЦВ ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Киреев В.В.</i>	135
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА КАЛЬЦИЙ КАНАЛ БЛОКАТОРЛАРИНИНГ НЕФРОПРОТЕКТИВ ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ <i>Кучкарова Ш.А., Султонов Н.Н.</i>	135
ЭФФЕКТИВНОСТЬ «КАЛЬЦИЙ ТРИАКТИВ ДЗ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА И В ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж.</i>	136
КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ <i>Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.</i>	137
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Муталов С.Б., Шалаева Е.В., Мирахмедова Х.Т.</i>	137
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕРОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА <i>Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А., Саидрасулова Г.Б., Мирахмедова Х.Х.</i>	138
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА <i>Очилова С.С., Умарова З.Ф.</i>	139
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Очилова С.С. Умарова З.Ф.</i>	139
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Пулатова Ш.Б., Алиева К.К.</i>	140
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ <i>Пулатова Ш.Б., Алиева К.К., Джуреева Э.Р.</i>	140
АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Садикова А.С., Омонова З.Т., Сибиркина М.В.</i>	141
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГЕНО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ <i>Саидрасулова Г.Б., Мухаммадиева С.М., Мирахмедова Х.Х.</i>	142
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСИТА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ <i>Саидрасулова Г.Б., Акрамова Н.Т., Мухаммадиева С.М.</i>	143
СОВРЕМЕННЫЙ ФТОРХИНОЛОН В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН <i>Сапаева З.А., Жаббаров А.А., Кадырова Ш.А.</i>	144
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА И РАЗГАРА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Сафаров У.Б., Алимухаммедов У.А., Тоиров Э.С.</i>	144
ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С НАСЛЕДСТВЕННЫМ ПРЕМОРБИДОМ <i>Сафаров У.Б., Ахмедов И.А., Тоиров Э.С.</i>	145
БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРЕДВЕСТНИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ <i>Сулейменов А. К., Куанышева А.Г., Талгатқызы А., Сейсембеков Т.З.</i>	146
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Сулейменов А. К., Куанышева А.Г., Талгатқызы А.</i>	147

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЗИЛИЦУМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Суяров А.А., Киреев В.В., Усманбекова Х.Т.</i>	148
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЁ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Тухтаева Н.Х.</i>	148
ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРУВЛАРДА СЕМИЗЛИК БОР БЕМОРЛАРДА ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Уралов Р.Ш., Хамраев Х.Х.</i>	149
ОПЫТ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНОЛТРЕКС У БОЛЬНЫХ АРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ <i>Усманбекова Х.Т., Киреев В.В.</i>	150
ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НА ПОСТДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Махмудова Д.Н., Норкobilов А.Н., Усманова Д.У.</i>	150
ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ <i>Шарапов О.Н., Даминов Б.Т.</i>	151
СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА ПЛАЗМАФОРЕЗ АМАЛИЁТИНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ БАҲОЛАШ <i>Эшонов Ш.Н., Жабборов А.А., Султонов Н.Н.</i>	152

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Высогорцева О.Н., Искандерова С.Дж.</i>	153
ФИЗИОТЕРАПИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ ЎРНИ <i>Исломова К.А., Уралов Р.Ш., Тоиров Э.С.</i>	154
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ <i>Сафаров А.Ж., Камилова У.К.</i>	155
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛОВЧИ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҲУЛОТЛАРИНИНГ АЭРОБИК ТУРИ <i>Юнусова Н.Ш., Камилова У.К., Тагаева Д.Р.</i>	155

РАЗНОЕ

MAIN RISK FACTORS OF OSTEODEFICIENCY IN MODERN SOCIETY <i>Andrusha A.B.</i>	157
FACTORS FOR INCREASED RISK OF OSTEOPOROSIS AND OSTEOPOROTIC FRACTURES IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND SARCOPENIA <i>Andrusha A.B.</i>	158
ASSESSING THE BENEFITS OF A SCREENING PROGRAM FOR BREAST CANCER <i>Asyl D.K., Seidakhmetova A.A.</i>	158
FREQUENCY OF HAPTOGLOBIN PHENOTYPES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME <i>Khuzhayev R.B., Pulatov Kh.Kh., Alieva K.K.</i>	159
ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Абай Г.А., Шугаипова К.И., Саркулова С.М., Ахметжанова Ш.К., Блялова Д.Б., Есенгельдиева А.Е.</i>	160
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОГО КУРСА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ <i>Абдурахманов О.М.</i>	160
ИЗУЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА АЛЛЕРГОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН <i>Айдарова Н.П., Ахмедов Х.С.</i>	161
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ <i>Алиева З.Х., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i>	162
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Аллабердиев А., Танрыбердиева Т.О., Худайгулыева Э.Т.</i>	163

МЕНСТРУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Аннаев Б.Х., Муратова Ш.Д., Аннамухаммедова Б.А.</i>	163
БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ КАСАЛЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ЯНГИ ИННОВАЦИОН ТИББИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ <i>Бафоева З. О., Туляганова Ф.М.</i>	164
УСТАНОВЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ТЯЖЕСТЬЮ ДЕПРЕССИИ КРОВЕТВОРЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ <i>Бергер И.В., Махмудова А.Д.</i>	164
К ВОПРОСУ ОБ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Бобро Л.Н.</i>	165
РОЛЬ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ (В+С+D) У ДЕТЕЙ <i>Валиева Н.К., Иноятова Ф.И.</i>	166
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В Г. ШЫМКЕНТ <i>Жаканша Л.Ж., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Серикова Б.Д., Калменов Н.Д.</i>	167
ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i>	168
РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 В УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ОЖИРЕНИЕМ <i>Иванова Е.В.</i>	168
ТУРЛИ ГУРУҲ ПЕСТИЦИДЛАР БИЛАН ИШЛОВЧИЛАР ҚОНИДАГИ БАҒЗИ БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАР ҲОЛАТИ <i>Илясова М.М.</i>	169
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МАЛЬЧИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТОМ В <i>Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х.</i>	170
ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА <i>Кучкаров Х.Н., Ядгарова Н.Ф.</i>	171
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАМЕДА И ПЕРМИКСОНА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Мавлянов З.И., Мавлянов И.Р., Рахматов А.Т.</i>	172
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРОСТАМЕД И ПЕРМИКСОН У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Мавлянов И.Р., Рахматов А.Т., Мавлянов З.И.</i>	172
К ИЗУЧЕНИЮ ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ СПОРТИВНЫХ ГЕНОВ <i>Мавлянов И.Р., Парпиев С.Р.</i>	173
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Малик Н.В.</i>	174
КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ НА ФОНЕ ВЕГЕТО СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ <i>Масалимова И.Ф., Максудова Х.Н., Кенжаева Г.С.</i>	175
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>Махкамова Д.К.</i>	175
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДТРОМБОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ <i>Махмудова А.Д., Турсунова Н.А., Бергер И.В., Ашурова Л.В., Жураева Н.Т.</i>	176
ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2 ТУРИ ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ <i>Назарова Н.О., Мадазимова Д.Х., Рахматуллаева Н.Т.</i>	177
ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ПАМЯТИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ <i>Несен А.А., Несен А.А.</i>	178
ОСОБЕННОСТИ МИКРОКЛИМАТА РАЙОНА КУРОРТА «АВАЗА» <i>Овезова Г.К., Аманова Дж.Х., Мухаммедова Дж.Г., Бегмырадов Б.С., Акмаммедова А.А., Розыева Г.Г., Чопанова М.А., Мамметязов М.С.</i>	178

ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СПОРТИВНЫХ ГЕНОВ СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ ЛЕГКОАТЛЕТОВ, ВЕЛОСИПЕДИСТОВ И ГРЕБЦОВ <i>Парпиев С.Р., Мавлянов И.Р., Усмоналиева Н.Ш.</i>	179
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВАСПИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С НАЛИЧИЕМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ <i>Пылёв Д.И., Журавлёва Л.В.</i>	180
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Разикова И. С., Разикова Г. Р., Байбекова В. Ф.</i>	181
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИУС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ <i>Разикова И.С., Байбекова В.Ф., Каюмова С.Ш.</i>	181
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЭЛТИРИЗИН И НЕОКЛАСТ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ <i>Разикова И.С., Байбекова В.Ф., Ахмедов Х.С.</i>	182
КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЭПИЛЕПСИИ <i>Расулова Х.А., Рахматжонова Р.Р.</i>	182
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ <i>Саматова Л.Д., Шакирова Ф.Ж., Бабаджанова Ш.Д., Бердиева Х.Х.</i>	183
СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА <i>Танрыбердиев М.О.</i>	183
ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Ташмухамедова М.К., Ибрагимова Н.У.</i>	184
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 1 ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>Турдиев А.Т., Назарматов У.Э., Нажмитдинов Ж.Ю.</i>	185
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ГРЕБЦОВ С УЧЁТОМ СВОЙСТВ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Усмоналиева Н.Ш., Мавлянов И.Р.</i>	185
МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Фадеев Г.Д., Несен А.А., Ярына Н.А.</i>	186
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Хамраев А. А., Салимова Н.Д., Салаева М.С.</i>	187
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НАРУЖНОГО ДЕЙСТВИЯ ИЗ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЧЕРЕДЫ ТРЕХРАЗДЕЛЬНОЙ НА ГИДРОФОБНОЙ ОСНОВЕ <i>Хатамов Х.М., Суяров А.А., Киреев В.В.</i>	188
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ МАЗИ С ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕЛЕСТОДЕРМ В.....	189
Хатамов Х.М., Суяров А.А., Киреев В.В.	189
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНЕМИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д.Н., Бердиева Х.Х., Саматова Л.Д., Бобожонова Ш.Д.</i>	190
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ Г. НУР-СУЛТАН <i>Ысқақова А.М., Турехан М.А., Ермаханбет Т.Е., Баталова Б.Е., Бекенова А.О., Сейсембеков Т.З., Джаксыбаева А.Х., Кайсарбекова А.О.</i>	190
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ <i>Эгамова М.Т., Усманходжаева А.А., Матмуродов Р.Ж.</i>	191
СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА АНТИКОАГУЛЯНТ ДАВОНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ <i>Эргашов Ж.И., Султонов Н.Н.</i>	192

**«ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ДОЛЗАРБ
МУАММОЛАРИ»**

ХАЛҚАРО ТЕРАПЕВТЛАР ФОРУМИ

ТЕЗИСЛАРИ

25–26 СЕНТЯБРЬ 2020 ЙИЛ, ТОШКЕНТ

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»**

25–26 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА, ТАШКЕНТ

FILTRATION FUNCTION OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE DEPENDING ON THE LEVEL OF LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

BEKTIMIROVA A.A., ATAHOJAEVA G.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. To study cardiorenal relationships in patients with chronic heart failure (CHF): the connection between impaired renal function with structural and functional parameters of the heart.

Materials and methods. We studied 60 patients (34 women and 26 men) with CHF of ischemic origin (chronic coronary disease and acute myocardial infarction in history) with reduced, mid-range and preserved ejection fraction (HFrEF, HFmrEF, HFpEF). Their age was 50–65 years (mean age 57.5 years). Patients with primary renal and renal vascular pathology were excluded. The examination of patients was carried out on the basis of a therapeutic clinic. Depending on LVEF, patients were divided into 3 groups: group 1 – patients with HFpEF (LVEF > 50%, 20 people), group 2 – patients with HFmrEF (LVEF – 40–49%, 20 people) and group 3 – patients with HFrEF (LVEF < 40%, 20 people). Patients underwent an echocardiography to study the structural and functional parameters of the heart. The study of renal function included the determination of serum creatinine concentration and glomerular filtration rate (GFR) according to the EPI formula taking into account age, gender and race.

Results. Serum creatinine concentration was within the normal range (M – 53–115, W – 44–97 $\mu\text{mol/L}$) in all patients with HFpEF, in 80% of patients with HFmrEF and in 20% of patients with HFrEF. Serum creatinine concentration increased above normal in 80% of patients with HFrEF and in 20% of patients with HFmrEF.

In 20% of patients with HFrEF, GFR was 69 ± 4.3 ml/min/1.73 m² (CKD C2), in 60% – GFR was 49 ± 2.7 ml/min/1.73 m² (CKD C3a), in 20% – GFR was 22 ± 3.6 ml/min/1.73 m² and CKD C4, respectively. In the HFmrEF group, 20% of patients showed CKD C1 (GFR – 93 ml/min/1.73 m²), 60% – CKD C2 (GFR – 74 ± 1.9 ml/min/1.73 m²) and in 20% of patients – CKD C3b (GFR – 34 ml/min/1.73 m²). In the HFpEF group, in 40% of patients renal function was not impaired (GFR – 100 ml/min/1.73 m²), in 20% cases CKD C1 was detected (GFR – 93 ml/min/1.73 m²) and in 40% – CKD C2 (GFR – 80 ± 6.2 ml/min/1.73 m²).

The frequency of a clinically significant decrease in $\text{GFR} < 60$ ml/min/1.73 m² in the HFrEF group was 80%, while in the HFmrEF group was 20% and was not observed in the group with HFpEF.

Conclusions. More significant changes in renal function are formed with the decreasing of LVEF.

COMPARATIVE EFFICIENCY OF ATORVASTATIN AND ROSUVASTATIN TREATMENT IN VERY HIGH CARDIOVASCULAR RISK PATIENTS

DEMIDOVA I., LOHVYNNENKO K., ZLATKINA V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose. Comparative evaluation of the efficacy of atorvastatin and rosuvastatin in patients with high and very high cardiovascular risk (CVR) under of control of blood lipids, vascular endothelial function (endothelium-dependent vasodilation, (EDV)) and proinflammatory markers (CRP).

Methods. 109 high and very high CVR patients, who were taken hypolipidemic therapy, were prescribed atorvastatin (20 mg) for 3 months were

observed. However, target lipid levels were never reached ($p < 0.05$), and patients were then switched to rosuvastatin (10 mg). If the LDL-C, TC did not reach the target values, the dosage was increased up to 20 mg (24 patients). Patients were evaluated for blood lipids, EDV, CRP under basal conditions and every 3 months of follow-up.

Results. Further change to rosuvastatin was accompanied by a decrease of cholesterol level by

35%, LDL-C by 15% and reached the target values for 6 months. EDV improved by 45% ($p>0.05$), compared with 30% with initial, the CRP decreased significantly ($p>0.05$) by 29% compared with atorvastatin therapy.

Conclusion. Rosuvastatin in patients with high and very high CVR, due to pleiotropic properties, can

reduce the activity of inflammatory processes in the vascular wall, improve endothelial function, which, as a result, increases the effectiveness of prevention of complications in these patients.

EVALUATION OF MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES WITH ARTERIAL HYPERTENSION

KOSHER A.T., SEIDAKHMETOVA A.A.

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Objective. To increase the effectiveness of a disease management program with hypertension.

Materials and methods. The study was conducted in patients of the 1st section of the city polyclinic №3 in Shymkent. During the study, questionnaire and interview methods were used. The study involved 40 patients aged 25 to 70 years, registered with hypertension in the hospital; Among them: 25 men (62.5%), 15 women (37.5%) people. Patients were invited to see a doctor every 3 months, kept a self-monitoring diary, filled out a questionnaire. Once a month they visited the «AG school», where a cardiologist held a seminar. Before visiting the doctor, anthropometric measurements and blood pressure measurements were taken in the pre-doctor's office. In accordance with the agreement, the polyclinic created multidisciplinary teams for dynamic monitoring of the patient, constantly contacting the patient in the program. Conducted laboratory research methods: general blood count, creatinine and LDL, observation through the DamuMed mobile application.

Results. Forty patients accepted to participate to the qualitative study. In order to recruit this number, we had to contact forty nine patients from the trial. The main reasons for refusal were: lack of time, lack of interest, health issues and personal reasons. After 4 months, the patients are satisfied, we phoned them, talked with them, they like everything. We talked with patients, provided training, psychologists, social workers worked with them, and conducted health schools. It's too early to judge for 4 months, but we have already noticed an improvement in patients who

follow all the recommendations – improved health indicators, weight loss.

An informed patient kept a diary of self-control, monitored factors affecting health, and patient behavior changed and responsibility for his health increased. Thus, the program, along with medical workers, allowed patients to manage their diseases and prevent its complications. Patients noted that they feel more involved in the follow-up consultation after using the self-monitoring system. Perceived positive effects can be grouped into six major themes: awareness, improved knowledge, improved motivation and empowerment, adoption of healthy behaviours, improvement of health status and improvement of quality of life. On the negative side, some participants reported lack of sustainability of newly acquired benefits in the months following the intervention.

Conclusion. Public health policies aimed at early detection and treatment of hypertension, monitoring behavioral hazards, and limiting behavioral risk factors will help reduce mortality from heart disease and stroke. Raising awareness of the importance of adhering to treatment can be a way to minimize the cardiovascular risks of hypertension. Chronic diseases are a major burden on the healthcare system. Disease treatment programs (DTCs) are the preferred means of helping patients with chronic illnesses comply with their medical care. The World Health Organization defines the PHC as «the continuous management of conditions for several years or decades by providing and improving the necessary resources and support that allow patients to acquire self-management skills.

EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

OSPANBEK A.K., SEYDAKHMETOVA A.A., KAUZBAY ZH.A., SERICOVA B.D., TAIGASHEVA N.M.

South Kazakhstan medical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

Objective. To evaluate the effectiveness of physical rehabilitation in patients with myocardial infarction without ST-segment elevation.

Materials and methods. The study included 58 patients aged 46 to 65 years (average age $54,6 \pm 10,5$) with acute myocardial infarction without ST segment elevation, who are being treated at the city cardiology center. Of these, 45 men (77,6%) and 13 women (22,4%)

At the inpatient stage and after discharge, patients performed physical training. For physical rehabilitation of patients, a complex of therapeutic gymnastics and a scheme of physical exercises (according to Aronov D. M.) were used to monitor the condition of patients, before and during physical training, a survey, examination, measurement of blood pressure and pulse were used, and the Borg scale was used to subjectively assess the perception of the intensity of the exercise by a person. The Borg RPE scale is a numerical scale that ranges from 6 to 20,[8] where 6 means «no exertion at all» and 20 means «maximal exertion.» When a measurement is taken, a number is chosen from the following scale by an individual that best describes their level of exertion during physical activity. The load was stopped or reduced when any patient's complaints appeared, the subjective perception of the degree of load changed, and the heart rate exceeded the permissible limit.

Patients completed the quality of life questionnaire «SF-36 Health Status Survey» consisting of 36 items grouped in 8 scales before and after the training program. The indicators of each scale are compiled in such a way that the higher the value of the indicator (from 0 to 100), the better the score on the selected scale. The higher the score on each scale, the better the quality of life for this parameter.

The answers were recoded before the calculation of the scale 8 indicators (the procedure for converting the raw questionnaire score to a quality of life score). The total indicators were calculated using the «NBS Calculator».

Results. The results of the study revealed an increase in the quality of life of patients with myocardial infarction on 8 scales due to exercise.

The results of the survey before and after exercise: on the physical functioning scale the average value before the study was 48,25 and after 84,6 points, on a scale of role functioning – up to 42,2 after 76,5 points, on a scale of intensity of pain syndrome – up to 42,2 after 76,5, on the scale of general health – up to 57,7 after 73,2 points, on the viability scale up to 47,8 after 68,6 points, on the scale of social functioning – up to 74,5 after 93,3 points, on the scale of role functioning due to emotional state – up to 43,4 after 65,7 and on the mental health scale – up to 38,8 after 68,7 points.

Overall indicators averaged for the «physical component summary-«PCS» before the start of exercise 42,9 after 75,6 points and for mental component summary – «MCS» up to 46,3 after 71,3 points.

Conclusions. The SF-36 quality of life questionnaire is an up-to-date, simple, accessible and validated tool for evaluating the main components of physical and mental health in patients with myocardial infarction in real clinical practice. Improving the quality of life often becomes more important for the patient than changing the hemodynamic parameters. The SF-36 questionnaire allows you to comprehensively assess various components of the patient's physical and psycho-emotional state, does not require large material costs, and is simple and accessible to use and count data.

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ СТЕНОКАРДИЯ – ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ

АБДУЛЛАЕВ А.Г., АБДУВОХИДОВ Д., УСМАНОВА Д.Н., УЗБЕКОВА Н.Р., КАБУЛЖАНОВА М.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Комплексное изучение активности симпатолитической активности у больных микроваскулярной стенокардией.

Материал и методы. материалом исследования явилось 50 пациентов с диагнозом МС, в возрасте 35–75 лет; мужчин – 29, женщин – 41 человека; 30 здоровых лиц. Для оценки состояния активности симпатико-адреналовой системы (САС) у всех обследованных было проведено определение уровня суточной экскреции с мочой свободных и конъюгированных фракций катехоламинов (КА) триоксииндоловым флуориметрическим методом в модификации Э.Ш. Матлиной: адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА. В сыворотке крови было проведено определение активности моноаминоксидазы (МАО) методом А.И. Балаклеевского.

Результаты исследования. Проанализированы результаты обследования, так у больных МВС отметили статистически достоверное повышение экскреции адреналина (А) на 46,7%, что выше значений контрольной группы в 1,8 раза ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных МВС на 49,5%, что в 1,6 раза выше значений группы контроля ($P < 0,001$). Содержание дофамина (ДА) у больных МВС повышен на 61,0%, что в 2,36 раза выше значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно

повышен у больных МВС на 19,7%, что в 1,33 раза выше показателей контрольной группы ($P < 0,01$). Показатели коэффициентных соотношений КА свидетельствуют о резко выраженных отклонениях от нормы процессов образования сульфоконъюгатов КА. Исследования активности МАО в первые сутки пребывания в стационаре выявили умеренное снижение её активности у больных МВС, у здоровых этот показатель составил – $0,07 \pm 0,001$ ед/экст. Показатели активности МАО у больных МВС составили $0,03 \pm 0,002$ ед/экст

Выводы. Таким образом, полученные нами данные, говорят о важной патогенетической роли САС в становлении и развитии ИБС МВС. Наши исследования показали, что чем большей выраженность ишемии и острота процесса, тем больше нарушаются звенья САС. Эти изменения носят максимально выраженный характер при МВС т.е. происходит максимальное перенапряжение САС звена гомеостаза организма. Как известно, в условиях перенапряжения САС ключевой фермент окисления биогенных аминов – МАО может претерпевать существенную трансформацию, вследствие которого понижается его активность к моноаминам. Эти данные были подтверждены и нашими исследованиями.

ПРИНЦИПЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

АБДУЛЛАЕВА К.А., УСМАНОВА Д.Н., ЮЛДАШЕВА С.Л., БОЛТАБАЕВ А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучение процессов ПОЛ у пожилых больных ИБС с субклиническим гипотиреозом и дать конкретные рекомендации в плане тактики лечения данной категории больных.

Материал и методы. Обследовано 106 больных, лиц пожилого возраста, рандомизированных на 3 группы. I – контроль. II – 45 больных с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия ФК II-III. III – 61 больной, страдающий ИБС с лабораторно подтверждённым субклиническим гипотиреозом (СГ). Больные III-группы в зависимости от вида проводимого

лечения были разделены на три подгруппы: подгруппа-А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа-В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа-С: 21 больной, получавших антиоксиданты в сочетании с L-тироксинном.

Результаты исследования показали усиление процессов перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА). Так содержание МДА у группы больных ИБС повысилось и составило $8,42 \pm 2,4$ нмоль/мл, что на 69,9% (в 2,7 раза) выше значений

группы контроля. Уровень МДА у больных ИБС с СГ повысился на 14,8% (в 1,14 раза) больше по отношению к показателям группы больных ИБС и почти в 3,1 раза больше показателей контрольной группы. В нашей работе мы четко подчеркиваем то, что идет суммирование патогенетических звеньев.

Коррекция тиреоидной недостаточности избавляет больных от гиперхолестеринемии без использования каких либо других препаратов. С этой целью в терапию совместно с антиоксидантами мы решили включить заместительную терапию L-тироксином, в поддерживающих дозировках 25–50мкг/сут. Мы получили статистически достоверные

положительные результаты. Так, наблюдалось выраженное снижение уровня МДА, который достиг показателей контроля и составил 3,18 нмоль/мл ($P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, у больных ИБС с СГ в пожилом возрасте отмечается наибольшая активация процессов ПОЛ, что требует соответствующей превентивной терапии. Чтобы оценить адекватность проводимой терапии, необходим периодический контроль за уровнем ТТГ в крови. Для этого рекомендуется скрининг – обследование на субклинический гипотиреоз у пожилых лиц, особенно у женщин и сопоставлять полученные данные с показателями уровня МДА в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

АБДУРАХМАНОВ А.А., ОБЕЙД М.А., РАХИМОВ Н.М., МАШРАПОВ О.А., АБДУХАЛИМОВ И.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Шунтирование коронарной артерии у пациентов со сниженной сократимостью левого желудочка, сопровождается худшим прогнозом, высоким уровнем осложнений и смертности. Целью данного когортного исследования является оценка непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с хронической ишемической болезнью сердца с пониженной функцией левого желудочка (фракция выброса менее 35% по данным эхокардиографии).

Материал и методы. В это когортное исследование были включены 89 пациентов с уменьшенной фракцией выброса левого желудочка, которые оперировались в нашем отделении в период с декабря 2013 года по январь 2018 года. Средний возраст составлял $57,7 \pm 6,8$ года. Все эти пациенты имели застойную сердечную недостаточность при поступлении (IV класс по NYHA) и, по крайней мере, один эпизод инфаркта миокарда. Сахарный диабет диагностирован у 31 пациента (34,8%), обструктивная болезнь легких – у 12 (13,5%). У 35 пациентов (39,3%) были симптомы стенокардии высокого функционального класса III и IV, а у 49 (55,1%) и 5 (5,6%) соответственно оперирована нестабильная стенокардия или продолжающийся инфаркт миокарда. Функцию левого желудочка оценивали с помощью эхокардиографии: средняя фракция выброса составляла $31,4 \pm 4,0\%$; средний показатель конечно-диастолического

объема левого желудочка – $223,8 \pm 54,8$ мл. Периоперационный риск смерти EuroSCORE составил $5,7 \pm 2,2$, что соответствует ожидаемому уровню смертности $7,9 \pm 4,5\%$. Среднее количество обойденных сосудов составило $2,48 \pm 0,67$, 13 (14,6%) пациентам была выполнена эндартерэктомия из коронарных артерий вследствие их диффузного поражения.

Результаты исследования. в раннем послеоперационном периоде умерло 3 пациента (3,3%). Фракция выброса и конечный диастолический объем левого желудочка после операции составили $34,3 \pm 6,6\%$ и $168,5 \pm 45,1$ мл соответственно. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечались признаки сердечной недостаточности, требовавшей инотропной поддержки. В 45 (%) случаях отмечались нарушения ритма, у 2 (2,2%) больных – преходящие нарушения мозгового кровообращения. В течение 30-дневного наблюдения было отмечено значимое увеличение сердечного индекса ($1,64 \pm 0,29$ л/м²/мин до вмешательства против $2,48 \pm 0,55$ л/м²/мин).

Выводы. Аорто-коронарное шунтирование на работающем сердце у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, осложненной нарушением функции левого желудочка, является эффективным методом с удовлетворительной смертностью и частотой осложнений в раннем послеоперационном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОДНОЙ И ДВУХ МАММАРНЫХ АРТЕРИЙ

АБДУРАХМАНОВ А.А., ОБЕЙД М.А., РАХИМОВ Н.М., МАШРАПОВ О.А., АБДУХАЛИМОВ И.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС с применением одной и обеих внутренних грудных артерий.

Материал и методы. В исследование включены 30 больных, которым произведена операция КШ в отделении кардиохирургии с октября 2013 до декабря 2019г в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Данные больные были разделены на 2 группы: первая группа – 15 больных, которым проводилось коронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии и аутовены, вторая группы – 15 больных перенесшие КШ с использованием обеих внутренних грудных артерий для реваскуляризации миокарда. Возраст больных колебался от 47 до 66 лет (средняя величина составила 55 года). В обеих группах все пациенты были мужского пола. В первой группе 4 больных имели стабильную стенокардию, остальные 11 больных нестабильную стенокардию. Инфаркт в анамнезе выявлен у 6 больных, артериальная гипертензия у 8 больных и у 2 больных имелся сахарный диабет II типа.

Во второй группе все больные были с нестабильной стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз также был выявлен у всех больных.

При коронарографии выявлено: 3х сосудистое поражение – в 8 случаях, стеноз ствола левой коронарной артерии с поражением правой коронарной артерии – в 5 случаях (первая группа). Во второй группе боль распределились следующим образом: 3х сосудистое поражение

у 12 больных и 3 больных имели стволное поражение.

В после операционным период оценивали следующим образом наличие или отсутствие симптомов стенокардии, дренажные потери, смертность, развитие инфаркта миокарда, заживление послеоперационной раны, данные ЭКГ, ЭхоКГ и индекс реваскуляризации.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде острый инфаркт миокарда, возрастная стенокардия и летальный исход не наблюдали ни в одном случае. Количество отделяемого из дренажей после операции составило в среднем 280 ± 15 мл и 305 ± 23 мл в первом и во второй группах соответственно. Надо отметить, что и в первом и во втором группах заживление послеоперационных ран было первичным. Улучшение коронарного кровообращения по данным ЭКГ отмечалось у 7 (23,3%) больных первой группы и 8 (26,7%) больных второй группы. У остальных больных динамики не наблюдалась. До и после операции фракция выброса по данным ЭхоКГ составила 35% и 45,7% (1 группа), 39,6% и 46,5% (2 группа). Соответственно индекс реваскуляризации составил 2,78 в первой группе больных и 2,2 во второй группе, соответственно

Выводы. Сравнительный анализ ближайших результатов бимаммарного коронарного шунтирования с использованием одной внутренней грудной артерии в качестве кондукта не сопровождалось летальностью и иными кардиоваскулярными осложнениями в обеих группах. Различия в дренажных потерях были больше во второй группе, но различие не было статистически достоверным.

КОНВЕРСИЯ НА ИСКУССТВЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ АОРТО-КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

АБДУРАХМАНОВ А.А., ОБЕЙД М.А., МАШРАПОВ О.А., АБДУХАЛИМОВ И.А., РАХИМОВ Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Аорто-коронарное шунтирование на работающем сердце (ОРСАВ) в течение последних десятилетий продемонстрировало свою эффективность и безопасность. Переход на искусственное кровообращение (ИК) при ОРСАВ повышает риск осложнений и смертности. Целью данного исследования явился анализ влияния срочной конверсии на ИК на непосредственные результаты АКШ на работающем сердце.

Материал и методы. В данный ретроспективный анализ включены все пациенты, которым проводилось АКШ на работающем сердце в РНЦЭМП в период с декабря 2013 года по декабрь 2019 года. Пациенты были сгруппированы в соответствии с показаниями к интраоперационной конверсии на ИК: (1) конверсия из-за проблем визуализации или гемодинамической нестабильности и (2) без конверсии (ОРСАВ). В раннем послеоперационном периоде анализировали показатели послеоперационной смертности и послеоперационных осложнений (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушения ритма, раневые инфекции и цереброваскулярная происшествя) в сравнительном аспекте между пациентов с конверсией и без нее.

Результаты исследования. В общей сложности 1447 пациентов были прооперированы на работающем сердце, в 60 (4,14%) случаях возникла необходимость в конверсии. Послеоперационная смертность была более частой среди пациентов с конверсией на ИК (8,5% против 1,5%, $p < 0,001$ соответственно). Частота таких послеоперационных осложнений, как: сердечная недостаточность и нарушения ритма, были выше среди пациентов с конверсией на ИК (14,2% против 3,6%, $p < 0,001$ и 15,2% против 4,8%, $p < 0,001$ соответственно). Конверсия была независимым предиктором этих событий (ОШ – 4,97, 95% ДИ: 1,79–13,3; ОШ – 9,73, 95% ДИ: 4,52–20,92; ОШ – 2,74, 95% ДИ: 1,17 – 6,41 соответственно).

Вывод. Коэффициент конверсии в нашей серии составил 4,14%. Пациенты, которым была произведена конверсия на искусственное кровообращение, имели более высокий уровень смертности и послеоперационных осложнений. Срочная конверсия может быть независимым фактором риска для этих событий. Экстренная конверсия на ИК может статистически значимо ухудшать непосредственные результаты ОРСАВ.

СВОЕВРЕМЕННЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

АГАБАБЯН И.Р., ХАМРАЕВ Х.Х., АДИЛОВ А.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние современных анти гипертензивных препаратов на возможность профилактики хронической сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Были обследованы 89 больных АГ в возрасте от 18 до 60 лет (42 женщины и 47 мужчин). Больных распределили на группы в зависимости от наличия (1 группа – 46 человек) или отсутствия ГЛЖ (2 группа – 43 человека). В 1 группу включили больных с ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) более 125 г/м у мужчин и более 100 г/м² у женщин. Назначали базисную

антигипертензивную терапию на основе ИАПФ и диуретика: Лизиноприл 5–10–20 мг и Индапамид 1,5–2,5 мг. Если в течение 1–2 недель не удалось достичь целевого уровня АД $\leq 140/90$ мм.рт.ст., то присоединяли к терапии амлодипин в дозе 5–10 мг. Наблюдение за больными начинали в стационаре и продолжали на амбулаторных приёмах с обязательными визитами через 6 и 12 месяцев. В эти сроки больным проводили: оценку клинического состояния, измерение АД, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования. За период всего наблюдения осложнений АГ в виде ИМ, ОНМК, новых нарушений ритма у больных не было. При

визите через 6 и 12 месяцев целевой уровень АД был, достигнут у 82 больных обеих групп (82,83%) от всех больных, закончивших исследование) и не достигнут у 7 больных 1 группы. Среди достигших целевого уровня АД Лизиноприл и Индапамид получали 67 человек, 15-принимали Лизиноприл, Индапамид и Амлодипин. У 7 человек целевой уровень АД достигнут, не был. Все они имели 3 степень АГ, выраженную ГЛЖ, ХСН II-III ст. и принимали комбинацию из 3 препаратов. Оценка массы миокарда, ФВ и объемов ЛЖ по данным ЭхоКГ: до лечения у всех больных 1 группы ММ (масса миокарда) и ИММЛЖ превышали выбранный порог для ГЛЖ в среднем на 4,15%. Разброс ИММЛЖ составлял от 111 до 186 г/м. Через 6 и 12 месяцев лечения в 1 группе после анти гипертензивной терапии средние показатели ИММЛЖ стали меньше на 3,45% по сравнению с исходным ($p < 0,01$). В абсолютных величинах ММЛЖ уменьшился на 10,82 г, ИММЛЖ – на 4,49 г/м². Также показатели массы ЛЖ стали в пределах нормы у 30 больных (58,83%, $p < 0,01$) и остались повышенными у 21 больного с ГЛЖ (41,17%, $p < 0,05$). ММ и ИММЛЖ в 1 группе существенно превышали аналогичные показатели во 2 группе. И так, контролируемая анти гипертензивная терапия к 12 месяцам приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных АГ. Во в группе (без ГЛЖ) на фоне анти гипертензивной терапии также произошло достоверное уменьшение ММЛЖ и

ИММЛЖ (на 4,33% через 6 мес. и на 5,5% через 12 мес., $p < 0,001$. ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) и ТЗСЛЖ (толщина задней стенки левого желудочка) у больных 1 группы под влиянием анти гипертензивной терапии достоверно уменьшилась уже через 6 месяцев (на 3,81% $p < 0,05$). КДО (конечно-диастолический объем) и КСО (конечно-систолический объем) на всех этапах наблюдения были больше в 1 группе, чем во 2 группе. Под влиянием анти гипертензивной терапии через 12 месяцев в 1 группе произошло достоверное изменение этих показателей: КДО увеличился (на 3,48%, $p < 0,001$) а КСО уменьшился (на 2,35%, $p < 0,01$). Во 2 группе за этот период достоверно увеличился КДО (на 4,92%, $p < 0,01$). Поскольку ФВ в обеих группах также возросла, все это может говорить об улучшении систола-диастолических свойств миокарда ЛЖ под влиянием анти гипертензивной терапии. На всех этапах наблюдения ФВ в группе 2 было немного больше, чем в 1 группе (3,86%, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, адекватная анти гипертензивная терапия приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных (68%) с незначительной и умеренно выраженной ГЛЖ. Также под влиянием адекватной анти гипертензивной терапии происходят уменьшение объемов ЛЖ, ЛП и ФВ, которые можно трактовать как свидетельство улучшения систола-диастолической функции миокарда ЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АЛЯВИ А.Л., УБАЙДУЛЛАЕВ А.М., РАХИМОВА Д.А., НАЗИРОВА М.Х., ОЧИЛОВ С.М., ЗУФАРОВ М.А.

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

Цель исследования. Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем.

Материал и методы. Клинико-психологического обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (BPC) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили Допплерэхокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли

легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

Результаты исследования. У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельности ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота

сердечных сокращений увеличилась с $86,1 \pm 0,9$ ударов в минуту до $93,5 \pm 0,8$ удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя

высоких частот на 26,7% ($p < 0,01$), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% ($p < 0,05$).

Выводы. По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АЛЯВИ А.Л., КАМИЛОВА У.К., РАХИМОВА Д.А., НАЗИРОВА М.Х., ОЧИЛОВ С.М., САБИРЖАНОВА З.Т.

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

Цель исследования. Оценка состояния центральной гемодинамики и эндотелий зависимой вазодилатации, также определение эффективности комплексной терапии.

Материал и методы. Обследовано 26 больных ХОБЛ (1-я группа) и 21 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление $\text{ср.} > 25 \text{ мм.рт.ст.}$).

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки небивалола 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 (CmNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

Результаты исследования. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза CmNO. 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 уменьшение отношения раннего и позднего

наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы. При применении небивалола на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза CmNO 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. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Выводы. Можно 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.

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

ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С НЕБИВОЛОЛОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА., Д.А., НОРМАТОВА К.Ш., САБИРЖАНОВА З.Т., АЗИМОВА Н.З.

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

Цель исследования. Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хронической обструктивной болезнью легких в динамике комплексного лечения с небивололом.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст.

Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 – 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 – 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали небиволол (Не) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 – 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

Результаты исследования. Результатами исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии

чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения.

При терапии с применением небиволола у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3%, ФПН – на 13,9%, ЛАДср – на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ($p < 0,05$).

ОТ на фоне базисной терапии у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 4,1 %, ФПН – на 9,9%, ЛАДср – на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p < 0,05$).

Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект ОТ и небиволола, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

ОТ и небиволол улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких осложненной ЛС более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., РАИМКУЛОВА Н.Р., ДАЛИМОВА Д.А., ИСХАКОВ Ш.А., АЗИЗОВ Ш.И., КАРИМОВА Д.К., ИСЛАМОВА Д.Н., ТОШЕВ Б.Б.

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

Цель исследования. Оценка эффективности консервативной терапии стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) после планового стентирования коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. Обследованы больные узбекской популяции с ИБС после планового стентирования коронарных артерий (СКА) и принимавшие двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел), статины. Изучали агрегацию тромбоцитов, липиды, про – и противовоспалительные цитокины, высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), полиморфизм генов CYP2C19*2. Больным проводили клиническое обследование, которое включало: сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр. Опросник объективного состояния пациента содержал вопросы по следующим блокам: анамнез болезни; наличие основных факторов риска (артериальная гипертензия, избыточная масса тела, дислипидемия, курение, наличие сахарного диабета, наследственность по сердечнососудистым заболеваниям).

Результаты исследования. Выявлены взаимосвязи повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов с рестенозами. Уровни ХС ЛПНП < 1,5 ммоль/л и ОХС < 3,5 ммоль/л до СКА связаны с наименьшей частотой развития сердечнососудистых осложнений (ССО). Уровень вСРБ был значимо выше среди пациентов, у которых впоследствии регистрировались ССО. У пациентов с высокими уровнями показателей воспаления отмечалась повышенная реактивность тромбоцитов. Активность тромбоцитов до начала терапии не была связана со степенью ответа на клопидогрел. Распространенность низкого и выраженного ответа на клопидогрел составила 4,2% и 4,8%, соответственно. СС генотип выявлен у 20,4% пациента, СТ у 48,4% и ТТ у 31,2%. Не выявлено достоверного влияния различных генотипов транспортного гена на

уровни исходной агрегации, агрегации через 7 дней и резистентность к терапии клопидогрелем. Медленный вариант или АА генотип CYP2C19 2 цитохрома Р-450 выявлен у 3,6% пациентов, GA у 21,7% и GG у 74,7%. АА генотип CYP2C19 гена достоверно влияет на уровень АДФ-агрегации через 7 дней терапии клопидогрелем. Выявлено увеличение количества тромбоза стентов у пациентов с АА генотипом CYP2C19 2 по сравнению с GG генотипом дикого типа CYP2C19. При этом не выявлена зависимость между различными генотипами CYP2C19 гена и уровнем исходной агрегации и возникновением резистентности. Более чем у 50% больных, как при подготовке к СКА, так и после проведенного вмешательства, регистрируются неудовлетворительные показатели функциональной активности тромбоцитов, в связи с чем они находятся в группе высокого риска последующих ССО. Традиционно выполняемая, индуцированная 5,0 дмоль АДФ агрегация тромбоцитов, в значительном количестве случаев несостоятельна в объективной оценке их функциональной активности. В группе пациентов, направляемых на интервенционные процедуры, необходим расширенный тест, включающий анализ спонтанной агрегации тромбоцитов и уровня агрегации при использовании низких концентраций АДФ (0,1 и 1,0 дмоль). Способность тромбоцитов к образованию агрегатов малого размера связана с активацией процессов системного воспаления. Оптимальная поддержка этих параметров снижает выраженность системного воспалительного ответа.

Выводы. Высокая остаточная реактивность тромбоцитов повышает вероятность ишемических событий и поэтому пациенты с ИБС перед и после СКА нуждаются в лабораторном контроле эффективности антиагрегантной терапии и персонализации схем терапии с учетом полиморфизма генов CYP2C19*2.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРОНАРОКОРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

БАБАДЖАНОВ А.С., БАБАДЖАНОВ С.А., ЗУФАРОВ М.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени
академика В. Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. предложить информативный и доступный метод дооперационной идентификации характера ишемии миокарда у больных ИБС для успешного прогнозирования результативности вмешательства.

Материал и методы. Исследованы 83 пациента с острыми и хроническими формами ИБС. В первой группе (49 человек) проводилось коронарное стентирование. Во второй группе (34 пациента) было выполнено КШ. Характер ишемии и результативность обеих операций в сравнении оценивали методами ЭКГ-картирования и стресс-ЭХОКГ теста с дилпиридамолом.

Результаты исследования. При острых формах ИБС острый коронарный синдром (ОКС), острый инфаркт миокарда (ОИМ) операции КС и АКШ давали значительную положительную динамику показателей коронарного кровоснабжения зоны ишемии и сократимости миокарда по данным как

прекардиального картирования (сокращение площади ишемии – AST и уменьшение степени ишемии – ΣST), так и стресс-ЭХОКГ теста с дилпиридамолом (повышение показателя сократимости миокарда (ФВ) и снижение конечно-систолического объема (КСО), увеличение числа эукинетических сегментов миокарда, уменьшение гипокинетических). Такая же динамика, однако, значительно менее выраженная, отмечалась по данным ЭКГ-картирования и стресс-ЭХОКГ теста после обеих операций в группе с хроническими формами ишемии.

Выводы. Прекардиальное ЭКГ-картирование является информативным и доступным для применения в условиях региональных кардиохирургических клиник методом идентификации гипертрофического миокарда – более перспективного при оперативном лечении варианта ишемии при ИБС в плане повышения сократимости левого желудочка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВТОРИЧНЫХ АЛКИЛАМИНОВ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ

БЕКТАШЕВ И.Б., КОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВ Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Определение у больных инфарктом миокарда летучих метаболитов биогенных аминов – вторичных алкиламинов (диэтиламин) в выдыхаемом воздухе (ВВ), образующихся в результате дезаминирования катехоламинов. Для определения диэтиламина в ВВ использовали колориметрические и газоаналитические методы.

Материал и методы. Исследуемые больные (40 чел.) в условиях стационара рандомизированы на 2 группы: первую группу (контрольная) составили 20 клинически здоровых мужчин в возрасте от 20 до 44 лет; вторую группу – 14 мужчин в возрасте (32–59 лет), с диагнозом ИБС. Острый инфаркт миокарда без зубца Q (NQMI).

Полученные пробы ВВ путем термодегазации оценивались с помощью газоанализатора аминов. Обследование больных NQMI проводилось при поступлении, далее на 7–8 сутки пребывания и на 12–14 сутки.

Результаты исследования. В группе клинически здоровых мужчин показатель летучих аминов в ВВ составил $74 \pm 2 \times 10^{-9}$ г/л. Максимальный уровень летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ во второй группе регистрировался на первые сутки и составил $379 \pm 41 \times 10^{-9}$ г/л. На 7–8 сутки прослеживается незначительное снижение метаболитов биогенных аминов до $301 \pm 49 \times 10^{-9}$ г/л. А на 12–14 сутки уровень диэтиламина спускается до $207 \pm 47 \times 10^{-9}$ г/л, что на 179,7% превышает уровень контроля.

Выводы. Повышенное содержание диэтиламина в ВВ видимо, связано с нарушением функции симпатико-адреналовой системы (САС) при ИМ. В настоящее время принято считать, что в результате дезаминирования КА образуются вторичные алкиламины, в частности диэтиламин. В процессе перекисного окисления липидов образуются шиффовые основания (ШО). При клеточной гипоксии, в условиях сдвига САС

и повышения концентрации адреналина (А), ШО превращаются во вторичные алкиламины. Как известно, стрессовая ситуация усугубляет гипоксию, которая способствует повышению концентрации А и одновременно стимулирует ПОЛ. Следовательно, увеличение концентрации ШО и А приводит к образованию вторичных

аминов. Данный эффект, существенно повышает концентрацию алкиламинов, в частности диэтиламина. Полученные нами результаты с учётом данных литературы свидетельствуют о необходимости ведения контроля за состоянием САС у больных инфарктом миокарда.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

БЕЛОВОЛ А.Н., КОРНЕЙЧУК В.И. КИРИЕНКО А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Анализ показателей почечной и сердечной гемодинамики у больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа в зависимости функционального состояния почек.

Материал и методы. Обследованы 55 больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа средним возрастом $52 \pm 7,5$ лет и 10 практически здоровых лиц контрольной группы. С целью исследования функционального состояния почек среди больных ГБ и СД 2 типа были выделены пациенты с различными степенями диабетической нефропатии (ДН). Первую группу составили 26 больных с умеренно сниженной скоростью клубочковой фильтрации ($СКФ < 90$ мл/мин $\cdot 1,73$ м²), что соответствует ДН III ст., вторую группу составили 29 больных с нормальной функцией почек ($СКФ > 90$ мл/мин $\cdot 1,73$ м²), что соответствует ДН I – II ст. Больные с $СКФ < 60$ мл/мин $\cdot 1,73$ м² в исследование не включались. Для расчета СКФ, по уровню цистатина С (мл/мин $\cdot 1,73$ м²) использовали уравнения Хоука: $СКФ = (80,35 / \text{уровень цистатину С в сыворотке крови})^{-4,32}$. Диастолическая функция левого желудочка оценивалась методом импульсно-волновой доплерографии трансмитрального кровотока и тканевой импульсно-волновой доплерографии с определением амплитуды и скорости смещения фиброзного кольца митрального клапана. Проводилось определение максимальной скорости потока в фазу быстрого наполнения (пик Е), скорости кровотока в систолу предсердий (пик А), рассчитывалось соотношение Е / А, время замедления потока раннего наполнения (DT), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) амплитуда смещения митрального кольца в фазу быстрого наполнения (е') и в систолу предсердий (а'), оценивалось соотношение Е/е'. Всем больным было проведено

исследование внутривенной гемодинамики с помощью ультразвуковой доплерографии на уровне сегментарных артерий: максимальной систолической скорости кровотока (V_{max}), конечной диастолической скорости (V_d), индекса резистентности (RI) и пульсационного индекса (PI).

Результаты исследования. У пациентов первой группы на уровне сегментарных почечных артерий показатели V_{max} составляли $42,9 \pm 7,8$ см / с, V_d – $15,1 \pm 2,5$ см / с, RI – $0,71 \pm 0,07$ и PI равен $1,08 \pm 0,05$. У пациентов второй группы отмечалось достоверно более высокие средние показатели V_{max} – $51,2 \pm 8,1$ см / с и V_d – $20,7 \pm 2,1$ см / с, тогда как средние RI и PI были достоверно ниже и составляли $0,56 \pm 0,06$ и $1,01 \pm 0,02$ соответственно и достоверно не отличались от группы контроля.

При исследовании диастолической функции левого желудочка у пациентов первой группы у 16 больных был определен I тип диастолической дисфункции (нарушения релаксации), у 5 больных обнаружен II (псевдонормальный) тип и только у одного пациента не наблюдались нарушения диастолической функции. Среди пациентов второй группы у 13 больных выявлена диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации, у двух зафиксирован псевдонормальный тип и у 10 больных нарушений диастолической функции не выявлено.

Выводы. Снижение скорости клубочковой фильтрации у больных с ГБ и СД 2 типа сопровождалось достоверным уменьшением максимальной систолической и конечной диастолической скорости почечного кровотока и ростом индекса резистентности. У больных с нарушением функции почек отмечалось увеличение частоты развития различных типов диастолической дисфункции по сравнению с пациентами с неизменной СКФ и группой контроля.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СТРЕСС – ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

БОЛТАБАЕВ А.М., АБДУЛЛАЕВА К.А., УСМАНОВА Д.Н., КАБУЛЖАНОВА М.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль и возможности стресс-доплер-эхокардиографии в диагностике ИБС.

Материал и методы. Контрольную группу составили 20 условно здоровых пациентов в возрасте от до 60 лет ($49,1 \pm 2,98$) без клинических проявлений ИБС и отсутствием ее основных факторов риска. В зависимости от клиники, результатов исследования больные были разделены на 2 группы. I группу больных составили 20 условно здоровых мужчин в возрасте от 37 до 61 лет ($49,2 \pm 2,87$) с наличием двух факторов риска развития ИБС. II группу вошли 20 мужчин в возрасте от 39 до 64 лет ($49,5 \pm 3,01$) с типичными приступами стенокардии напряжения. Всем обследованным больным была применена методика тканевой стресс-ДэхоКГ с физической нагрузкой. В качестве стресс-агента использовалась физическая нагрузка по методике. Больному за 2 суток перед проведением стресс-эхоКГ отменялись бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды, антагонисты кальция и нитраты. Тканевая стресс-ДэхоКГ проводилась в режиме визуализации из парастернальной позиции на уровне сосочковых мышц по длинной оси (PLax) и по короткой оси (SaxPM), апикальной 4 –х камерной (4Ch) и 2-х камерной (2Ch) позиции, а также с применением импульсно-волнового режима продольного тканевого доплера. Определялись систолические региональные параметры сократимости миокарда в основных бассейнах кровоснабжения: передней нисходящей артерии (ПНА), огибающей артерии (ОА), правой коронарной артерии (ПКА). Оценивался прирост максимальной сегментарной систолической

скорости (МСС) для каждого из сегментов на всех этапах стресс-теста. Тканевой стресс-ДэхоКГ тест считался положительным при снижении МСС для любого из сегментов на последующем этапе пробы.

Результаты исследования. Показатели МСС в покое при стресс-ДэхоКГ в контрольной группе ($n=20$). Показатели МСС на разных этапах стресс-ДэхоКГ в контрольной группе имеется прямая линейная зависимость между приростом МСС и стадией стресс-теста. Так, отмечается прирост МСС в среднем в 1,31 раза, а при комбинированном стресс-ДэхоКГ тесте – в среднем в 1,87 раза. У пациентов без клинических проявлений ИБС с отсутствием основных факторов риска с положительной ВЭМ-пробой ($n=20$) чувствительность и специфичность комбинированной стресс-ДэхоКГ составили 100 % ($p<0,001$). Установлено, что у 90,0 % пациентов данной группы с патологическими изменениями сегмента ST отсутствовало поражение коронарного русла ($p<0,05$). В группе больных с впервые возникшей стенокардией, наличием 2-х и более факторов риска ИБС и отрицательной ВЭМ пробой отмечали атеросклеротическое поражение КА у 70,0%. Результаты комбинированной стресс-ДэхоКГ полностью соответствовали таковым при КАГ как по локализации пораженной артерии, так и по распространенности патологического процесса ($p<0,001$).

Вывод. Комбинированная стресс-доплер-эхокардиография может успешно применяться как для формирования групп пациентов, подлежащих коронарографии, так и для оценки эффективности ангиохирургического лечения ИБС.

КОРРЕКЦИЯ ОПАСНЫХ ДЛЯ ЖИЗНИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

БОТИРОВА Н.Б., КОДИРОВА Г.И., ВАХАБОВ Б.М., УСМАНОВ Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Целью исследования. Изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследована группа из 40 больных стенокардией, госпитализированных в клинику АГМИ в отделении кардиологии. Среди пациентов было 29 женщин и 11 мужчины в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст $50,6 \pm 0,7$ лет). Первую группу составили 20 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, вторую группу

составили 20 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм. и более косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм. и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты исследования. «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих НРС (в основном – экстрасистол) резко (в 5–27 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 40 больных выявлено $3,65 \pm 0,23$ эпизода, тогда как только

$1,98 \pm 0,13$ из них сопровождались появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 33 случаях.

Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Выводы. Таким образом, вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШ

ГАДАЕВА Н.А., ТУРАКУЛОВ Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) мавжуд беморларда буйраклар гемодинамик ҳолатини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқод Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида олиб борилди. Унга 25 нафар (ўртача $62 \pm 4,6$ ёш, эркаклар 14 нафар ва аёллар 11 нафар) юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган СЮЕ ташхиси тасдиқланган беморлар ва 20 нафар (ўртача $58 \pm 4,2$ ёш, эркаклар 11 нафар ва аёллар 9 нафар) амалий соғломлар жалб қилинди. Буйраклар функционал фаолияти креатинин клеринси, альбуминурия, зардобдаги мочевино ва креатинин миқдорига асосланди. Буйрак артерияси (БА) ва бўлақлараро артерияларни спекторал доплер ҳолатида резистив индекс (RI), пульсацияланувчи индекс (PI), шунингдек, максимал систолик (Vps) ва

якуний диастолик (Ved) кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

Тадқиқод натижалари. СЮЕ билан оғриган беморларнинг аксариятида чизиқли (Vps, Ved) ва хажмли қон оқимининг тезлиги (COкум, CIкум, COкбаз, CIкбаз) паст эди ҳамда, пульсацияланувчи (PI) ва резистив индекслар (RI) назорат гуруҳига қараганда юқори эканлиги қайд этилди ($p < 0,001$). Бир хил қон оқими (чизиқли ва хажмли) кўрсаткичлари, ўнг ва чап буйракларда ўзаро бир бири билан кучли корреляцион боғлиқлик кўзатилиб, бу ўз навбатида текширилган беморлар БАда бир томонлама стеноitik шикастланиш йўқлигини кўрсатди ($r = 0,85$, $p < 0,001$). Қон оқимининг чизиқли тезлиги, буйракларнинг периферик қаршилиги индекси ҳамда буйракдаги қон оқимининг хажмий кўрсаткичлари билан юракнинг қисқарувчанлик функцияси ва буйрак дисфункцияси билан

корреляцион боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Шунингдек, КФТ даражаси юқори бўлган беморларга нисбатан КФТ 60 мл/мин/1,73м² дан паст бўлган беморларда буйрак қон оқимини минутлик хажми, айниқса базал кўрсаткичи ишонарли паст эканлиги қайд этилди. Бу шуни кўрсатадики, буйракнинг базал ҳамда умумий қон оқимини ўртача кўрсаткичини ўзгариши, КФТ 60 мл/мин/1,73м² пасайган беморлар учун характерли бўлиб, ушбу кўрсаткичларни СЮЕ мавжуд

беморларда буйрак етишмовчилигини аниқлаш мақсадида фойдаланиш мумкин.

Хулоса. Буйраклардаги гемодинамик ўзгаришлар, икки томонлама буйрак артерияларини дуплекс сканерлар ёрдамида, чизиқли ва хажмли қон оқимини пасайиши ва буйракнинг периферик қаршилиги индексларини ошишини ўз ичига олади. Ушбу кўрсаткичлар буйракнинг функционал ҳолатини бузилиши билан чамбарчас боғлиқ ва СЮЕ мавжуд беморларда буйрак етишмовчилигини ташхислашда фойдаланиш мумкин.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ДАМИНОВА Л.Т., КОДИРОВ Ш.С.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эндоскопического проявления гастропатии, вызванной нестероидными противовоспалительными препаратами, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. Обследовано 146 больных с ИБС, среди которых острый инфаркт миокарда (ИМ) наблюдался у 12 (8,22%) больных, прогрессирующая напряженная стенокардия (ПНС) – у 68 (46,57%), напряженная стенокардия (НС), функциональный класс III-IV – у 66 (45,21%). Средний возраст больных составил 67,7±3,5 лет. Мужчины составили 72,4%, женщины – 37,6% от общего количества больных.

Анализ исследований включал: оценку основного заболевания, частоту и структуру НПВС-гастропатий и ее осложнений, клинических (диспепсический и болевой) и объективных (локализация и выраженность болевого абдоминального) гастроэнтерологических симптомов, детализацию анамнеза (длительность приема НПВС, возраст, пол, «язвенный анамнез»). Фиброэзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) на аппарате FUJINON 2500 и PENTAX 5000, Япония.

Статистическая обработка произведена в программе Excell–2017.

Результаты исследования. Анализ результатов эндоскопических исследований позволил констатировать, что у пациентов, длительное время принимающих препараты АСК или НПВС, преимущественно наблюдались изменения по типу хронического гастрита (35,6%). На втором месте по частоте наблюдался дуоденогастральный рефлюкс (14,6%).

Размеры язв ЖКТ являются достаточно важными обстоятельствами в плане

риска желудочно-кишечных кровотечений. Проведенные эндоскопические исследования выявили наибольшее количество язв ЖКТ до 1 см в диаметре у мужчин (64,38%), а из общего количества гастродуоденальных язв у женщин также преобладают язвы до 1 см (19,19%).

При изучении локализации язвенного процесса ЖКТ у пациентов с ИБС было выявлено, что острые эрозии и язвы локализовались преимущественно в желудке, составив 13,0% и 8,4%, в двенадцатиперстной кишке они составили 11,1% и 3,8% соответственно. Также было выявлено, что наиболее часто патология СО встречается у мужчин, в большинстве своем регистрируемые в антральном отделе желудка (33,47%), у женщин – в 12,71%. Язвенные изменения пилорического отдела желудка менее часты и встречаются в 20,34% у мужчин и 5,51% у женщин, равноценно как и в ЛДПК – 16,95% и 4,66% соответственно.

Следует отметить, что клиническая картина при НПВС индуцированных гастропатиях характеризовалась дисбалансом между симптоматикой и эндоскопическими изменениями. Так, у ряда пациентов, отмечающих боли или другие диспепсические расстройства, при ФЭГДС выявлялись минимальные изменения СО ГДЗ. Напротив, при наличии множественных эрозий и язв НПВС-гастропатии часто протекали бессимптомно.

Выводы. Исследование показало, что язвенные поражения ЖКТ наиболее часто регистрировались у пациентов ИБС мужского пола и характеризовались множественными язвами до 1 см в диаметре, локализованные преимущественно в антральном отделе желудка.

Факторами «гастроэнтерологического» риска у больных ИБС при отсутствии «язвенного» анамнеза являются мужской пол, возраст старше

65 лет (82,5%) и длительный прием препаратов АСК или НПВС (79,6%).

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР

ДЖУРАЕВА Н.О., ЭРКИНОВА Н.Э., ГАДАЕВ А., ТОШЕВА Х.Б., ХАЛИЛОВА Ф.Х.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Бухоро тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Юрак ишемик кассаллиги (ЮИК) ва айрим бошқа касалликлар негизда ривожланган сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) турли функционал синфларида коморбид ҳолатларнинг учрашини ўрганиш.

Материал ва усуллари. СЮЕ мавжуд бўлган 383 нафар беморлар алоҳида ажратилиб кузатилди. Уларнинг 150 таси эркаклар (46,43%) ва 173 (53,57%) аёллар эди. Барча беморлар Бухоро вилоят кўп тармоқли шифохонаси кардиология бўлими ва вилоят кардиология диспансерида даволаниш жараёнида СЮЕ функционал синфларидан (ФС) келиб чиқиб коморбид касалликларнинг учраши ўрганилди.

Тадқиқод натижалари. Беморлар СЮЕ ФС бўйича ажратилганда I-ФС 26,93 %, II-ФС 50,51%, III-ФС 22,29% ва IV-ФС 0,26 % ҳолларни ташкил қилди. Беморларнинг аксарият қисми II-ФС дагилар бўлиб, I ва III-ФС деярли бир хил сонда аниқланди. Уларнинг барчасида СЮЕ қатор турли хилдаги коморбид ҳолатлар билан кечди. Жумладан, 43 беморнинг 23,31% битта ёндош касаллик, 214 тасининг 66,25% иккита коморбид касаллик аниқланди. Текширилган

56 беморларнинг 17,33% учта ва 9 тасида тўрт ва ундан ортиқ ёндош, рақобатдош ёки фон касалликлар қайд этилди. Барча кузатувга олинган беморларда коморбидлик $2,1 \pm 0,65$ тенг бўлди ва бу кўрсаткич 60 ёшгача ҳамда ундан катта ёшдагиларда мос равишда $1,9 \pm 0,53$ ва $2,2 \pm 0,75$ ($P > 0,05$) ташкил этди. Кузатувдаги беморларда ФС бўйича коморбид ҳолатлар ўрганилганда қуйидагилар қайд этилди. СЮЕ I-ФС ташхиси қўйилган 87та беморда ўртача $1,74 \pm 0,61$, II-ФСдаги 164та беморда ўртача $2,1 \pm 0,57$ ва III-ФСдаги 72 беморда коморбидлик ўртача $2,54 \pm 0,65$ тенг бўлди, ва барча ҳолларда $P > 0,05$. Аксарият беморларда қандли диабет, камқонлик, семизлик, жигар ёғли касаллиги, сурункали пиелонефрит, деформацияловчи остеоартроз, остеохондроз каби коморбид ҳолатлар аниқланди.

Хулосалар. СЮЕ чалинган беморларда ФС оғирлашишига мос равишда коморбид касалликлар сонининг ўсиб боради. Ўз навбатида коморбид ҳолатлар сонининг кўпайиши барча ҳолатларда СЮЕ кечишига салбий таъсир кўрсатади.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

ЖАЛИЛОВ А.О., ЮЛДОШЕВ Н.П., СОБИРОВА Ш.А., НАГАЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Обоснование выбора того или иного хирургического способа лечения рестенозов.

Материал и методы. В исследование было включено 62 пациента с рестенозом. Период наблюдения за больными с рестенозом составил от 3 мес. до 4 лет (медиана наблюдения = $2,53 \pm 1,29$ года). Количество больных, которым ЧКВ было проведено ≤ 1 года составили 22 пациентов. Количество лиц, которым ЧКВ было проведено > 1 года назад – 40 человек.

Результаты исследования. Для решения поставленной задачи был проведен анализ пациентов с рестенозом по следующим характеристикам: 1) клиническим (индекс Кетле в пределах > 30 кг/м²; первый год наблюдения после ЧКВ; женский пол; сахарный диабет (СД); двух – и более кратный перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) в анамнезе); 2) ангиографическим (высокий класс рестеноза по R.Mehran; наличие субтотальных и тотальных окклюзий; большая длина (L) сосудистых поражений; малый

диаметр (d) сосуда; наличие многососудистых поражений) и 3) лабораторным (повышенный уровень фибриногена и повышенная степень агрегационной способности тромбоцитов – АСТ).

С этих позиций были получены следующие результаты: среди респондентов, которым было проведено АКШ, все клинические маркеры (за исключением женского пола) имели место от 20,0 до 60,0% встречаемости, при этом пик (60,0%) пришелся на показатель – ИМТ > 30 кг/м². Из ангиографических маркеров, оказавших влияние на выбор АКШ, значимыми оказались многососудистые поражения (100,0% пациентов), стенотические сужения ≥ 95% (80,0%) и d артерии < 3 мм (80,0%). Из лабораторных данных – степень АСТ ≥ 3, оказала существенное влияние на выбор в пользу АКШ.

Среди пациентов, которым было проведено баллонирование, факторами оказавшими определенное влияние, в пользу именно этого способа реканализации, оказались: клинические – СД, период до 1 года и кратность ПИМ в анамнезе; ангиографические – L сос. пораж. > 20 мм и d артерии < 3 мм; лаборатор-

ные – уровень ФГ ≥ 4 мг/дл. При этом встречаемость указанных маркеров не превышала 60%.

Комбинированная методика реканализации проводилась у пациентов, у которых помимо рестеноза, были диагностированы стенотические сужения нецелевой артерии и, выбор данной методики был обусловлен, в основном, ангиографическими и лабораторными маркерами. При этом из ангиографических показателей основной процент пришелся на наличие многососудистых поражений, а из лабораторных – на степень АСТ ≥ 3.

При проведении корреляционного анализа между суммой всех маркеров и выбранной тактикой восстановления коронарного кровотока была выявлена прямая зависимость высоко-достоверного характера ($p < 0,00001$), т.е. чем большее количество маркеров имело место у конкретного больного, тем больше предпочтение отдавалось в пользу более сложных методов лечения.

Выводы. На основании проведенного анализа был разработан алгоритм дифференциальной тактики хирургического лечения рестенозов с учетом выше-представленной триады основных симптомокомплексов.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 В УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ОЖИРЕНИЕМ

ИВАНОВА Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь углеводного обмена с показателями ФРФ 21 у пациентов с ИБС в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. В исследование было включено 98 пациентов с ишемической болезнью сердца. С учетом ИМТ, который рассчитывали по формуле Кетле (кг/м²), все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные с ИБС и нормальной массой тела (n=19), вторую – с ИБС и предожирением (n=24), третью – с ожирением I степени (n=31) и четвертую (n=24) – с ИБС и ожирением II-III степени. Показатели контроля были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Анализ углеводного обмена проводили с учетом содержания глюкозы и инсулина в сыворотке крови. Наличие инсулинорезистентности (ИР) рассчитывали по формуле: HOMA-IR = инсулин x глюкоза / 22,5. Исследование содержания ФРФ 21 проводилось иммуноферментным методом с использованием реактивов ELISA Kit AVISCERA

BIOSCIENCE SK00145–01, USA. При анализе статистических данных использовали программу «Statistica 10.0».

Результаты исследования. Уровень глюкозы натощак был наивысшим у пациентов с ожирением II-III степени и составил 5,7 (5,2;6) ммоль/л. Он достоверно отличался от показателей в группе пациентов с ИБС и нормальной массой тела 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л и предожирением 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л, $p < 0,05$. Наиболее высокие показатели инсулина были у пациентов с высокими степенями ожирения 41 (37;52) мкЕ/мл. Эти данные достоверно отличались от группы пациентов с ИБС и нормальной массой 20 (18;22) мкЕ/мл, предожирением 28 (25;31) мкЕ/мл и ожирением I ст. 31,5 (28;34) мкЕ/мл, $p < 0,05$. Уровни глюкозы и инсулина у пациентов с ИБС были статистически значительно выше контрольных значений, $p < 0,05$. Индекс HOMA-IR был достоверно выше в группе пациентов с ожирением высоких степеней 7,8 (6,8;8,8), против 4,93 (4,22;5,6) в группе с нормальной массой

тела, 5,5 (3,8;6,9) у больных с предожирением и ожирением I ст 6,0 (5,3;6,6), $p < 0,05$. Показатели контрольной группы 4,3 (2,99;4,9) достоверно отличались от всех групп пациентов с ИБС и ИМТ $> 25 \text{ кг/м}^2$, $p < 0,05$. Содержание ФРФ 21 было наивысшим у пациентов с ожирением I ст 305,63 (271,92;361,12) пг/мл, и достоверно отличалось от контроля – 110,65 (97; 117) пг/мл, $p < 0,05$. Низкий уровень этого цитокина был диагностирован у больных с ИБС и ожирением II-III ст. – 106,4 (72;115) пг/мл. При проведении корреляционного анализа у пациентов с предожирением наблюдалась обратная умеренная корреляция с ФРФ21 по уровню глюкозы крови ($r = -0,3$) и прямая слабая по индексу НОМА ($r = -0,21$). В группе с ожирением I ст. установлена слабая

обратная связь между ФРФ21 и глюкозой ($r = -0,21$) и инсулином крови ($r = -0,23$). Анализ пациентов с высокими степенями ожирения установил слабую положительную связь между уровнем глюкозы ($r = 0,18$), слабую отрицательную для инсулина ($r = -0,23$) и обратную связь средней силы для индекса НОМА ($r = -0,37$) по отношению к ФРФ21.

Выводы. Наличие ИР-состояний в большей степени присуще пациентам с высокими степенями ожирения. Уровень ФРФ21 сыворотки крови достоверно связан с углеводным обменом. Увеличение числа больных с гиперинсулинемией при ИБС и ожирения II-III ст. ассоциируется со снижением концентрации ФРФ21 вследствие формирования резистентности рецепторов жировой ткани к данному цитокину.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш., АБДУЛЛАЕВ Ш.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить распространенность различных типов инфаркта миокарда (ИМ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП), а также встречаемость ФП среди больных с ИМ, особенности антитромботической терапии в данной группе пациентов.

Материал и методы. Был проведен анализ историй болезни 493 пациентов с ИМ за 3 года (2017–2019гг).

Результаты исследования. Среди всех больных с ИМ ФП зарегистрирована у 77 пациентов (15,7%), из них: мужчин – 48,7%, женщин – 51,3%, средний возраст – 74 года. ФП в анамнезе была у 40 больных: постоянная форма – 46,1%, пароксизмальная – 43,6%, персистирующая – 10,3%; у 26 пациентов (33,8%) – впервые зарегистрирована в остром периоде ИМ, у 11 пациентов (14,3%) – давность ФП неизвестна. Большинство пациентов с ФП (85%) переносили ИМ 1 типа; ИМ 2-го типа развивался у 6 пациентов (15 %) с хронической ФП. У одного пациента (2%) среди лиц с впервые возникшей ФП ИМ развился на фоне тахисистолии и был расценен как ИМ 2-го типа. Коронарография (КАГ) была выполнена в 42,5%. Из них – 91,4% пациентов выполнена ангиопластика и стентирование инфаркт связанной артерии. Среди пациентов с ИМ на фоне существующей ФП тройная антитромботическая терапия (варфарин+ацетилсалициловая кислота+клопидогрел), в большинстве случаев,

была назначена на 1–3 месяца, далее – двойная терапия (варфарин+клопидогрел) на 12 месяцев, с последующим переходом на АК; в 5,8% случаев срок двойной терапии сокращался до 3–6 месяцев в связи с развившимся малым кровотечением/ высоким риском кровотечения. В 16,3% случаев АК не были назначены у пациентов с крайне высоким риском кровотечения, включая невозможность контроля МНО на амбулаторном этапе, плохой комплекс; в 8% случаев (у пациентов без стентирования КА в ходе ИМ/ развившимся малым кровотечением/высоким риском кровотечения) назначены только АК. Новые оральные АК (НОАК) – ривароксабан в составе многокомпонентной антитромботической терапии (в 91,7% случаев) начали использовать только в 2019г. Среди пациентов с ФП в анамнезе и диагностированным ИМ 2 типа АК были назначены в 100% случаев, причем либо в виде монотерапии (ривароксабан) – 46% больных (в связи с высоким риском кровотечения), либо в сочетании с 1 дезагрегантом – 51%. В группе пациентов с впервые возникшей ФП во время ИМ антикоагулянты при выписке назначались только у 14% больных (повторные пароксизмы ФП во время госпитализации).

Выводы. Таким образом, ИМ и предшествующая ФП встречается у 8 % пациентов. Чаще встречался ИМ 1 типа. У пациентов с сочетанием ИМ и ФП пероральные АК в составе многокомпонентной антитромботической терапии назначались в большинстве случаев, за

исключением пациентов с впервые развившимся пароксизмом ФП в ходе ИМ, без рецидивирования пароксизмов ФП в дальнейшем, пациентов с крайне высоким риском кровотечения, низкой

приверженностью к терапии. С 2019г. в составе многокомпонентной антитромботической терапии применяются в основном НОАК.

ЮРАКНИНГ ОҒРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ЎЗГАРИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ

ИСАКОВ А.А., ТАШТЕМИРОВА И.М., РОХИБЖОНОВ А., УСМАНОВ Б.Б., ЮСУПОВА Н.А.

Анджон Давлат тиббиёт институти, Анджон ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Юракнинг оғриқсиз ишемияси аниқланган беморларда липидлар спектрини ўзгаришини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Стационар шароитида 39–59 ёшдаги 22 та беморлар текширувга олинди. Асосан 2 гуруҳга бўлинган. I-назорат гуруҳ: – 25–49 ёшдаги 12 та; II-гуруҳ юракнинг оғриқсиз ишемияси аниқланган 22 та беморлар – 39–59 ёш. Беморларнинг типик белгилари, жумладан ксантомалар, ксантелазма ва arcus cornealis борлигига аэтибор қаратилган, ундан ташқари ЮИКнинг объектив белгилари борлиги текширилган, генеалогик анамнез бўйича – эрта ривожланган ЮИК I-даражали қариндошларида (аёлларда –50, эркекларда 55 ёшгача) борлигини аниқланди. Липидлар профили эса замонавий биохимик экспресс анализатор ёрдамида аниқланди.

Тадқиқод натижалари. Бизнинг текширувимизда беморларда липидларнинг

ўзгаришлари кузатилди. Бизнинг тадқиқотларимиз мобайнида II – гуруҳда УХС – 55,5%, ТГ – 21%, ПЗЛП – 18,1%, ЎПЗЛП – 50%, АИ – 60%га кўтарилиши аниқланган. ЮЗЛП эса 10,4% га пасайган ($p<0,05$). Қонни липид спектрининг кўрсаткичлари, назорат гуруҳдаги кўрсаткичларга нисбатан ажралиб турган.

Хулоса. Текширувларимизда юракнинг оғриқсиз ишемияси аниқланган беморларда липидлар спектрини ўзгариши сезиларли даражада ўзгарганлиги, умумий холестерин миқдорини ортиши, юқори зичликдаги липопротеидларни пасайиши, триглицеридлар ва паст зичликдаги липопротеидларни ортиши кузатилган. Бизнинг текширувимиз ёш эркек беморларда атеросклерозни эрта аниқлаб, у келтириб чиқарадиган нохуш ҳолатлар ва асоратларини олдини олишга имкон беради деб ўйлаймиз.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ РИВОЖЛАНИШИДА НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОННИНГ ЎРНИ

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., ЗАКИРОВА Г.А., УТЕМУРАТОВ Б.Б., РАХИМОВ А.Н.

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

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва буйраклар дисфункцияси (ДП) даражалари билан қон зардобидида мия натрийуретик пептидининг (NTproBNP) аминотерминал қисми ва альдостерон (Ал) нинг ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва усуллар. Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра I (19 та бемор), II (21 та бемор) ва III (12 та бемор) функционал синф (ФС) СЮЕ бор бўлган 52 бемор текширилди. Назорат гуруҳи 30 та шартли соғлом кишилардан иборат эди. Беморларнинг ўртача ёши $62,5 \pm 7,96$ ёшни ташкил қилди. Барча беморларда қон зардобидида креатинин (Кр), СКД-ЕПІ формуласи

ёрдамида ҳисоблаш орқали коптокчалар филтрацияси тезлиги (хҚФТ), NTproBNP ва Ал даражалари аниқланди. Шунингдек, барча беморлар хҚФТ га қараб 2 гуруҳга бўлинди: $30 < \text{хҚФТ} \leq 60$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$ – 14 бемор ва $\text{хҚФТ} \geq 60$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$ – 38 бемор.

Тадқиқод натижалари. Нейрогормонларнинг бошланғич даражаларини таҳлил қилишда назорат гуруҳининг кўрсаткичлари билан таққослаганда NTproBNP ва Ал нинг СЮЕ да ФС ортиши билан ишонарли даражада кўпайиши аниқланди: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 89,5% ($p<0,001$) га ва 70,4% ($p<0,001$) га, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 94,6% ($p<0,001$) га

ва 78,2% ($p < 0,001$) га, ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 96,3% ($p < 0,001$) га ва 80,3% ($p < 0,001$) га, мос равишда. Бундан ташқари, СЮЕ да ФС ўсиши билан I ФС СЮЕ бор бўлган беморларнинг кўрсаткичлари нисбатан II ФС бор бўлган беморларда NTproBNP ва АЛ нинг 48,6% ($p < 0,05$) ва 26,2% ($p < 0,01$) га ва III ФС бор бўлган беморларда 65,2% ($p < 0,001$) га ва 33,4% ($p < 0,001$) га мос равишда ишонарли даражада юқорилиги кузатилди. ҳҚФТ даражасига боғлиқ

ҳолда нейрогормонларнинг кўрсаткичлари таҳлил қилинди: ҳҚФТ > 60 мл / дақ / 1,73 м² бўлган беморларга нисбатан NTproBNP ва АЛ ҳҚФТ ≤ 60 мл / дақ / 1,73 м² бўлган беморларда 56,3% ($p < 0,05$) га ва 16,5% ($p < 0,05$) га мос равишда юқори бўлди.

Хулоса. СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва АЛ нейрогормонал омилларнинг ишонарли даражада кўпайиши СЮЕ нинг ФС ва буйрак дисфункцияси билан асоцирланган.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ ФОНИДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ДИАСТОЛИК ФАОЛИЯТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ДИНАМИКАСИ

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., НУРИТДИНОВ Н.А., ИБАБЕКОВА Ш.Р., ТОШЕВ Б.Б.

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

Тадқиқод мақсади. I–III функционал синф (ФС) сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор бўлган беморларда лизиноприл ва лозартаннинг чап қоринча диастолик функциясининг (ЧҚ ДФ) кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар. I–III ФС СЮЕ бор бўлган юрак ишемик касаллиги билан касалланган жами 223 бемор бошланғич ва 6 ойлик даволанишдан сўнг текширувдан ўтказилди. Биринчи гуруҳ (I) 118 бемордан иборат бўлиб, (I ФС – 28 та, II ФС – 51 та ва III ФС СЮЕ 39 та бемор), умумий стандарт терапия асосида – лизиноприл билан қабул қилганлар; иккинчи гуруҳ (II) 105 бемордан иборат бўлиб, (I ФС – 22 та, II ФС – 49 та ва III ФС СЮЕ – 34 та бемор), стандарт терапия фонида 6 ой давомида лозартан қабул қилган (лизиноприлнинг ўртача дозаси 7,8±2,6 мг/сут, лозартаннинг ўртача дозаси – 76,3±25,6 мг/сут).

Беморларнинг ўртача ёши 62,3±5,6 ёшни ташкил қилди. Барча беморлар коптокчалар фильтрацияси тезлигига (ҳҚФТ) қараб 2 гуруҳга бўлинди: 30 < ҳҚФТ ≤ 60 мл / дақ / 1,73 м² – 67 бемор (I гуруҳда 29 та, II гуруҳда 38 та бемор), бу сурункали буйрак касаллигининг 3 босқичига тўғри келади ва ҳҚФТ > 60 мл / дақ / 1,73 м² – 156 та бемор. ЧҚ нинг диастолик дисфункцияси (ДД) эхокардиография усули ёрдамида қуйидаги кўрсаткичлар орқали баҳоланди: ЧҚ нинг эрта тўлишининг максимал тезлиги (Е), бўлмачаларнинг кеч тўлишининг максимал тезлиги (А), Е/А нисбати, чап қоринчанинг изоволюметрик бўшашиши вақтининг узайиши (IVRT).

Тадқиқод натижалари. Сурункали юрак етишмовчилиги бор бўлган беморларда назорат гуруҳига нисбатан ДФ нинг бошланғич

кўрсаткичларини таҳлил қилишда 81,8% беморларда ДД кузатилиб, Е нинг пасайиши, А нинг кўпайиши, Е/А нисбати меъёрдан четга чиқиши, IVRT вақтининг ортиши билан характерланди. I ва III ФС СЮЕ бор бўлган I гуруҳдаги лизиноприл қабул қилган беморларда даволанишдан кейин ДФ кўрсаткичлари яхшиланишга мойил бўлди, аммо ишончли кўрсаткичларга эришмади; II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда бошланғич кўрсаткичларга нисбатан Е ва Е/А нинг сезиларли ўсиши қайд этилди – 12,6% ($p < 0,005$) ва 19,6% ($p < 0,001$) мос равишда, А нинг камайиши – 10,1% ($p < 0,02$) кузатилди.

I ФС СЮЕ бор бўлган II гуруҳ лозартан қабул қилган беморларда бошланғич қийматларга нисбатан Е ва Е/А чўққиларининг 22,7% ($p < 0,001$) ва 28,4% ($p < 0,001$) га ишонарли даражада кўтарилиши, IVRT ва ДТ ни 4,6% ($p < 0,01$) ва 12,4% ($p < 0,001$) га қисқариши; II ФС беморларда А нинг 10,1% ($p < 0,05$) га пасайиши; III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда Е нинг 12,6% ($p < 0,01$) га ортиши ва ДТ нинг 12,7% ($p < 0,05$) га камайиши кузатилди. Даволаш давомида чўққи Е кўрсаткичининг яхшиланиши қайд этилди: ҳҚФТ ≤ 60 мл / дақ / 1,73 м² бўлган биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларида бошланғич кўрсаткичларга нисбатан Е тезлиги 14,8% ва 15,7% га мос равишда кўтарилди ($p < 0,02$); ҳҚФТ > 60 мл / дақ / 1,73 м² бўлган беморларда Е нинг 2,7% ва 7,5% га мос равишда ўсиши кузатилди.

Хулоса. Даволаш фонида, иккала гуруҳда миокарднинг диастолик функцияси яхшиланиб, лозартан гуруҳида бу самара кўпроқ намоён бўлди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧАНИ СИСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ НАТРИЙУРЕТИК ПЕПТИД ВА АЛЬДОСТЕРОН ДАРАЖАСИГА БОҒЛИҚЛИГИ

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., ЗАКИРОВА Г.А., РАХИМОВ А.Н., БОБОЕВ К.Т.

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

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор бўлган беморларда чап қоринча (ЧҚ) систолик дисфункцияси даражасидан қон зардобдаги мия натрийуретик пептидининг аминотерминал қисми (NTproBNP) ва альдостерон (Ал) даражалари ўртасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва усуллар. Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра, СЮЕ бор бўлган I (36 та), II (28 та) ва III (16 та бемор) функционал синф (ФС) бўлган 80 та юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан касалланган беморлар текширувдан ўтказилдилар. Беморларнинг ўртача ёши $60,1 \pm 9,2$ ёшни ташкил қилди. Барча беморларда чап қоринча отилиш фракцияси (ОФ), охири диастолик ва охири систолик ҳажмлари (ОДХ ва ОСХ), қон зардобда NTproBNP ва Ал даражалари аниқланди.

Тадқиқод натижалари. Тадқиқот натижаларига кўра, I-III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP кўрсаткичи қуйидагича: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда 113 дан 506 пг / мл гача ва II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда 215 дан 789 пг / мл гача ва III ФС СЮЕ 506 дан 2907 пг / мл гача; Ал кўрсаткичи қуйидагича: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда 134 дан 225 пг / мл гача, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда 231 дан 324 пг / мл гача ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда 223 дан 376 пг / мл гача. Ушбу кўрсаткичларнинг ўзгаришларини ҳисобга олган ҳолда, текширилган беморларнинг NTproBNP ва Ал таркибидаги медианаларнинг ўртача қийматлари (ўртача юқори даража) ва медианаларнинг катта қийматлари (юқори даража) бўйича тақсимланишини ўрганилди.

Ушбу натижаларни таҳлил қилганда, I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Алнинг бир оз ортиши қайд этилди, юқори кўрсаткичлар беморларнинг 4% ва 0% да мос равишда қайд этилди, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Алнинг юқори кўрсаткичлари 15,8% ва 90% да, III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Алнинг юқори кўрсаткичлари 100% ва 93% беморларда мос равишда кузатилди. Ушбу маълумотлар шуни кўрсатдики, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда нейrogормонларнинг ўртача юқори кўрсаткичлари устунлик қилди, аммо III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Алнинг юқори даражадаги ортиш кўрсаткичлари аниқланди. Ремоделланиш кўрсаткичлари билан нейrogормонлар даражаси орасида корреляцион таҳлил ўтказилди: ОФ билан тескари юқори корреляция боғлиқлик (мос равишда $r=0,76$ ва $r=0,72$) ва ЧҚ ОДХ билан тўғридан-тўғри юқори корреляция боғлиқлик (мос равишда $r=0,78$ ва $r=0,70$) аниқланди.

Хулоса. СЮЕ бор бўлган беморларда МНУП ва Ал нинг нейrogормонлар омиллари нинг ишонарли даражада ошиши СЮЕ нинг ФС ва систолик дисфункция даражаси билан боғлиқ. II ФС СЮЕ бор беморларда нейrogормонларнинг ўртача юқори даражадаги кўрсаткичлари кузатилди, III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Ал нинг юқори кўрсаткичлари устунлик қилди. NTproBNP, Ал билан ОФ орасида тескари юқори корреляция боғлиқлик (мос равишда $r=-0,70$ ва $r=-0,72$) ва ЧҚ ОДХ орасида тўғридан-тўғри юқори корреляция боғлиқлик (мос равишда $r=0,78$ ва $r=0,70$) аниқланди.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОНСЕРВАТИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

КАРИМОВ А.М., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

*Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить клинико-гемодинамическую эффективность различных видов терапии у больных ИБС со сниженной ФВЛЖ.

Материал и методы. В исследование были включены 164 больных с ИБС и низкой ФВЛЖ (менее 45%) в возрасте от 55 до 82 лет.

В соответствии с тактикой проводимого лечения больные были разделены на две группы. В 1-ю группу (n=83) включены пациенты со сниженной ФВЛЖ, которым на фоне приема оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) было проведено ЧКВ. 2-ю группу (n=82) составили пациенты со сниженной ФВЛЖ, находившихся только лишь на ОМТ ИБС и ХСН. В обеих группах исследования преобладали мужчины: в 1 группе – 63 (75,9%), по сравнению с женщинами – 20 (24,1%), а во 2 группе мужчины составили 69 (84,1%) человек, женщин – 13 (15,9%). Возраст пациентов в 1-группе колебался от 35 до 78 лет ($58,7 \pm 7,7$ лет), во 2-группе от 45 до 81 лет ($62,04 \pm 8,0$ лет).

Была проведена оценка толерантности к физической нагрузке с помощью теста с шестиминутной ходьбой и ШОКС по Марееву. Оценка эффективности проводилась при выписке и через 3 месяца наблюдения.

Результаты исследования. В 1-й и 2-й группе при проведении ТШХ исходно была показана

низкая толерантность к физической нагрузке ($160,9 \pm 56,7$ и $167,1 \pm 55,8$ м соответственно). При выписке больных отмечены более высокие показатели ТШХ ($266,3 \pm 60,9$ и $260,3 \pm 59,64$ м) а также снижение показателей ШОКС в обеих группах (с $7,81 \pm 2,01$ баллов до $4,03 \pm 1,11$ баллов в 1й группе и с $7,69 \pm 2,09$ баллов до $5,02 \pm 1,57$ баллов во 2й группе). После реваскуляризации, через 3 месяца в 1-й группе ТШХ возросло почти в два раза (до $270,3 \pm 61,20$ м), в то время как у 2-й группы отмечено статически значимое снижение ТШХ до $170,2 \pm 57,20$ м, а также повышение баллов по ШОКС до $6,89 \pm 1,81$ м. В госпитальном периоде достоверные изменения сократительной способности миокарда не выявлены в обеих группах, однако в более поздние сроки отмечается достоверное повышение ФВЛЖ в 1-й группе, а во 2-й группе таких изменений не отмечалось (в 1й группе – $37,2 \pm 4,5\%$, $37,5 \pm 5,93\%$ и $42,9 \pm 7,45\%$, во 2й группе – $34,72 \pm 5,73\%$, $35,62 \pm 5,62\%$, $33,86 \pm 7,21\%$ соответственно исходно, при выписке и через 3 месяца наблюдения).

Выводы. Отмечено достоверное увеличение ФВЛЖ при проведении ЧКВ с ОМТ у больных ИБС с систолической дисфункцией, сопровождающееся клиническим улучшением, повышением ТФН по ТШХ и ШОКС.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА (ЭМИРЧ)

КАЮМОВ У.К., ХАМИДОВА Г.М., САИПОВА М.Л., ХАТАМОВА Д.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на состояние сердечно-сосудистой системы у лиц профессионального риска прямого и постоянного воздействия ЭМИРЧ.

Материал и методы. Обследованы сотрудники радиотелевизионных станций (РТС), всего 119 лиц в возрасте от 21 до 65 лет, преимущественно мужчины (93,3%) – основная группа с прямым и постоянным воздействием ЭМИРЧ: инженеры электрооборудования,

специалисты электромонтеры и электромеханики. Все обследованные лица были распределены на 6 основных групп: I группа (15 человек) со стажем работы с ЭМИРЧ до 5 лет; II группа (17 человек) – стаж работы 6–10 лет; III группа (25 человек) – стаж работы 11–15 лет; IV группа (24 человека) – стаж работы 16 – 20 лет; V группа (18 человек) – стаж работы 21 – 25 лет; в VI группе (20 человек) стаж работы более 25 лет. Для сравнения аналогичным образом были

обследованы 85 работников РТС, сопоставимые с основной группой по возрасту, полу, но не подвергавшиеся прямому и постоянному воздействию ЭМИРЧ (сотрудники администрации, инженеры и др.). Контролем послужили показатели 22 здоровых добровольцев.

Всем обследованным проводилось измерение артериального давления (систолического и диастолического), частоты сердечных сокращений и ЭКГ. Анализ ЭКГ показателей проводился по общепринятым стандартным методикам.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что значения АД, ЧСС у обследованных лиц в сравниваемых группах, несмотря на некоторые превышения этих показателей у лиц основной группы, тем не менее, укладывались в возрастные значения.

У лиц основной группы отмечалось нарушение автоматизма синусового узла, проявляющееся ригидностью ритма, замедлением АВ проводимости вплоть до АВ

блокады I ст. и БПНПГ, увеличением ЛП и ГЛЖ, а также неспецифическими метаболическими изменениями на ЭКГ в конечной части ЖК, прогрессивно увеличивавшиеся с увеличением возраста и профессионального стажа работников РТС.

Выводы. Установлено, что основным фактором развития и прогрессирования сердечно-сосудистых расстройств у лиц профессионального риска воздействия ЭМИРЧ является стаж их работы, т.е. продолжительность воздействия этого излучения, что проявляется формированием артериальной гипертензии, нарушениями ритма и проводимости сердца, появлением ЭКГ-признаков гипертрофии левых отделов сердца, выраженность которых не коррелирует с уровнем АД, изменением нормального течения процессов реполяризации миокарда. Все указанные изменения прогрессивно нарастали с увеличением профессионального стажа работников РТС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

КЕНЖАЕВ М.Л., МУХАММЕДОВА Б.Ф., ГАНИЕВ У.Ш., КОЙИРОВ А.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить сравнительную эффективность эндоваскулярных методов и консервативных методов лечения у больных ОКС.

Материал и методы. Всего в исследование было включено 450 больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (245/54,4%) и с подъемом сегмента ST (205/45,6%). Мужчин было 336 (74,6%), женщин 114 (25,4%), средний возраст обследуемых составил $62,3 \pm 2,75$ года. Средняя масса тела составила $82,2 \pm 15,1$ кг. Средний рост $170,4 \pm 10,8$ см. Средний индекс массы тела $28,5 \pm 1,3$. В исследование были включены больные, у которых ОКС трансформировался в STEMI/NSTEMI.

Результаты исследования. Медикаментозная терапия оказалась эффективной, не более чем у половины обследованных, что составил 49% и 44,4% для групп NSTEMI и STEMI соответственно. Таким образом, 51% и 55,6% больных медикаментозное лечение эффекта не дало. Следует отметить, что тромболитическая терапия проводилась только у больных группы STEMI и в 25,8% процентов случаев, после тромболитической терапии не возникло улучшения. Таким образом, эффективность тромболитической терапии составила 54,6% для группы STEMI. Коронарная ангиография с ангиопластикой и/или стентированием проведена

56,7% больных группы NSTEMI и 100% больных группы STEMI, причём из этого количества больных 20 (14,3%) и 28 (13,6%) соответственно произведена первичная ЧКВ, а у 90 (64,7%) и 107 (52,2%) больных соответственно в группах NSTEMI и STEMI вмешательство производилось в отсроченном порядке, после стабилизации состояния. В 11,8% и 8,3% случаев провести ЧКВ не удалось из-за особенностей анатомии и поражения коронарных артерий, данным больным было проведено аорто-коронарное шунтирование как финальная стадия лечения ОКС. Частота возобновления стенокардии в период нахождения больных в клинике была выше среди пациентов группы NSTEMI (9,8%), тогда как длительность нахождения в клинике была выше в группе STEMI 7,85 дней соответственно против 6,3% и 6,85 дней. Несмотря на проводимую терапию в группе NSTEMI летальный исход наблюдался в 4,8% случаях, летальность в группе STEMI была несколько выше и составила 5,8%.

Выводы. Эндоваскулярная реваскуляризация становится предпочтительным вариантом лечения пациентов с высоким риском развития ОКС без подъема сегмента ST. Тем не менее, потенциальная выгода от ранней инвазивной тактики должна быть взвешена с учетом ее потенциальных рисков.

ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО Q ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ И ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КЕНЖАЕВ С.Р., МУХАМЕДОВА Б.Ф., АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ М.Л., УБАЙДУЛАЕВ Ш.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение роли жизнеспособного миокарда (ЖМ) на результаты теста 6 минутной ходьбы и течения заболевания после перенесенного Q инфаркта миокарда левого желудочка.

Материал и методы. В исследование включены 75 больных с передним Q ИМ. Всем больным выполнена первичная ЧКВ ИСКА в пределах $3 \pm 0,5$ часов от начала симптомов заболевания. На 3 сутки проведена стресс-ЭхоКГ с добутамином для верификации жизнеспособного миокарда ЛЖ. Все больные (n=75) были случайным образом рандомизированы на 2 группы: 1-я группа (45 больных) с миокардиальным станнингом; 2-я группа (30 больных), с отсутствием миокардиального станнинга. Через 6 месяцев проводился тест с 6 минутной ходьбы и изучались показатели повторной госпитализации и летальности

Результаты исследования. В 1 группе отмечено достоверное увеличение толерантности

к физической нагрузке по данным шестиминутного теста с ходьбой (с 280 до 545 м, $P < 0,01$). Также отмечалась тенденция к уменьшению такого симптома ХСН как сердцебиение. Несмотря на улучшение клинического состояния больных с ЖМ на фоне терапии, необходимо отметить, что частота повторных госпитализаций за 6 месяцев составила 15%, а летальность 7,9%, что подтверждает тяжесть наблюдаемых больных. Во 2-й группе больных без ЖМ прирост дистанции 6-минутной ходьбы (с 200 до 330 метров) был недостоверным ($P > 0,05$). Частота повторных госпитализаций за 6 месяцев из-за обострения ХСН во 2 группе составила 33,3%, а летальность 18%.

Выводы. таким образом, после адекватной реперфузии наличие жизнеспособного миокарда ЛЖ после перенесенного Q инфаркта миокарда улучшает результатов теста с 6 минутной ходьбы, также способствует уменьшению летальности и число повторных госпитализаций.

CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИНИ ЎЗГАРИШИ

КИРГИЗОВА Х.А., ТАШТЕМИРОВА И.М., СОТВОЛДИЕВ Г.И., КОДИРОВА Г.И., ЮЛДАШЕВА Г.Т.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК билан огриган беморларда липидлар спектри ва липидларнинг пероксидланиш жараёнини аниқлаш.

Тадқиқод натижалари. Жаъми 30 та беморлар текширувга олиниб 2 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (12 та) соғломлар, II гуруҳ – chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК бўлган беморлар (18 та). Беморларнинг ёши 29–69 ёшгача бўлиб ёш ўсиб борган сари касалликни учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Бизнинг текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. II-гуруҳда УХС– $6,1 \pm 0,1$ ммоль/л, назорат гуруҳга нисбатан 38,2%га ошган. ТГлар миқдори II-гуруҳда I-гуруҳга қараганда 14%га ортган. ЮЗЛП II-гуруҳда назорат гуруҳга нисбатан 22%га пасайган. ПЗЛПлар $3,8 \pm 0,07$ ммоль/лгача сезиларли бу

I-гуруҳга нисбатан 58%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи $3,08 \pm 0,06$ бирлик, бу I-гуруҳга нисбатан 37,4%га юқори бўлди ($P < 0,05$). Бизнинг тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммун тизим яллиғланиш ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реактирланади. Шундай қилиб Chlamydia pneumoniae билан зарарланган ЮИК билан огриган беморларда 67,2%га ($p < 0,001$) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ–10 пасаймади, аксинча ЮИК беморларда 37,5%га назорат гуруҳига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ–10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган.

Хулоса. Шундай қилиб, Chlamydia pneumoniae билан индуцирланган ЮИК билан огриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобиди умумий

холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Chlamydia pneumonia билан зарарланган аниқланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш

муҳим. Бу текширишлар ЮИКни, унинг асоратларини олдини олиш ва даволашда ахамиятга эга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

КОВАЛЬ С.Н., РЕЗНИК Л.А., СТАРЧЕНКО Т.Г., ПЕНЬКОВА М.Ю., МЫСНИЧЕНКО О.В.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМНУ», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) при ее сочетании с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 124 больных АГ. Основную группу составили 68 больных АГ и постоянной формой неклапанной ФП, группу сравнения – 56 больных АГ без ФП. Средний возраст составил $(62,3 \pm 2,4)$ года. Мужчин было 51,6%, женщин – 48,4%. Пациенты обеих групп достоверно не различались по полу и возрасту. У всех больных основной группы АГ предшествовала ФП. Критериями исключения были клинически значимые заболевания щитовидной железы в текущее время и в анамнезе. Степень АГ, достижение целевых уровней артериального давления (АД), диагностику сахарного диабета (СД) 2 типа оценивали в соответствии с действующими рекомендациями. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. Когнитивную функцию оценивали с помощью Монреальского опросника (МоСА-тест).

Результаты исследования. Установлено, что у больных АГ с ФП (основная группа) достоверно чаще встречалось тяжелое течение АГ (3 степень), чем у больных АГ без ФП (группа сравнения). Так, у больных основной группы частота 2 степени АГ составила 4%, 3 степени – 96%, в группе сравнения – 25% ($p=0,01$) и 75% ($p=0,01$) соответственно. Длительность АГ в основной группе составила $(22 \pm 1,4)$ года и была достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы – $(9,8 \pm 2,1)$ лет, $p=0,01$. У пациентов основной группы частота перенесенного ишемического инсульта (у 21% и у 7% больных, соответственно ($p=0,04$) и транзиторной ишемической атаки (у 13% и 4% больных, соответственно ($p=0,04$) была

достоверно выше, чем в группе сравнения. Один больной основной группы (2%) перенес тромбоэмболию легочной артерии, в то же время в группе сравнения таких пациентов не было. Частота стабильной стенокардии 2–3 функциональных классов достоверно не различались в обеих группах – 37% в основной группе и 34% в группе контроля, $p=0,738$. Перенесенный инфаркт миокарда был диагностирован у 13 пациентов основной группы (19%) и у 9 пациентов (16%) группы контроля, $p=0,664$. СД 2 типа был диагностирован у 25 (37%) пациентов основной группы и у 8 (14%) пациентов группы контроля, $p=0,05$. При этом среди пациентов основной группы с СД 2 типа у большинства (18 больных, 72%) СД был диагностирован ранее, чем развилась ФП. СКФ в группе больных АГ и ФП была достоверно ниже в сравнении с больными АГ без ФП – $(56,2 \pm 4,7)$ мл/мин/1,73 м² и $(81,4 \pm 2,4)$ мл/мин/1,73 м², $p=0,001$. У больных АГ, как с ФП, так и без нее, выявлялись когнитивные нарушения. Однако, у больных АГ с ФП частота когнитивных нарушений была достоверно выше, чем у больных АГ без ФП – 44% и 16%, $p=0,01$.

Выводы. Установлено выраженное взаимоотношающее влияние АГ и ФП на клиническое состояние больных. С одной стороны, АГ у больных с постоянной формой неклапанной ФП характеризуются более высокой степенью повышения уровня АД, более длительным течением гипертензии и более частой ассоциацией с СД 2 типа. С другой стороны, присоединение ФП к АГ существенно ухудшает течение гипертензии: возрастает риск ишемических мозговых инсультов, транзиторных ишемических атак, ухудшается когнитивная функция и наблюдается прогрессивное снижение функции почек.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВНИ АНТИГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ РОСТА-11 В КРОВИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

КОВАЛЬ С.Н., СНЕГУРСКАЯ И.А., ЮШКО К.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить влияние годичной комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии на уровни фактора дифференциации роста-11 (GDF-11) у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) и гипертензивным сердцем (ГС).

Материал и методы. Обследовано 32 больных эссенциальной АГ 2–3 степени с АО I-II степени. Средний возраст – $(57,23 \pm 5,56)$ лет. У всех больных была диагностирована гипертрофия левого желудочка. Больным проводились общепринятые клинические и биохимические исследования. Содержание в крови GDF-11 определяли иммуноферментным методом с использованием наборов «Cloude-Clone Corp», Houston, USA. Ультразвуковое исследование сердца проводили в М – та В-режимах по стандартной методике. Больные 1-й группы (15 человек) получали комбинированную антигипертензивную терапию блокатором рецепторов ангиотензина II олесартаном в суточной дозе 20–40 мг и антагонистом кальция дигидропиридинового ряда пролонгированного действия амлодипином по 5–10 мг в сутки. Больным 2-й группы (17 человек) к этой терапии добавлен петлевой диуретик торасемид в дозе 5–10 мг в сутки однократно. Все больные получали гиполипидемическую терапию аторвастатином в дозе 20 мг в сутки. Лечение проводилось на фоне низкокалорийной, с ограничением легкоусвояемых углеводов, диеты. Исследования проводились до начала лечения и через 12 месяцев терапии.

Результаты исследования. Через 12 месяцев наблюдения целевые уровни артериального давления были достигнуты у 64 % больных первой группы и 77 % больных второй группы. При изучении влияния терапии на уровни GDF-11 установлено, что в 1-й группе больных, получавших терапию олесартаном и амлодипином, не отмечено достоверных

изменений показателя после годичного лечения. В то же время, во 2-группе через 12 месяцев трехкомпонентной терапии олесартаном, амлодипином и торасемидом уровень GDF-11 достоверно повысился от $(11,03 (4,97; 16,56))$ до $(19,76 (8,55; 23, 17))$ пг/мл ($p < 0,05$).

При анализе показателей ремоделирования сердца у обследованных больных АГ с АО и ГС зарегистрирована следующая динамика индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Так в 1-й группе ИММЛЖ до начала лечения составил: у мужчин – $(63, 55 (50, 06; 70, 16))$ г/м^{2,7}, через 12 месяцев терапии – $(64,14 (50,06; 68,34))$ г/м^{2,7} ($p > 0,05$); у женщин – $(54,14 (47,00; 59,12))$ г/м^{2,7} и $(54,34 (47,00; 56,35))$ г/м^{2,7}, соответственно ($p > 0,05$); во 2-й группе – у мужчин до начала лечения – $(64,56 (51,23; 72,76))$ г/м^{2,7}, через 12 месяцев лечения – $(62,46 (50,20; 67,15))$ г/м^{2,7} ($p > 0,05$), у женщин – до начала лечения – $(55,22 (48,15; 61,32))$ г/м^{2,7}, через 12 месяцев лечения – $(53,26 (47,77; 58,15))$ г/м^{2,7}, ($p > 0,05$). Эти результаты свидетельствуют об отсутствии прогрессирования ГЛЖ под влиянием годичной как двухкомпонентной, так и трехкомпонентной антигипертензивной терапии на фоне среднедозовой статинотерапии. Однако, трехкомпонентная терапия имела преимущество над двухкомпонентной в своей способности достоверного повышения уровня GDF-11.

Выводы. Показана возможность торможения снижения продукции антигипертрофического фактора – GDF-11 у больных АГ с АО и ГС путем применения годичной интенсивной трехкомпонентной антигипертензивной терапии с использованием блокатора рецепторов ангиотензина II, антагониста кальция амлодипина и петлевого диуретика торасемида. Выявленное достоверное повышение уровня данного кардиопротекторного и антиэйджингового фактора в динамике предложенного варианта терапии является одним из важных механизмов торможения прогрессирования ГС у этих больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИБС

КОДИРОВ Ш.С., ДАМИНОВА Л.Т.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
Ташкентский Государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить клинические особенности гастродуоденальной язвы у пожилых пациентов с ИБС.

Материал и методы. Обследовано 104 больных с ИБС: с острым инфарктом миокарда (ИМ) было 7 (6,7%), с прогрессирующей напряженной стенокардией (ПНС) – 49 (47,11%), с напряженной стенокардией (НС) функциональный класс III-IV – 48 (46,15%) больных. Средний возраст больных составил $65,3 \pm 2,4$ лет.

Больным проводили эндоскопическое обследование (ЭФГДС), измерение артериального давления (АД), ЭКГ, клинические и биохимические анализы крови. Эндоскопическое обследование, включая фиброэзофагогастродуоденоскопию проводили с помощью эндоскопов FUJINON 2500 и PENTAX 5000 (Япония). В работе использованы эндоскопическая классификация J.A.Forrest (1974); трехступенная классификация тяжести кровопотери, определяемая по клинко-лабораторным данным. Для эндоскопического гемостаза использовали электрокоагуляцию, аппликационные и инъекционные методы гемостаза. Статистическая обработка произведена в программе Stat Medical – 2016.

Результаты исследования. Распределение больных по полу и возрасту показало, что из общего количества пациентов мужчин было 80

(76,92%), женщин – 24 (23,07%). В возрастной группе 55–65 частота развития ИБС у мужчин почти в 4 раза выше по сравнению с женщинами (52,88% 12,5%).

Клиническая картина гастропатий при ИБС характеризовалась дисбалансом между симптоматикой и эндоскопическими изменениями (табл.2). У 34 (32,69%) пациентов была установлена выраженная картина язвенной болезни, со свойственными характерными жалобами. У 70 (67,30%) пациентов симптомы ЯБ отсутствовали («немая язва»), что в большинстве случаев настораживало и углубляло проведение методы диагностики. Так, у пациентов ($n=34$) с явной клинической картиной язвенной болезни желудка и ДПК боли или другие диспепсические расстройства отмечались при минимальных изменениях слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (СО ГДЗ), выявленных при ФЭГДС. Напротив, при наличии множественных эрозий и язв заболевание часто протекало бессимптомно.

Выводы. Таким образом, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при пожилых в 67,30% случаев отмечается так называемая «немая язва», то есть отсутствует явная клиническая картина эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

КОЙИРОВ А.К., САТТАРОВ Х.И., КЕНЖАЕВ С.Р., ХАИТОВ С. Ш., ЭГАМОВА Н.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность пропанорма (пропафенона) и кордарона в лечении желудочковой экстрасистолии у лиц с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материал и методы. Проведено обследование 40 пациентов с желудочковой экстрасистолией и с ОДХСН (средний возраст $55 \pm 1,92$ года). У всех исследуемых пациентов перед началом антиаритмической терапии при ЭКГ – мониторингировании была выявлена частая желудочковая экстрасистолия.

Пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой. Группы значимо не

различались по полу, возрасту, этиологическим факторам, данным дополнительных методов исследования. Пациенты первой группы получали пропанорм 450 мг в сутки, второй группы – кордарон в дозе 600 мг в сутки с последующим снижением дозы до поддерживающей. Пациенты обеих групп отмечали хорошую переносимость антиаритмической терапии и улучшение самочувствия на фоне лечения на 3–6 сутки. По результатам ЭКГ – мониторингирования, проводившегося в динамике после начала антиаритмической терапии, у всех пациентов отмечалось достоверное ($p < 0,001$) снижение

частоты желудочковой экстрасистолии за сутки в первой и второй группах соответственно.

Выводы. Лечение желудочковой экстрасистолии пропанормом и кордароном достоверно снижает количество желудочковых экстрасистол.

При одинаковой эффективности и хорошей переносимости обоих препаратов в лечении желудочковой экстрасистолии при заболеваниях щитовидной железы и непереносимости йода предпочтительно применение пропанорма.

ИНТЕРЛЕЙКИН–1 (ИЛ–1) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЛИ В. С., САБИРЖАНОВА З.Т., БЕКТИМИРОВА А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить изменение уровня показателей ИЛ–1 у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Были изучены 27 пациентов с ИБС с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, 14 мужчин и 13 женщин, средний возраст – 60 лет. Из исследования были исключены пациенты с нестабильным состоянием и наличием воспалительных процессов. Были определены следующие показатели: ИЛ–1 в сыворотке крови. Все обследования проводились на базе клиники РСНПМЦТиМР РУз. Полученные результаты сравнивались со средними показателями у условно здоровых людей. В исследовании использовались реагенты для иммуноферментного анализа сыворотки крови «Вектор Бест».

Результаты исследования. При исследовании ИЛ–1 (норма до 1,6 пг/мл), который принимает непосредственное участие в воспалении при атеросклерозе, у 19 % больных ИБС было выявлено повышение показателя от 2,0 пг/мл до 3,0 пг/мл ($2,36 \pm 0,3$ пг/мл), у 41% при исследовании того же показателя было выявлено повышение от 3,1 пг/мл до 5,0 ($3,8 \pm 1,0$ пг/мл). Уровень ИЛ–1 у 41 % пациентов с ИБС выявлено значительное повышение выше 5,1 ($6,2 \pm 1,1$ пг/мл). Максимальное повышение уровня ИЛ–1 было 7,7 пг/мл.

Вывод. Таким образом, наблюдается повышение показателя ИЛ–1 у всех больных ИБС по сравнению с условно здоровыми людьми.

СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

МАМАЖОНОВА З.Ш., КАДИРОВА Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить структурно-функциональные изменения миокарда у женщин с артериальной гипертензией и климактерическим синдромом.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 22 женщины в постменопаузе с давностью последней менструации больше одного года (средний возраст пациентов составил $51,5 \pm 0,5$ лет), страдающие АГ I–II степени тяжести.

В контрольную группу вошли 20 женщин, находящихся в постменопаузе (средний возраст $50,5 \pm 1$ лет), не страдающие артериальной гипертензией.

Оценили структурно-функциональное состояние сердца с помощью показателей ЭхоКГ: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), конечный систолический размер левого желудочка (КСР

ЛЖ), фракция выброса (ФВ); по ЭКГ: ритм, частота сердечных сокращений, электрическая ось сердца и другие патологические проявления сердца. Кроме этого, изучали средний уровень артериального давления.

Результаты исследования. Изучение значений структурно-функциональных показателей сердца у 22 женщин с АГ I–II степени тяжести, развившейся в периоде постменопаузы при поступлении в стационар, показало следующие результаты: отмечались достоверно более высокие значения индекса массы миокарда левого желудочка (в 3,9 раза), конечных диастолического и систолического размеров левого желудочка (на 17% и 25% соответственно), среднего артериального давления (на 33 %). При этом значение фракции выброса было на 22 % ниже, чем значения у больных находящихся в контрольной группе (20 женщин).

У всех больных зарегистрирован синусовый ритм, ЧСС выше нормы только у 9,5%, признаки гипертрофии левого желудочка – у 21%, единичные экстрасистолы – у 2%.

Выводы. Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что у женщин с климактерическим синдромом в сочетании с артериальной гипертензией

регистрируется чаще ухудшение общего состояния здоровья, сопровождающееся резким изменением структурно-функциональные показателей сердца (ГЛЖ, увеличение ЧСС другие показатели ЭхоКГ), чем у женщин находящийся в постменопаузе, страдающих климактерическим синдромом без АГ.

ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

МАМУРЖАНОВ М., МЕЖЛУМОВ О., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов коронароангиографии (КАГ) у больных с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 32 пациента с первичным ИМ (ИМ пер.) и 30 пациентов с повторным ИМ (ИМ повт.). Группы больных сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям.

Результаты исследования. В обеих группах больных преобладали многососудистые поражения, при этом поражение 3 сосудов и более отмечалось чаще при ИМповт., особенно у мужчин (71,8%). Наличие артериальной гипертензии не влияло на многососудистость поражения коронарных артерий (КА) (75,8%). Наличие сахарного диабета (СД) нивелировало различия КА при первичном и повторном ИМ. В обеих группах реже обнаружено изолированное поражение правой коронарной артерии (ПКА), а поражение левой коронарной артерии (ЛКА)

у 30% больных ИМ перв. и 25% больных ИМ повт. В обеих группах преобладало сочетанное поражение обеих КА: у 50% больных ИМ перв. и 76% больных ИМ повт. за счет более частого поражения ПКА. У больных ИМ повт. чаще встречалась окклюзия КА ($p < 0,05$), частота стеноза II и III степени значимо не различались ($p > 0,05$). У мужчин с ИМповт., кроме поражения ПКА отмечен большой процент стеноза в среднем отделе передней межжелудочковой ветви, среднем и дистальном отделах огибающей ветви ЛКА. Диффузное поражение КА чаще выявляли у больных ИМ повт.

Выводы. Коронарограммы обследованных больных характеризовались преобладанием многососудистых поражений и локализацией стенозов в ветвях обеих КА. Различия КАГ при первичном и повторном ИМ у мужчин более выражены. При ИМповт. характерны более тяжелые поражения ПКА, большая частота окклюзий и диффузных поражений.

ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА

МАРДИЕВ Т.А., МУМИНОВ Ш.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить изменения показателей электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) у пациентов с ИБС и желудочковыми аритмиями (ЖА) через 6–12 месяцев после хирургической реваскуляризации миокарда (РМ) по сравнению с исходными данными.

Материал и методы. Обследовано 84 пациента (77% – мужчин) $57,6 \pm 9,0$ лет с ИБС, стенокардией напряжения 2–3 ф.кл., инфарктом

миокарда в анамнезе, с ЖА высоких градаций. По результатам коронарографии (КГ) 61 пациенту выполнена РМ (ангиопластика со стентированием (РТСА) – 1-я группа или коронарное шунтирование (КШ) – 2-я группа), а 23 (3-я группа) – продолжено консервативное лечение. Всем больным исходно и через 6 и 12 месяцев после РМ (или КГ для 3-й гр.) проводилось ХМЭКГ, в ходе которого в сравнении изучались показатели ЭНМ: циркадный индекс (ЦИ),

дисперсия QT (dQT), параметры вариабельности (BCP) (SDNN, pNN50, rMSSD, SDANN, VLF, LF, HF) и турбулентности сердечного ритма (TCP) (TO и TS), микровольтная альтернация зубца Т (мвА3Т) (максимальная и суммарная длительность участков с положительным тестом на мвА3Т, среднее и максимальное значение амплитуды альтернации (Valt)).

Результаты исследования. При сравнении исходных данных ХМЭКГ было выявлено, что во 2-й группе статистически значимо ($p < 0,05$) была выше dQT, ниже значения SDNN, SDANN, LF, чем в 3-й, больше максимальная и суммарная длительность участков с положительным тестом на мвА3Т, чем в 1-й и 3-й группе. При оценке показателей ЭНМ в динамике до и после РМ (или КГ) у больных, перенесших РТКА, наблюдалось постепенное снижение dQT (с 20.6 ± 10.1 мс до 16.5 ± 6.9 мс) и LF (с 828.6 ± 694.2 мс² до 667.8 ± 412.2 мс²), но повышение pNN50, rMSSD и HF к 6 мес. со снижением ниже исходных к 1 году; нарастание суммарной длительности участков с мвА3Т и максимальных значений Valt к 6 мес.

и постепенное их снижение до уровня выше исходного к 1 году; снижение к 1 году значений TO (от $-2.3 \pm 2.1\%$ до $-3.4 \pm 3.3\%$) и повышение к полугоду значений TS. Во 2-й группе также постепенно снижались к 1 году dQT (от 27.8 ± 14.8 до 14.2 ± 7.7 мсек, $p = 0,001$),

pNN50, rMSSD, VLF, LF, HF, максимальная длительность участков с мвА3Т (с 5.4 ± 4.2 до 1.7 ± 0.6 мин, $p < 0,05$). При этом отмечалось снижение Valt к 6 месяцам с повышением к 1 году, а также повышение TS к 6 месяцам со снижением к 1 году. В 3-й группе выявлено постепенное (статистически незначимое) снижение dQT, параметров BCP, параметров, характеризующих тест на мвА3Т, однако параметры TCP в этой группе оставались без изменений.

Выводы. Таким образом, после хирургической РМ у пациентов с ИБС и ЖА наблюдаются изменения показателей ЭНМ в зависимости от вида операции, однако в целом, отмечается тенденция к уменьшению ЭНМ к 6 месяцам и ее постепенному нарастанию к 1 году после операции.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК И СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МАЦКЕВИЧ С.А., БЕЛЬСКАЯ М.И.

ГУО Белорусский Государственный медицинский университет, ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Выявить и оценить значимость маркеров дисфункции почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 132 пациента с ХСН II,III функционального класса (ФК) ишемического генеза, средний возраст составил $60,75 \pm 7,31$ года. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $50,8 \pm 7,59\%$. Признаки ХСН ФК II определялись в 56,8% случаев (ФВ ЛЖ $52,1 \pm 5,08\%$), ФК III – в 43,2% случаев (ФВ ЛЖ $47,2 \pm 6,58\%$). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, мочегонные. Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма $0,57-1,05$ мг/л), концентрацию креатинина – с использованием

наборов Bckman (норма $44,0-110,0$ мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/ $1,73$ м²) по уровню цистатина С определяли по формуле $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Для определения микроальбуминурии (МАУ) использовался анализатор Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Исследование вазомоторной функции эндотелия проводилось по методу D.S.Celermajer, определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) – с помощью компьютерного комплекса «Импекард-М» (норма до 10,2 м/с).

Результаты исследования. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормальных значений у всех пациентов. В группе пациентов с ХСН ФК III повышенный уровень цистатина С определялся у 41,2 % пациентов, при ХСН ФК II – у 17,3 %. У 68,4 % пациентов с ХСН ФК III отмечалось снижение СКФ, т.е. нарушение клубочковой фильтрации почек, при ХСН ФК II – этот показатель меньше и составил 57,3

%. МАУ также выявлена чаще при ХСН ФК III, чем при ХСН ФК II: 21 % против 6,7 %. В группе пациентов с ХСН ФК III выявлено нарушение вазомоторной функции эндотелия (96,5% случаев против 92% при ХСН ФК II), определялся повышенный уровень СРПВ (54,3% случаев против 40,6% при ХСН ФК II). При ХСН ФК II определена корреляционная взаимосвязь между уровнем цистатина С и А1М ($r=0,40$, $p<0,01$). При ХСН ФК III выявлена зависимость между ФВ ЛЖ и уровнем цистатина С ($R=-0,86$, $p<0,001$), СРПВ и цистатином С ($R=0,43$, $p<0,01$), цистатином С и А1М ($r=0,52$, $p<0,001$), А1М и коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению

сдвига ($R=0,41$, $p<0,05$), А1М и скоростным показателем дисфункции эндотелия ($R=0,45$, $p<0,01$). Очевидно, это подтверждает зависимость между показателями дисфункции эндотелия, ФК ХСН и выраженностью протеинурии, измеренной по содержанию А1М в моче.

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о взаимосвязи нарушения функции почек со снижением насосной функции сердца и, соответственно, со степенью выраженности ХСН. Очевидно, уровни цистатина С связаны с риском прогрессирования систолической сердечной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПОВЕДЕНИЯ

МИРЗАЕВА Г.П., ТУРСУНОВА Л.Д.

Ташкетская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение показателей артериального давления (АД) при суточном мониторингировании (СМАД), суточных профилей АД (СПАД) активности ренина плазмы (АРП), концентрации альдостерона плазмы (КАП), у больных с артериальной гипертонией (АГ) на рабочем месте (АГРМ) при различных поведенческих типах и уровнями тревожности.

Материал и методы. В исследование были включены 18 больных АГРМ с низким риском (I группа), 31 больных АГРМ со средним риском (II группа), 13 больных АГРМ с высоким риском (III группа), 11 больных АГРМ с очень высоким риском (IV группа), а также 20 лиц контрольной группы, у которых АД не превышало границы нормы. Средний возраст обследованных больных, составил $47,1\pm 4,6$ лет, в основном мужского пола. Средняя длительность наблюдения за больными с АГРМ составила $11,4\pm 1,2$ месяцев. Диагноз АГРМ во всех группах больных устанавливался лишь после проведения СМАД в амбулаторных условиях как минимум дважды. Поведенческий тип «А» был диагностирован у 37 больных, поведенческий тип «В» – у 29 больных.

Результаты исследования. Было показано, что у больных с АГРМ в I группе и в II группе вне зависимости от поведенческого типа отмечено преимущественное повышение АРП при нормальных показателях КАП. У больных с АГРМ в III

группе и в IV группе с поведенческим типом «А» повышение АРП было сопряжено с повышением КАП, при поведенческом типе «В» в большинстве наблюдений повышение КАП сочеталось со снижением АРП. При проведении корреляционных сопоставлений у больных с АГРМ взаимосвязи между степенью «прессорного сдвига» и выраженностью повышения общей, реактивной и личностной тревожности, выраженностью и длительностью гипертензивного синдрома, величинами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и величиной суточной протеинурии (СП). Одновременно с этим у больных с АГРМ при разнонаправленных «прессорных сдвигах» отмечено изменение показателей СМАД характеризующих «нагрузку давлением». Наиболее значимыми при этом являлись показатели среднесуточного индекса времени (ИВ) систолического АД и среднесуточного ИВ диастолического АД, среднесуточного индекса площади

(ИП) систолического АД и среднесуточного ИП диастолического АД, а также суточного индекса систолического АД.

Выводы. у больных с АГРМ вне зависимости от поведенческих типов формируются изменения прессорных факторов, участвующих в сердечно-сосудистом ремоделировании, их выраженность напрямую зависит от категории стратифицированного риска, показателей тревожности и определяет варианты СПАД, степень ГЛЖ и СП.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

МИРЗАРАХИМОВА С.Т., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., БЕКБУЛАТОВА Р.Ш.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Провести оценку особенностей внутрисердечной гемодинамики у пациентов с перипартальной кардиомиопатией (ПКМП).

Материал и методы. Были изучены эхокардиографические показатели у 68 пациентов ПКМП, находившихся под наблюдением лаборатории СН и НЗМ РСНПМЦК. Все данные представлены в $M \pm SD$, разница выражена в процентах.

Результаты исследования. При анализе внутрисердечной гемодинамики было показано следующее: линейные параметры сердца, конечно-диастолический размер (КДР) по группе составил $62,7 \pm 5,1$ мм и варьировал от 54 до 70 мм. Конечно-систолический размер (КСР) в среднем по группе составил $51,9 \pm 6,2$ мм, самый низкий размер 42 мм, а самый высокий 65 мм.

Объемные параметры сердца: КДО в среднем составил $199,7 \pm 6,4$ мл и колебался от 150 до 295 мл, а КСО $137,6 \pm 6,4$ мл, при этом минимальный объем установлен 80, а максимальный 180 мл. Фракция выброса в целом по группе составила $34,9 \pm 8,2\%$ и колебалась от 22 до 42%.

При проведении сравнения показателей ЭХОКГ в группах, обращает на себя внимание более меньшие показатели линейных и объемных размеров сердца, соответствуя, классическому определению ESC. Значения линейного размера левого предсердия при ПКМП были меньше на 13%, ПЖ на 13%, КДР ЛЖ на 10%, между тем, как ФВ ЛЖ между собой практически не отличалась.

На фоне структурно-геометрических изменений ЛЖ состояние правого желудочка имела следующие особенности: размеры правого желудочка в целом по группе составили $34,2 \pm 7,1$ мм и у части больных достигало 45-50 мм, что свидетельствовало о перегрузке его объемом с последующим снижением его функции.

Выводы. При ПКМП отмечено несоответствие снижения ФВЛЖ степени ее дилатации с эксцентрическим типом ремоделирования. Дилатация ПЖ у части больных можно рассматривать как признак его ремоделирования вследствие дисфункции левых отделов сердца, с вовлечением общей стенки желудочков.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН В УЗБЕКИСТАНЕ

МИРЗАРАХИМОВА С.Т., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., ГАНИЕВА Н.П.

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

Цель исследования. Оценить значение демографических факторов риска развития перипартальной кардиомиопатии у женщин, проживающих на территории Узбекистана

Материал и методы. Согласно поставленной задаче по изучению потенциальных факторов риска развития ПКМП были проанализированы данные 93 пациентов, находящихся под наблюдением лаборатории СН при РСНПМЦК с периода 1998- 2019гг. Изучались общепринятые факторы риска ПКМП.

Данные представлены в процентном соотношении встречаемости того или иного признака, разделенные в зависимости от демографических особенностей.

Результаты исследования. Оценивая демографические показатели, было отмечено, что наибольший процент встречаемости ПКМП наблюдается в группах пациентов в среднем и старшем возрастном цензе, составляя 53,76 и 44% соответ-

ственно, в то время как более младший возраст характеризовался наименьшей частотой развития ПКМП (2,4%).

Пациенты с послеродовой кардиомиопатией в подавляющем большинстве случаев являлись представителями коренного населения (87%), азиаты, проживающие на территории региона- 4,3%. Европейцы, также проживающие в регионе, практически не встречались. Неудовлетворительными условиями проживания назвали около 53% респондентов. Брак, между родственниками II-III степени родства, а также случаи развития кардиомиопатии среди членов семьи регистрировались в 7 (7,5)случаях соответственно.

Выводы. Таким образом, для пациентов ПКМП характерно развитие заболевания во время беременности и после родов в случаях позднего возрастного периода и неудовлетворительных условий проживания.

КРИТЕРИИ И ПРОГНОЗ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

МУМИНОВ И.А., КОДИРОВА Г.И., ЮСУПОВ А.Г., УСМАНОВА Д.Н., УСМАНОВ Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией.

Материал и методы. Исследуемые пациенты были подразделены на группы, по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования – 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения функциональный классы II–III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения – 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II–III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (группы сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием/

Результаты исследования. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II–III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в 1-е сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной у 3,2% пациентов возникли жалобы, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p < 0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин – различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы – $10,23 \times 10^9/\text{л}$, у пациентов груп-

пы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны – к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (17,1%) после планового ЧКВ ($p < 0,05$). По показателям ЭХО-КГ между группами пациентов различий не выявлено. При анализе данных, в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p < 0,05$). В 1-е сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раз ($p < 0,05$). Нами получены данные о повышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p < 0,05$). На 1-е сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина Т $0,030$ – $0,072$ нг/мл, КФК-МВ $4,94$ – $5,58$ нг/мл, миоглобина $25,0$ – $72,0$ нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т $0,030$ – $0,072$ нг/мл, КФК-МВ $4,94$ – $5,58$ нг/мл, миоглобина $72,0$ – $93,6$ нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда.

Выводы. Таким образом, по результатам, нами определены связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждений миокарда в 1-е сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РАНЕКСА У БОЛЬНЫХ ИБС

МУРАДОВА И.Г., АТАДЖАНОВА М.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Целью исследования явились оценка эффективности и безопасности применения препарата ранекса в группе больных со стенокардией II-III ФК в качестве комбинированной терапии с другими антиангинальными средствами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 больных в возрасте от 45 до 76 лет. Из них 9 мужчин и 6 женщин. ИБС (стенокардия II и III ФК) диагностирована у данной группы больных в сроке от 2 до 15 лет. Все пациенты принимали антагонисты кальция, β -блокаторы, нитраты длительного действия. Тем не менее в связи с частотой приступов от 5 до 7 раз в неделю, дополнительно назначая сублингвальный нитроглицерин. С началом приема ранекса нитраты продленного действия были отменены. Больным проводили суточные методы исследования: ежедневный контроль ЧСС и АД, фиксировалось количество принятого подязычного нитроглицерина и переносимость физических нагрузок с помощью шагомера, ЭКГ-мо-

нитринг каждый 6–7 дней. В общей сложности длительность приема лекарства ранекса составлен 8 недель.

Результаты исследования. Показана достаточно высокая эффективность и переносимость данного лекарственного средства. У всех больных независимо от ФК, стенокардия к концу 2-ой недели приема препарата, частота приступов сократилась до 3-5 раз, уменьшилось количество нитроглицерина, улучшилась переносимость физических нагрузок. У 2-х положительной ЭКГ динамики не наблюдалось, но все клиническими параметрами, а также мониторинг ЧСС, АД, переносимость физических нагрузок указывали на эффективность препарата. Побочные эффекты наблюдались у 2 б-х (тошнота, головокружение), это проходило к 1-му месяцу приема препарата.

Выводы. Таким образом, препарат ранекса достоверно эффективен у больных с ИБС (стенокардией), что в сочетании с приемом других антиангинальных лекарственных средств улучшает качество жизни больных.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МУСАЕВА Р.Х., КАМИЛОВА У.К.

*Бухарский Государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина, г. Бухара, ГУ
«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и
медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить особенности ангиографической характеристики коронарных артерий у больных тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 50 больных с III ФК ХСН в возрасте $52,52 \pm 6,21$ лет. Оценивались следующие бассейны коронарных артерий: передняя нисходящая артерия (ПНА), огибающая артерия (ОА), промежуточная артерия (ПрА), правая коронарная артерия (ПКА), задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) и левая желудочковая ветвь (ЛЖВ).

Результаты исследования. Ангиографическая характеристика выявила, что у больных с III ФК ХСН превалировал правовенечный тип кровоснабжения у 64% ($p=0,053$; $\chi^2=2,138$). Второе место по частоте встречаемости атеросклеротических поражений принадлежало бассейну ПКА – 32%

больных. Изучение поражений коронарных артерий в зависимости от показателей сократительной функции левого желудочка показало, что у больных с ФВ <50 выявлена поражение ЛКА у 20% больных, ПКА у 32% больных. При этом тотальная окклюзия ЛКА наблюдалась у 2% и ПКА у 6% больных со сниженной сократительной способностью левого желудочка (ЛЖ). У больных ФВ $>50\%$ поражение коронарных артерий наблюдалось у 16% больных ХСН и ПКА у 24% больных. Тотальная окклюзия ПКА выявлялась только у 2% больных в данной группе больных. При анализе взаимосвязи степени поражения коронарных сосудов и клинического течения ХСН выявлено, что при поражении коронарных артерий 55-60% ТШХ составил $234,7 \pm 28,2$ метров, при поражениях 85-95% – $197,7 \pm 24,8$ метров. При изучении показателей ШОКС также установлено, что при поражениях

коронарной артерии 85-95% данный показатель составил $13,19 \pm 0,68$ баллов, что было в 1,7 раз выше по сравнению с показателем ШОКС при поражениях коронарных артерий 55-60%.

Выводы. У больных с ХСН степень поражения коронарных артерий имеет ассоциацию с сократительной способностью левого желудочка и тяжестью течения заболевания.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

МУХАМЕДОВА М.Г., НАСИРОВА Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка механизмов развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. В наше исследование были включены 82 пациента ХСН ишемического генеза (мужчин 52 – 63,41%) в возрасте 65–89 лет (средний возраст $76,17 \pm 3,29$ лет) с сохранной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка – ФВ ЛЖ – не менее 50%, ФК NYHA II/III – 36/46 больных – 44%/56%). С целью оценки особенностей гемодинамики всем больным (основная группа – ХСН) и 20 здоровым добровольцам соответствующего возраста (группа КГ–1, средний возраст $74,37 \pm 4,36$ лет, мужчин 11 – 55%) без признаков поражения сердечнососудистой системы была проведена эхокардиография (ЭхоКГ). Активация нейрорегуляторных механизмов изучалось по концентрации N-терминального фрагмента молекулы мозгового натрийуретического пептида в периферической крови (МНУП). Также для сравнения нами обследовано 20 здоровых добровольцев в возрасте 40–65 лет (группа КГ–2, средний возраст $58,26 \pm 10,78$ лет, мужчин 12 – 60%).

Результаты исследования. В ходе исследования обнаружено, что у здоровых лиц пожилого возраста (КГ–1) отмечается достоверное снижение ФВ ЛЖ по сравнению с более молодой когортой (КГ–2). У больных ХСН, несмотря на сохранную систолическую функцию ЛЖ, величина ФВ ЛЖ была достоверно меньше, чем в группе КГ1. Конечный диастолический объем ЛЖ был сопоставим в группе КГ–1 и КГ–2, однако значимо увеличен у больных ХСН. также

наличие ХСН, но не возраст, ассоциировалось с увеличением длины левого предсердия. Обнаружено, что отношение скоростей ранней и поздней фазы диастолического смещения митрального кольца у представителей КГ–2 было в пределах нормальной характеристики диастолической функции ЛЖ. Пожилой возраст ассоциировался со снижением отношения e'/a' (группа КГ–1), в то время как у больных ХСН ишемического генеза пожилого возраста (группа ХСН) продемонстрировала достоверно сниженную величину отношения скоростей ранней и поздней фазы диастолического смещения латерального сегмента митрального клапана. В аспекте правого сердца группа ХСН отличалась большим конечным диастолическим диаметром правого желудочка (КДР ПЖ, определялась в парастернальной позиции по длинной оси ЛЖ) и высокой частотой встречаемости трикуспидальной регургитации (68 больных – 82,93% в группе ХСН против 9 в группе КГ–1 – 45% и 4 в группе КГ–2 – 20%, $p < 0,001$). Концентрация МНУП сравнение представителей контрольных групп показало, что пожилой возраст ассоциируется с увеличением уровня МНУП в периферической крови.

Выводы. Настоящее исследование обнаружило, что уровень МНУП в периферической крови здоровых лиц увеличивается с увеличением возраста. ХСН ишемического генеза у больных пожилого возраста проявляется не только увеличением концентрации МНУП, но и концентрическим ремоделированием ЛЖ сердца и нарушением активных диастолических свойств миокарда и тенденцией к формированию кардиогенной легочной гипертензии, даже в условиях сохранной систолической функции ЛЖ.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА–10 С–819Т У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

НАСЫРОВА З.А., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости генотипов полиморфного маркера гена IL10 С/Т 819 у больных с нестабильной стенокардией.

Материал и методы. В исследование были включены 103 больных с диагнозом прогрессирующая стенокардия напряжения. Средний возраст составил $61,7 \pm 10,36$ года. Основную группу исследуемых составили 84 больных с прогрессирующей стенокардией напряжения, которые получали стационарное лечение в отделение экстренной терапии №2 СФ РНЦЭМП. Вторую группу составили 29 больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, которые были выделены из периферической венозной крови, утром на тощак. Для исследования выбрана одна точка мутации IL10 в позиции 819 (С>Т). Амплификацию проводили в термоцикле (модель Ре «Бис» – М111 (ООО «Бис-Н», Новосибирск). В работе использовались стандартные наборы праймеров научно-производственной фирмы «Литех»-«SNP» (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия, проходящем в ультрафиолетовом свете.

Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы «BIOSTAT». При сравнении частот и групп по качественному бинарному признаку пользовались критерием χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для определения частот аллельных вариантов генов применялся закон Харди-

Вайнберга. С целью оценки ассоциаций аллелей с генотипом рассчитывали относительный риск (ОР) и отношение шансов (ОШ).

Результаты исследования. Распределение распространенности генотипов полиморфного локуса С–819Т гена IL–10 в группе больных и контрольной группе соответствовало ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга.

Распределение распространенности генотипа С–819Т гена IL–10 у здоровых лиц и у больных с НС представлены. При анализировании распространенности генотипа С/С полиморфизма гена IL10 С–819Т установлено его более редкое обнаружение у пациентов со стабильной стенокардией, чем среди пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения ($p=0,0001$). Противоположная ситуация наблюдалась в отношении генотипа С/Т. Так, распространенность его была выше у больных со стабильной стенокардией напряжения, а при нестабильной стенокардии генотип С/Т выявлялся реже ($p=0,0001$). Случаев с генотипом Т/Т не было обнаружено.

Таким образом, нами обнаружено, что распространенность генотипа С/С IL10 С–819Т при тяжелых формах ишемической болезни регистрируется чаще, чем среди больных со стабильной стенокардией. Полученные данные, свидетельствующие о том, что полиморфизм генов противовоспалительного цитокина ИЛ–10 С/Т 819 играют большую роль при прогрессировании ишемической болезни сердца и усугубляет течение данного заболевания, приводя к развитию различных коронарных осложнений.

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

НАСЫРОВА З.А., НАСЫРОВА Д.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние психосоциальных нарушений на уровень цитокинов при нестабильной стенокардии.

Материал и методы. На базе СФ РНЦЭМП в отделениях экстренной терапии и кардиореанимации было обследовано 133 больных (102 мужчины и 31 женщина) в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст $62,57 \pm 0,75$ года), страдающих нестабильными формами ИБС, поступивших в первые 2–6 часов от начала приступов. Все больные тестировались с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Взятие крови производилось натощак, между 9 и 10 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков на приборе BioPlex (фирма BioRad, США), с использованием соответствующих коммерческих тест-систем для определения IL-1 β , IL-6 и TNF α (фирма BioRad, США). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS 14.0. Данные представлены в виде среднего значения величины со среднеквадратичной ошибкой среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью теста Манна–Уитни.

Результаты исследования. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составил 71 больной ИБС с клинически значимыми тревожно-депрессивными нарушениями, вторую – группу сравнения – 62 больных ИБС без психосоматических расстройств. В свою очередь, больные из основной обследуемой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от вида аффективного расстройства: изолированного депрессивного, изолированного тревожного или коморбидного варианта подобных

нарушений настроения – тревожной депрессии. При сопоставлении основной обследуемой группы с группой сравнения по основным демографическим и клиническим характеристикам было выявлено несколько достоверных статистических различий. Так, среди больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями было больше женщин, чем среди пациентов с ИБС. Анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами уровни IL-1 и TNF α были выше, чем в контрольной группе сравнения ИБС без нарушений настроения и эти различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). Также были проанализированы уровни цитокинов в группах больных ИБС, страдающих изолированными депрессивными, изолированными тревожными расстройствами и тревожной депрессией, в сравнении с группой контроля. В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-1. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-6 и TNF α . В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNF α .

Выводы. Таким образом, при сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия психосоциальных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-1 и TNF α у лиц с коморбидной патологией. Возможно, в этом причина высокой летальности больных ИБС с расстройствами настроения, возможно, это связано с другими факторами.

РОЛЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИНТЕНСИФИЦИРОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

НАСЫРОВА З.А., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., НАСИРОВА Д.А.

*Самаркандский Государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП,
г.Самарканд, Узбекистан*

Цель исследования. изучить влияние биопсихосоциальных факторов риска на прогрессирование нестабильных вариантов стенокардии учитывая цитокиновый статус и уровень мочевой кислоты в крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 205 больных с ИС. В результате исследования преобладал женский пол, т.е. 134 женщин и 71 мужчин в возрасте от 31 до 88 лет. Средний возраст составил $62,3 \pm 11,37$ года. Артериальная гипертензия встречалась у 157 больных (76,58%), СД – у 41 больных (20%), 43 пациентов (20,9%) перенесли ранее ИМ. Для вычисления у данных больных наличие биопсихосоциальных факторов риска использовались: Госпитальная шкала HADS [Козлова С.Н. 2013], а также шкала Спилбергера – Ханина [Психиатрия – Гофман А.Г. 2010], разработанная Спилбергером Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.Л. Векслера для оценки когнитивных функций [Психиатрия – Гофман А.Г. 2010].

Определение цитокинового статуса в сыворотке производилось с использованием xMAP (17-plex) технологии на анализаторе BioPlex–200 (Bio-Rad, USA). Была оценена концентрация следующих молекул: ИЛ–1 β , ИЛ–4, ИЛ–10, TNF– α . Забор крови осуществлялся утром, с 8:00 до 11:00, из локтевой вены, натощак (после 12 ч голодания). Получение сыворотки/плазмы крови проводили путем низкоскоростного центрифугирования при 900 g при температуре +4 °C в течение 20 мин. По мимо определения цитокинового статуса определяли и уровень мочевой кислоты на аппарате CYAN Start.

Результаты исследования. В ходе исследования при помощи вышеприведенных шкал было выявлено, что тревожно-депрессивный синдром отмечался у 122 больных (59,5%), из них у 81 (66,4%) больных был высокий уровень МК.

Среди пациентов без тревожно-депрессивного синдрома пациентов с повышенным уровнем МК было 25 (30,12%) больных.

При изучении цитокинового статуса, показатели провоспалительных цитокинов (ИЛ–1 β , TNF α) зашкаливали в обеих группах больных (пациенты с ТДС 73,79 –69,26 % и пациенты без ТДС 72,1 – 68,95 %). Уровень мочевой кислоты в группе больных с тревожно-депрессивным синдромом превышало на 36,28%.

Таким образом, у пациентов с ИС с гиперурикемией и без гиперурикемией чаще встречается ситуативная тревожность, что в общем количестве составило 41,96%, в то время как личностная тревожность была равна 9,72%. Далее всем пациентам унифицированным методом определяли липидный спектр: ОХ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, а также ПТИ.

Результаты исследования показали, что у больных ИС в коморбидности с тревожно-депрессивным синдромом показатели ЛПНП, ОХ были выше на 19,5% и 38,2% соответственно, напротив показатели ЛПВП и ПТИ были на 12,1% и 7,0% ниже уровня контроля, что показывает о нарушение липидного метаболизма у больных ИС в коморбидности с тревожно-депрессивным синдромом.

Вывод. В связи с высокой, часто непредсказуемой вариабельностью клинического течения нестабильной стенокардии с учетом уровня мочевой кислоты и тревожно-депрессивного синдрома, досимптомная диагностика маркеров повреждения эндотелия приводит к развитию заболевания, что является одним из наиболее оптимальных подходов ранней диагностики особых групп повышенного риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и прогнозированию возможного характера течения таковых.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ

НЕСЕН А.А., ЧЕРНЫШОВ В.А., ШКАПО В.Л., ВАЛЕНТИНОВА И.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Определить эвентуальные ассоциации индексов инсулинорезистентности с метаболическими факторами кардиоваскулярного риска при коморбидности.

Материал и методы. В исследование включены (n=255) пациентов – 123 (48,2%) женщин и 132 (51,8%) мужчин с коморбидностью хронических неинфекционных заболеваний (основной диагноз: гипертоническая болезнь (ГБ) II-III стадии); средний возраст (59,39±10,09) лет. Верификация КВР проведена в соответствии с (ESC, 2015, 2018; ESC/EAS, 2016) с вычислением КВР (Riskcalculator) и индекса коморбидности Чарлсона (M.E. Charlson et al., 1987). Уровни глюкозы определялись глюкозооксидазным методом; мочевого кислоты (МК) – фосфорновольфрамовым методом; гликозилированный гемоглобин (HbA1c) – по методу K.H. Gabby («Pliva Lachema»). Наличие гиперурикемии (ГУЕ) считали при повышении уровня МК у женщин >0,360 ммоль/л и >0,420 ммоль/л у мужчин. Проводился анализ липидограмм и типов дислипидемий с расчетом триглицерид-глюкозного индекса (ТГГИ) и атерогенного индекса плазмы крови (АИПК). Статистическую обработку проведено с помощью пакета программ SPSS.

Результаты исследования. Проведено ранжирование (n=255) по уровням индексов ИР на 4 группы: ТГГИ <4,81 ед. (n=134) и ТГГИ >4,82 ед. (n=121) и АИПК <0,21 ед. (n=129) и АИПК >0,21 ед. (n=126). ТГГИ отражает состояние ИР в мышцах, в то время как индекс НОМА-IR – в печени,

поэтому ТГГИ можно считать более специфичным при резистентности периферических тканей к инсулину. Установлено корреляцию между уровнем гликемии у лиц с АИПК <0,21 ед. и величиной ТГГИ ($r=0,653$; $p<0,0001$). Ассоциация ТГГИ с гипергликемией и изменениями МК реализуется через метаболические факторы КВР – нарушение толерантности к глюкозе, СД 2 типа и ГУЕ (преимущественно среди женщин). В то время как ассоциация АИПК с гипергликемией и МК происходит за счет таких метаболических факторов КВР, как СД 2 типа и уровня МК (у мужчин и женщин). При ГБ и пониженной чувствительностью тканей к инсулину ТГГИ в большей мере ассоциируется с увеличением индекса массы тела за счет жировых накоплений, в то время как АИПК – с активацией липолиза жировых отложений.

Выводы. Терапевтическая коррекция метаболических составляющих кардиоваскулярного риска при коморбидности может существенно снизить уровень тотального риска посредством влияния на инсулинорезистентность. Эвентуальные ассоциации индексов инсулинорезистентности (триглицерид-глюкозного индекса и атерогенного индекса плазмы крови) с метаболическими факторами кардиоваскулярного риска при коморбидности реализуется посредством нарушений в системе липопротеидлиполиза триглицерид-содержащих липопротеидов и обратного транспорта холестерина.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ

ОБЕЙД М.А., АБДУРАХМАНОВ А.А., РАХИМОВ Н.М., МАШРАПОВ О.А., АБДУХАЛИМОВ И.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного сообщения является анализ результатов симультанных операций у больных с сочетанным поражением коронарного и каротидного русла.

Материал и методы. За период с 2014 по 2019 годы в РНЦЭМП оперировано 50 пациентов с сочетанным поражением каротидного и коронарного русла. Средний возраст больных составил $67,2 \pm 3,5$ лет. 18 оперированных больных, были женского пола,

32 – мужского. Все больные были подвергнуты симультанной операции односторонней (со стороны наибольшего поражения) каротидной эндалтерэктомии и аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце. Выбор в пользу симультанного подхода был основан на том, что все оперированные имели двустороннее поражение каротидного русла (более 70%). Во всех случаях это были больные с нестабильной стенокардией с многососудистым поражением

(более 2 сосудов) коронарного русла. В 14 случаях КЭЭ производилась с редрессацией каротидной артерии, в 10 случае произведена резекция внутренней сонной артерии (имел место кинкинг), и в 26 случае произведена пластика передней стенки внутренней сонной артерии аутовенозной заплатой, после КЭЭ. В 12 случаях шунтировано 4 коронарных сосуда, в 24 случаях шунтировано 3 коронарных сосуда и в 14 случаях – 2, индекс шунтирования составил 3,6.

Результаты исследования.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление ран первичным натяжением. В раннем послеоперационном периоде нарушения мозгового кровообращения наблюдались в одном случае (2.5%) и еще в одном случае отмечались легочные осложнения, приведшие к летальному исходу (2.5%). Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила $8,8 \pm 1,2$ дней. На контрольном цветном дуплексном сканировании экстракраниальных сосудов со

стороны хирургического вмешательства, не было выявлено стеноза, был визуализирован ламинарный кровоток. На эхокардиографии также не было выявлено патологических отклонений средний конечно-диастолический объем составил $145,7 \pm 5,1$ мл; фракция выброса в среднем – $52,2 \pm 3,1\%$. Все больные наблюдались в отдаленном периоде, средняя продолжительность наблюдения составила $16 \pm 1,2$ месяца. Больные не предъявляли жалоб, контрольная ЦДС экстракраниальных сосудов и ЭхоКГ также не выявили патологических отклонений.

Выводы. Таким образом, симультанный подход при лечении сочетанного поражения каротидного и коронарного бассейнов на работающем сердце является достаточно эффективным и безопасным методом, который, несмотря на тяжелое сочетанное поражение и наличие сопутствующих заболеваний позволяет достичь хорошего результата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

ОБЕЙД М.А., АБДУРАХМАНОВ А.А., РАХИМОВ Н.М., МАШРАПОВ О.А., АБДУХАЛИМОВ И.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить течение ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа в раннем периоде после аорто-коронарного шунтирования для прогнозирования исходов реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. За период с 2017г по 1 февраля 2020г в РНЦЭМП произведены 800 операций АКШ у больных с ИБС. У 510 (63,7%) больных диагностирован сахарный диабет (СД) 2 типа, из них 345 (67,6%) мужчин и 165 (32,4%) женщин, средний возраст составил $55,2 \pm 5,3$ лет. 498 (97,6%) пациентам проводились операции коронарного шунтирования (КШ) на работающем сердце и у 12 (2,4%) с использованием ИК. Все пациенты имели многососудистое поражение коронарных артерий, фракция выброса (ФВ) до операции составила $43,2 \pm 8,2\%$. По клиническому течению заболевания: у всех больных диагностирована нестабильная стенокардия, из них прогрессирующая стенокардия у 489 (96,0%) больных, а 21 (4%) больных оперированы на фоне ОИМ без зубца «Q». Левая внутренняя грудная артерия использовалась у 488 (95,6%) пациентов, у 2 (0,2%) пациента произведено двух маммарное шунтирование, у остальных

20 (4%) шунтирование произведено без использования артериальных графтов. По количеству выполненных анастомозов: 6-шунтов выполнено у 7 больных, 5-шунтов выполнено у 58 больных, 4-шунта у 184 больных, 3-шунта у 250 больных, 2-шунта у 11 больных. Индекс шунтирования составил 3,6. Анализировались осложнения послеоперационного периода: летальность, инфаркт миокарда (ИМ), острая сердечная недостаточность, а также кровотечения, инфекционные и неинфекционные послеоперационные осложнения, нарушения ритма сердца.

Результаты исследования. В нашем исследовании летальность составила в 1.9% (10 случаев). Причинами летальных исходов у всех пациентов явился, периоперационный инфаркт миокарда, из-за неудовлетворительного дистального русла (при ревизии артерия имела диффузное поражение, потребовавшее выполнения открытой эндартерэктомии). Острая сердечная недостаточность в пери и послеоперационном периоде отмечалась у 4 (0.7%) больных, развившаяся в послеоперационном периоде вследствие исходно низких резервов сократительной функции левого желудочка (фракция изгнания менее 40%). У 3 (0.6%)

больных отмечались нарушение функции почек. У 2 (0.4%) пациентов отмечалось диффузное коагулопатическое кровотечение, остановленное медикаментозно. У 24 (4,8%) больных отмечались нарушения ритма сердца. У 2 (0.4%) больных развилась глубокая супурация с диастазом грудины инфекционного генеза (*Pseudomonas aeruginosa*), у 4 (0.8%) больных развился диастаз грудины, связанный с замедленной репарацией тканей не инфекционного генеза, у 5 (1.0%) больных отмечался асептический некроз краев раны. Средняя про-

должительность послеоперационного пребывания в стационаре составила $9,2 \pm 3,1$ дней.

Выводы. Ближайшие результаты АКШ у больных СД в 98,2% случаев показывает хорошие результаты. Развитие таких серьезных послеоперационных осложнений, как летальный исход, инфаркт миокарда и инсульт не превышает таковую в общей популяции. В нашей серии больных с СД риск развития инфекционно-воспалительных осложнений был выше и время пребывания в стационаре после операции было дольше.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТ

ОСПАНБЕК А.К., ҚАУЫЗБАЙ Ж.Ә., СЕЙДАХМЕТОВА А.А., СУЛТАНОВА Ж.С., ЭДИЛОВА Р.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценка качества жизни больных с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST с помощью анкеты SF-36.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст $54,6 \pm 10,5$) с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST, находящихся на лечении в городском кардиологическом центре г.Шымкент. Из них: 46 мужчин (76,7%) и 14 женщин (23,3%). В ходе исследования были использованы: анкетирование, интервью и методы общеклинического исследования больных.

Пациенты заполняли опросник качества жизни «SF-36 Health Status Survey», состоящий из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Шкалы с 1-й по 4-ю отражают состояние физического здоровья: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность болевого синдрома; общее состояние здоровья. Шкалы с 5-й по 8-ю отражают основные показатели психического здоровья: жизненную активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале.

Подсчет общих показателей проводился с помощью «NBS Calculator».

Результаты исследования. По результатам исследования выявлено снижение показателей качества жизни больных с инфарктом миокарда по 8 шкалам из-за следствия заболевания и воздействия депрессивного настроения.

Больных беспокоят: раздражительность, беспокойство за свое здоровье, общая слабость,

чувство постоянной усталости, нарушение сна, страх, развитие повторного инфаркта миокарда и внезапной смерти, результат болезни, благосостояние семьи, работы.

Результаты анкетирования: по шкале физическое функционирование среднее значение составило 48,25 баллов, по шкале ролевое функционирование – 32,2 баллов, по шкале интенсивность болевого синдрома – 41,6 баллов, по шкале общее состояние здоровья – 57,7 баллов, по шкале жизнеспособность – 47,8 баллов, по шкале социальное функционирование – 74,5 баллов, по шкале ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 43,4 и по шкале психическое здоровье – 38,8 баллов.

Общие показатели составили в среднем для «физического компонента здоровья (physical component summary – PCS)» от 23,2 до 58,9 (в среднем 42,9) баллов и для «психологического компонента здоровья (mental component summary – MCS)» от 27,5 до 56,7 (в среднем 46,3) баллов.

Выводы. Опросник качества жизни SF-36 является актуальным, простым, доступным и валидированным инструментом для оценки основных составляющих физического и психического здоровья у пациентов с инфарктом миокарда в реальной клинической практике. Улучшение показателей качества жизни часто становится более важным для самого больного, чем изменение гемодинамических параметров. Опросник SF-36 позволяет комплексно оценить различные составляющие физического и психоэмоционального состояния больного, не требует больших материальных затрат, является простым и доступным в использовании и подсчете данных.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПЕНЬКОВА М.Ю., МЫСНИЧЕНКО О.В.

ГУ «Национальный Институт Терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить влияние трехкомпонентной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления (АД) у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) с ожирением.

Материал и методы. Обследовано 90 человек с неконтролируемой АГ и абдоминальным ожирением (АО) в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст – 58 лет). Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа (45 больных) получала комбинацию нефиксированной антигипертензивной терапии (НФК): перидоприл 4–8 мг, индопамид 1,25–2,5 мг и амлодипин – 5–10 мг; вторая (45 больных) – фиксированную комбинацию (ФК) – препарат «Ко-амлесса», КРКА) в дозе периндоприл / индопамид / амлодипин: 4 мг / 1,25 / 5 мг; 4мг / 1,25 / 10мг; 8мг / 2,5 / 5мг; 8мг / 2,5 / 10мг. Обследование проводили до и через 1 год лечения. Мониторирование АД проводили общеизвестным методом с помощью аппаратов ABPM–04, «MEDITECH» (Угорщина) и Neaso ABP 50 (Китай).

Результаты исследования. По данным СМАД лечение как ФК так и НФК приводило к достоверному снижению показателей СМАД: САД (24), САД (Д), индекса времени (ИВ)САД (24) и ИВДАД (24), ИВ САД (Д) через 1 год. Однако у больных, которые получали ФК установлено снижение не только вышеуказанных показателей, а и достоверное снижение ДАД (24), ДАД (Д) и САД (Н), а также достоверное повышение степени ночного снижения САД (СНССАД) и СНС ДАД ($p < 0,05$).

Установлено, что у больных первой группы, которые получали НФК частота патологических

суточных профилей АД была: «non-dippers» – у 31% больных, «night-peakers» – у 9% больных, «over-dippers» – у 14% больных. Всего частота патологических суточных профилей АД в этой группе до лечения составила 54%. Через 1 год терапии НФК препаратов частота патологических профилей снизилась на 21% ($p < 0,05$): частота «non-dippers» составила 20%, «night-peakers» – 6% и «over-dippers» – 9%. Во второй группе, которые получали ФК до лечения частота патологических профилей АД была следующая: «non-dippers» – у 44% больных, «night-peakers» – у 6% больных, «over-dippers» – у 9% больных. Всего частота патологических суточных профилей АД в этой группе до лечения составила 59%. Через 1 год терапии ФК частота патологических суточных профилей АД снизилась на 41% ($p < 0,05$): частота «non-dippers» составила 15%, «night-peakers» – 0% и «over-dippers» – 3%.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о достоверно большей антигипертензивной эффективности ФК в сравнении с НФК у больных с неконтролируемой АГ и АО. Установлено, что при применении ФК антигипертензивных препаратов частота нормализации патологических суточных профилей АД (41%, $p < 0,05$) была достоверно выше, чем при применении их НФК (21%). Таким образом, ФК антигипертензивных перапаратов является перспективным подходом к повышению эффективности контроля АД и улучшения прогноза у больных АГ и АО.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДВОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ОЛМЕСАРТАНА / АМЛОДОПИНА И ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНИПРИЛА / АМЛОДОПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

ПЕНЬКОВА М.Ю., СТАРЧЕНКО Т.Г., РЕЗНИК Л.А., МИСНИЧЕНКО О.В.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить эффективность двойной фиксированной комбинации олмесартана (О) и амлодопина (А) в сравнении с фиксированной комбинацией лизиноприла (Л) и

амлодопина (А) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с ГБ II стадии, 2–3 степени с АО 1–3

ст. в возрасте от 45 до 67 лет (35/25 мужчин и женщин соответственно). Все пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от назначенного антигипертензивного лечения. Первая подгруппа пациентов (n = 30) получала фиксированную комбинацию О/А (20 мг/5 мг; 40 мг/10 мг препарат «Аттенито», Berlin-Chemie Menarini). Вторая подгруппа пациентов (n = 30) получала фиксированную комбинацию Л / А (10 мг / 5 мг; 20 мг / 5 мг; 20 мг / 10 мг, препарат «Экватор», Gedeon Richter). Исследования клинического статуса, уровней офисного и суточного артериального давления (АД) проводились в начале исследования и через 6 месяцев антигипертензивного лечения.

Результаты исследования. Частота достижения целевых уровней АД после лечения были выше в первой подгруппе, по сравнению со второй (75% против 53%, $p < 0,05$). По результатам суточного мониторирования (СМАД), фиксированная комбинация О/А привела к более выраженному снижению САД (24), ДАД (24), САД (Н) и ДАД (Н), чем фиксированная комбинация Л / А. Приверженность к двойной фиксированной комбинации О / А также была выше по сравнению с фиксированной комбинацией Л / А (85% против

61%, $p < 0,05$). Было установлено, что у этих пациентов более часто использовалась более низкая доза О / А (20 мг / 5 мг) по сравнению с Л / А (20% против 10%, $P < 0,05$).

В то же время максимальные дозы этих препаратов были необходимы для достижения целевых уровней АД у значительно меньшего числа пациентов, получавших комбинацию фиксированных доз О / А, по сравнению с пациентами, получавшими Л / А (60% против 81%, $p < 0,05$). При лечении фиксированной комбинацией Л / А были обнаружены следующие побочные эффекты: отеки нижних конечностей (16%) и кашель (6%). В то же время лечение О / А не вызывало кашля, а частота отеков нижних конечностей была достоверно ниже (5%, $p < 0,05$).

Выводы. Данное исследование продемонстрировало высокую эффективность фиксированной комбинации О / А в снижении офисного АД и показателей СМАД по сравнению с фиксированной комбинацией Л / А у пациентов с ГБ и АО. Достижение целевого уровня АД у пациентов с ГБ и АО было возможно при более низкой фиксированной комбинации О / А, чем Л / А.

БУЙРАКЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ ВА НЕЙРОГОРМОНЛАР ДАРАЖАСИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ САЛБИЙ КЕЧИШЕНИ ПРОГНОЗ ҚИЛИШ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., МАШАРИПОВА Д.Р., ЗАКИРОВА Г.А., ИБАБЕКОВА Ш.Р.

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

Тадқиқод мақсади. Буйрак функциясини ҳисобга олган ҳолда сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) учун прогностик омиллар бўлган мия натрийуретик пептидининг (NTproBNP) N-терминал қисми ва альдостерон (Ал) ни даражасини аниқлаш.

Материал ва усуллар. I-III функционал синф (ФС) СЮЕ бор бўлган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан касалланган жами 120 бемор текширилди. Барча беморларда эхокардиография ўтказилди ва қуйидаги кўрсаткичлар баҳоланди: чап қоринчанинг охириги диастолик ва охириги систолик ҳажмлари билан ўлчамлари (ЧҚ нинг ОДХ, ОСХ ва ОДЎ, ОСЎ), ЧҚ нинг отилиш фракцияси (ОФ), ЧҚ миокард массаси индекси (ЧҚММИ); брахиоцефал артериялар ва буйрак артерияларининг доплерографиясида умумий уйку артериялари (УУА) соҳасида интима медиа қалинлиги (ИМК), ўнг ва чап буйрак артериялар соҳасида резистивлик ва

пульсацион индекслар (RI ва PI); қон зардобдаги креатинин (Кр) даражаси, СКД-ЕПІ формуласи орқали коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) ҳисобланди, NTproBNP 300 пг / мл ва Ал эса 200 пг / мл даражалари баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. Буйраклар функциясини ҳисобга олган ҳолда СЮЕни прогноз қилишда параметрларнинг аҳамиятини баҳолаш учун, гетероген кетма-кетликдаги муолажа сифатида уч босқичдаги дифференциал диагностика жадвалларини (ДЖ) ишлаб чиқиб қўлланилди: биринчи босқич – СЮЕ да аломатлари эҳтимоллигини оғирлик даражасига қараб аниқлаш, диагностик коэффициентларни ҳисоблаш (ДК) ва ҳар бир аломатнинг ахборотлик даражасини (J) аниқлаш; иккинчи босқич – юқори J (0,5 дан ортиқ ёки унга тенг) белгиларини ўз ичига олган ДЖ ларни тузиш, уларнинг сезгирлигини (Se) ва прогностик аҳамиятини аниқлаш; учинчи босқич – тўғри қарор

қабул қилишга имкон берадиган диагностика чегараларини (ДЧ миқдори) танлаш.

СЮЕ кечиши прогнозида белгиларнинг аҳамиятини баҳолаш учун қуйидаги диагностик кўрсаткичлар танланди: чап қоринчанинг таркибий ва геометрик параметрлари (ОДХ, ОДЎ ва ОСЎ, ЧҚ ОФ, ЧҚММИ, ИСd ва ИСs), томирларнинг ремоделланиш параметрлари (ўнг ва чап УУА соҳасидаги ИМҚ), буйраклар функциясининг кўрсаткичлари (хКФТ), NTproBNP 300 пг / мл дан ортиқ ва Ал 200 пг / мл дан юқори даражалари. Юрак етишмовчилигининг салбий кечишини аниқлаш учун прогноз жиҳатдан ОФ нинг 50% дан

камлиги, ОДХ миқдорининг 137 мл дан ошиши, ОСЎ нинг 43 мм дан ошиши, хКФТ нинг 60 мл / дақ дан пасайиши, NTproBNP даражасининг 300 пг / мл дан ортиқ ва Ал 200 пг / мл дан ошиши аҳамиятли эканлиги аниқланди.

Хулоса. Юрак етишмовчилигини салбий кечининг математик прогноз қилинишини таҳлилига кўра, энг эрта салбий прогностик белгилар қуйидагилардан иборат: ОФ нинг 50% дан камлиги, ОДХ нинг 137 мл дан ошиши, ОСЎ нинг 43 мм дан ошиши ва хКФТ нинг 60 мл / дақ дан камлиги, NTproBNP даражасининг 300 пг / мл дан ортиқ ва Ал 200 пг / мл дан ошиши аҳамиятли эканлигидир.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЮЗАГА КЕЛГАН ОҒИР СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧА МИОКАРДИНИНГ ПЕРФУЗИОН ЗАХИРАСИНИ АНИҚЛАШ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., ХОЖИБЕКОВА М.М., МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р.

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

Тадқиқод мақсади. III-IV функционал синф (ФС) сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлган инфарктдан кейинги кардиосклероз (ИК) ривожланган беморларда нитроглицерин тести (НТГ тести) ёрдамида бир фотонлик эмиссион компьютер томографияси (БФЭКТ) ёрдамида перфузион захирасини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Миокард инфаркти (МИ) юз берганига $1,8 \pm 1,1$ йил бўлиб, ИК ривожланган III-IV ФС СЮЕ бор бўлган 35 та эркак беморлар текширилди, беморларнинг ўртача ёши $51,1 \pm 8,2$ ёш эди. Олдинги девор МИ билан касалланиш 56% ташкил этди. Беморларга синхронлаштирилган БФЭКТ Siemens (Германия) Е-сам гамма камерасида радиофармацевтик препарат (РФП) – ^{99m}Tc -метоксиизобутилизонитрил (Sestamibi, АҚШ) билан НТГ синови, Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий жарроҳлик марказида ўтказилди. Бу ҳолатда, чап қоринча миокардининг умумий отилиш фракцияси (УОФ), чап қоринча миокардида РФП нинг суштўлиш белгилари аниқланди.

Миокард перфузиясининг (МП) маҳаллий бузилишлари 20 сегментли ягона чап қоринча моделида 4 баллик шкала бўйича баҳоланди: 1 балл – 75% дан ортиқ препаратни ушлаб қолиниши билан нормал РФП тўпланиши, 2 балл – 50 дан 75% гача мўтадил перфузия камчилиги (ПК), 3 балл – яққол намоён бўлган ПК билан РФП нинг 25% дан 50% гача тўпланиши, 4 баллни – 0 дан 25% гача бўлган кўрсаткичгача изотопни (чандиқ зоналарида) сезиларли даражада ифодалаган ПК билан тўпланиши. Тадқиқот дастлаб ва НТГ тестидан кейин ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. Миокардининг БФЭКТ даги дастлабки кўрсаткичларининг таҳлилига кўра, БФЭКТ давомида ЧҚ МП нинг доимий аперфузия ва гипоперфузия зоналари мавжуд бўлган. УОФ нинг сезиларли пасайиши қайд этилди ва у $31,0 \pm 4,28\%$ ни ташкил қилди, аперфузия ва РФП нинг кам тўпланиши (25% дан кам) кузатилган сегментларининг умумий миқдори 22,3% ни ташкил қилди, яққол намоён бўлган ПК билан РФП тўпланиши 50% дан кам ҳолат 20,9% да кузатилди, РФП нинг ўртача тўпланиши билан (75% дан кам) – сегментларнинг умумий сонининг 30,0% да аниқланди. Таъкидлаш керакки, сегментларнинг 73,2 % да миокарднинг турли даражадаги ПК кузатилди. НТГ синовидан сўнг қон айланишининг яхшиланиши кузатилди, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан бу УОФ нинг 10% га ($p_w < 0,02$) ишонарли даражада кўпайиши билан, апикал соҳада ўртача баллнинг 22,1% га ($p_w < 0,02$) ва ЧҚ нинг учдан бир қисмида 16,4% га ($p_w < 0,05$), ЧҚ асосида – 20,8% ($p_w < 0,02$) пасайиши билан характерланди. НТГ га жавобан, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан аперфузия бор бўлган сегментлар сони 30,6% га, яққол намоён бўлган ПК бор бўлган сегментлар сони – 8,7% га, ўртача ПК бор бўлган сегментлар сони – 25,8% га камайди ва РФП нинг нормал тўпланиши бор бўлган сегментлар сони 61,0% га ошди.

Хулоса. Олинган БФЭКТ маълумотлари таҳлили шуни кўрсатдики, ИК ва оғир юрак етишмовчилиги бўлган беморларда МП даги аниқ ўзгаришлар миокарддаги коронар қон айланишининг бузилиши ва чандиқли соҳалар билан боғлиқ бўлиб, НТГ синови давомида бу кўрсаткичларнинг яхшиланиши перфузия захираси мавжудлигини кўрсатди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СПИРАНОЛАКТОН ВА ЭПЛЕРЕНОННИНГ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., НУРИТДИНОВ Н.А., ХАКИМОВА Р.А., БОБОЕВ К.Т.,
ТАГАЕВА Д.Р., ТОШЕВ Б.Б.

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

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бор бўлган беморларда спиронолактон ва эплереноннинг креатинин ва коптокчалар филтрация тезлиги (КФТ) кўрсаткичларига қиёсий таъсирини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра I (36 бемор), II (28 бемор) ва III (16 бемор) функционал синф (ФС) СЮЕ бор бўлган 80 нафар беморни кўриқдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $60,1 \pm 9,2$ ёшни ташкил қилди. I – III ФС СЮЕ бор бўлган 33 бемордан иборат биринчи гуруҳ (I) стандарт терапия асосида 6 ой давомида (ААФ ингибиторлари, бета-блокаторлар, антиагрегантлар) – спиронолактон қабул қилганлар, I – III ФС СЮЕ бор бўлган 47 бемордан иборат иккинчи гуруҳ (II) – эплеренон қабул қилганлар. Барча беморларда қон зардобиди креатинин (Кр) билан бирга $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} формулалар бўйича ҳисоблаш орқали аниқланди.

Тадқиқод натижалари. I ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда олти ойлик даволанишга спиронолактонни киритиш фонида Кр, $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} кўрсаткичлари фақатгина ижобий натижалар тенденциясига эга бўлди, аммо бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишончли даражаларга эга бўлмади; II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда даволашдан кейин Кр, $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} кўрсаткичлари мос равишда қуйидагича эди – $72,7 \pm 9,8$ мкмол / л, $91,18 \pm 15,37$ мл / дақ / ва $96,53 \pm 24,19$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$; бошланғич кўрсаткичларга нисбатан мос равишда $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$

ва КФТ_{MDRD} 16,7% га ($p < 0,05$) ва 24,3% га ($p < 0,05$) кўпайиши ва Кр нинг 15,7% $p < 0,05$ га пасайиши кузатилди.

Иккинчи гуруҳ беморларида 6 ойлик даволаниш фонида эплеренон киритилганда Кр, $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} кўрсаткичлари: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда мос равишда $76,65 \pm 16,86$ мкмоль/л, $87,41 \pm 14,24$ мл / дақ ва $88,82 \pm 16,72$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$ ташкил қилди, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишонарли даражада $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} мос равишда 12,2% ($p < 0,05$) ва 18% ($p < 0,05$) га ортди, Кр 15,8% ($p < 0,05$) га пасайди; дастлабки кўрсаткичларга нисбатан II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда мос равишда – $76,58 \pm 18,37$ мкмоль / л, $86,40 \pm 14,51$ мл / дақ ва $90,63 \pm 22,43$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$ ташкил қилди, ишонарли даражада $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} 14,1% га ($p < 0,05$) ва 18% ($p < 0,05$) га ошиши кузатилди; даволанишдан кейин III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда Кр, $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} кўрсаткичлари $75,6 \pm 9,08$ мкмол / л, $87,09 \pm 16,42$ мл / дақ ва $91,45 \pm 21,30$ мл / дақ / $1,73 \text{ м}^2$ ташкил қилди, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан $\text{КФТ}_{\text{CKD-EPI}}$ ва КФТ_{MDRD} нинг 23% ($p < 0,05$) ва 34% ($p < 0,05$) га ортиши ва Кр нинг 23% ($p < 0,001$) га пасайиши кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқот натижаларига кўра I-III ФС СЮЕ бор бўлган беморларнинг эплеренон гуруҳида буйрақлар функционал ҳолати кўрсаткичларининг яхшиланиши ишонарли даражада эканлиги аниқланди.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

РАСУЛОВА Н.З., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить клинико-функциональное состояние пациентов с необструктивной формой ГКМП

Материал и методы. Были изучены данные 28 пациентов с необструктивной формой ГКМП, находящихся под наблюдением

РСНПМЦК, в возрасте от 19 до 74 лет (средней возраст – $42,9 \pm 14,08$ лет). Мужчины составили 64,29% всех больных, женщины – 35,71%. Диагноз ГКМП устанавливался на основании данных ЭхоКГ. Данные представлены в $M \pm SD$ и процентном соотношении.

Результаты исследования. По результатам опроса и клинического исследования было выяснено, что средний возраст, при котором впервые появились признаки заболевания составил $36,04 \pm 12,34$ лет. Наиболее типичными жалобами при включении в исследование были: одышка – в 67,86% случаев, боли в области сердца – 46%, перебои в работе сердца отмечали 53,57% больных, синкопальные

состояния – 14,3% случаев, анамнестически ВСС среди родственников отмечали 7% больных.

Сопутствующая АГ встречалась в 3,57 %, ИБС – 3,57%, клиника ХСН – в 15,8% случаев.

Выводы. Таким образом, пациенты с необструктивной формой ГКМП характеризуются относительно молодым возрастом, с превалированием клиники сердечной недостаточности.

ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ИТОГАМ 2Х ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

РАСУЛОВА Н.З., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить динамические показатели ЭХОКГ и прогноз у пациентов с различными формами ГКМП по итогам 2х летнего наблюдения

Материал и методы. Изучены данные 28 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, находящихся под наблюдением лаборатории СН и НЗМ РСНПМЦК. Всем больным было проведено динамическое эхокардиографическое обследование, с определением толщины МЖП и градиента давления в ВТЛЖ. Оценка была проведена исходно и через 2 года наблюдения.

Результаты исследования. На исходном этапе по данным ЭхоКГ отмечались следующие изменения: отмечена различная вариабельность размеров ЛП, составившего в среднем, $39,125 \pm 10,04$ мм. При этом, толщина МЖП составила в среднем, $20,78 \pm 5,74$ мм, ЗСЛЖ – $12,65 \pm 3,27$ мм, с градиентом давления в ВТЛЖ – $20,59 \pm 13,33$ мм.рт.ст. Размеры левого желудочка не претерпевали изменений и составили в целом, КДР – $46,29 \pm 7,83$ мм, КСР – $29,69 \pm 7,52$ мм, ММЛЖ – $357,59 \pm 152,3$ гр.

Через 2 года наблюдения отмечено достоверное увеличение толщины МЖП до

$25,0 \pm 7,0$ мм ($p < 0.05$), ЗСЛЖ – до $14,54 \pm 5,09$ мм без значимого увеличения градиента давления в ВТЛЖ ($24,42 \pm 15,12$ мм). При этом, отмечено значимое увеличение размеров ЛП – $42,216 \pm 9,77$ мм ($p < 0.05$). Общие размеры левого желудочка не претерпевали значительных изменений (КДР – $48,08 \pm 8,67$ мм, КСР – $32,42 \pm 8,51$ мм, ММЛЖ – $378,93 \pm 148,8$ гр).

Оценивая клинически значимые события через 2 года наблюдения было показано, что у 2 пациентов был установлен ЭКС в связи с развитием полной АВ – блокады. У 1 пациента развился инфекционный эндокардит, который был успешно вылечен. В 1 случае отмечался переход ГКМП в стадию дилатации с последующим развитием ДКМП. Внезапная сердечная смерть имело место у 3 пациентов (10,7%). Развитие СН до стадии ХСН II А – 15 пациентов (53,6%), ХСН IIБ – у 2 пациентов (7,143%).

Вывод. Таким образом, отмечено, что по итогам 2х летнего наблюдения у больных ГКМП отмечается прогрессирование увеличения толщины МЖП, ЗСЛЖ и градиента давления в ВТЛЖ, сопровождающееся также увеличением размеров ЛП.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

РАСУЛОВА Х.А., ХУСИНБАЕВ И.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику показателей функции почек у больных ИБС в зависимости от наличия СД II типа (СД₂).

Материал и методы. Было исследовано 55 больных с ИБС, из них 25 больных с СД₂ (основ-

ная группа) и 30 без СД (контрольная группа). Определяли показатели углеводного и липидного обмена, а также параметры функции почек. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики и критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Группы пациентов значимо не различались по возрасту, полу и показателям АД. В 1-й группе СД₂ по сравнению со 2-й группой без СД отмечалась более высокая ЧСС: $74 \pm 3,22$ уд/мин против $69 \pm 4,17$ уд/мин ($p < 0,01$). У 45 (81,8%) больных диагностирована стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) III, у 10 (18,2%) больных ФК IV. Среди 25 исследованных больных с ИБС с СД₂ 18 (72%) с выявленной диабетической нефропатией отмечался высокий показатель АД и ФК стабильной стенокардии напряжения. Группы пациентов достоверно различались по содержанию глюкозы в венозной плазме натощак и HbA1c, который в группе больных СД₂ составил 7,3% (6,9–8,0), а в группе без СД₂ типа – 4,9% (4,7–6,1) ($p < 0,001$). Группы не различались по уровню холестерина (ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП) сыворотки крови, но уровень триглицеридов и медиана индекса

массы тела были достоверно выше в группе больных СД₂. Группы пациентов не различались по показателям фильтрационной функции почек: концентрации креатинина в сыворотке крови и величине скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле EPI-CKD. Также исследованная величина микроальбуминурии (МАУ) в группе больных СД₂ была в 5 раз выше, чем у больных без СД.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об общности и взаимосвязи патогенетических механизмов, лежащих в основе развития дисфункции почек у больных ИБС с сопутствующим СД₂. Наличие одновременно факторов риска, таких как высокая артериальная гипертензия (АГ), возраст, мужской пол, длительность ИБС, дислипидемия, повышение глюкозы в венозной крови, повышает риск раннего развития гемодинамических нарушений в почках.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., НАЗИРОВА М.Х., ОЧИЛОВ С.М., ЗУФАРОВ М.А., АЗИМОВА Н.З.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материал и методы. Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1 – 16 больных БА с легочной гипертензией, 2 – 12 больных ХОБЛ с дилатацией правого желудочка сердца.

Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2011) и озонотерапию.

Функциональное состояние периферической изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения.

Эндотелий зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon Измеряли

максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

Результаты исследования. При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода $0,70 \pm 0,02$, увеличения показателей амплитуда мода $36,1 \pm 0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Проведенное КИГ исследование у больных БА осложненной легочным сердцем в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов.

При повторном исследовании состояние периферической вегетативной нервной системы,

установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелий зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2 % и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ($p < 0,05$).

Выводы. В основе возникновения и развития БА осложненной легочным сердцем

лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА осложненной легочным приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕГКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

РАХИМОВА Д.А., НАЗИРОВА М.Х., КОРАКУЛОВА З.Т., ОЧИЛОВ С.М., ЗУФАРОВ М.А., АЗИМОВА Н.З.

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

Цель исследования. Изучить параметры качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией.

Материал и методы. Скрининг-анкетирование по Сизтлскому опроснику проведено у 52 больных. Изучение параметров качества жизни больных ХОБЛ проводилось по специализированному Сизтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Сизтлский опросник позволяет оценивать у больного уровень физического и эмоционального состояния профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением.

У больных по показателям доплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию без ДПЖ (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст) и с ДПЖ (толщина передней стенки ПЖ меньше 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ больше 2,5 см).

Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1 , %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV_1/FVC , %). Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых волонтеров. В зависимости от уровня среднего легочного артериального давления и наличия структурно-функциональных изменений ПЖ все больные

распределены на 2 группы: 1-я группа – 25 больных с легочной гипертензией (ЛГ) и 2-я группа – 27 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t – критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что параметры КЖ снижены у всех больных ХОБЛ с легочной гипертензией по сравнению с КГ. Однако выраженность изменений в указанных группах не однозначна. Так, больные 2-й группы хуже адаптированы к умеренной физической деятельности, и среди них достоверно чаще наблюдалось резкое ограничение физической деятельности, затруднения при прогулке, что среди больных ЛГ наблюдалось достоверно реже ($P < 0,05$) соответственно. У больных ДПЖ установлен более выраженный эмоциональный дистресс, проявляющийся низкими баллами оценки эмоционального состояния, по сравнению с больными ЛГ. Больные с ДПЖ достоверно чаще испытывали боязнь физической активности, чем больные с ЛГ ($P < 0,03$).

Выводы. У больных ДПЖ степени отмечается более выраженное снижение качества жизни по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕЛКА – ПРЕДШЕСТВЕННИКА ТРОМБА КАК МАРКЕРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

САТТАРОВ О., ТУЙЧИБАЕВ М., УЗБЕКОВА Н.Р., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Определение белка – предшественника тромба (ТрР) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) на фоне выраженной ангинозной боли.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов ИБС (10 мужчин и 10 женщин), поступивших в отделение экстренной кардиологии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с выраженной ангинозной болью, длительностью с 2 до 12 часов (в среднем $5,4 \pm 1,1$ час), не купируемая нитратами. Возраст больных 52–70 лет (в среднем $62,2 \pm 3,1$ года). Всем больным выставлен диагноз ОКС. Уровень ТрР в крови определяли иммуноферментным методом («Chen Lo», Китай).

Результаты исследования. У 20 больных ОКС уровень ТрР в плазме крови колебался от 0,3 до 28,0 мкг/мл, составляя в среднем $7,1 \pm 1,33$ мкг/мл. В целом по группе ОКС содержание ТрР превышало как контроль ($p < 0,001$), так и больных

стабильной стенокардией (СС) ($p < 0,001$). Более высокий уровень ТрР отмечен у больных ОКС, перенесших в прошлом ИМ ($p < 0,01$), у женщин ($p < 0,01$) и в возрасте старше 60 лет ($p < 0,01$). Во временном промежутке повышение уровня ТрР у больных ОКС наблюдалось уже через 2 часа от начала ангинозной боли и сохранялось высоким на протяжении последующих 10 часов. Сравнительный анализ уровня ТрР и показателей свертывающей системы крови (ПТИ, фибриноген) показал, что средние показатели ПТИ, фибриногена не различаются у больных, как с высоким, так и низким уровнем ТрР ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных ОКС уровень ТрР значительно выше, чем у здоровых и больных СС. Уровень ТрР у больных ОКС повышается в первые 2 часа от начала ангинозной боли и остается высоким в последующие 10 часов. Степень повышения ТрР была наибольшей у больных ОКС женского пола, перенесших в прошлом ИМ и в возрасте старше 60 лет.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА БИОГЕН АМИНЛАР МЕТАБОЛИЗМИНИ ЎЗГАРИШИ

СОТВОЛДИЕВ Г.И., АХМАДЖОНОВА Д., ТАШТЕМИРОВА И.М., МАМАЖОНОВА З.К., КАМАЛОВ Б.Б.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Бўлмачалар фибрилляцияси аниқланган ЮИК билан беморларда симпато-адренал тизимнинг функционал ҳолатини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Бизни текширувимизда 25 ёшдан 50 ёшгача бўлган, ўртача $45,9 \pm 0,8$ ёшни ташкил қилган 18 нафар Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК билан беморлар текширилган. А, НА, ДА ва ДОФАни сийдик билан суткалик экскрециясини Э.Ш. Матлина, З.М. Киселёва, И.Э. Софиева томонидан тавсия қилинган триоксииндол флуориметрик усул бўйича аниқладик. КА конюгатларининг сийдикдаги миқдорини Т.И. Лукичева, В.В. Меньшиков, Т.Д. Большакова томонидан ёзилган усул бўйича аниқладик. Қон зардобдаги МАО фаоллигини А.И.Балаклеевский томонидан тавсия қилинган усул бўйича аниқладик.

Тадқиқот натижалари. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК би-

лан беморларнинг, КА ва ДОФАнинг суткалик экскрецияси тадқиқотнинг 1-суткаларида кўтарилиши, жумладан адреналин эркин (Аэ) – $6,4 \pm 0,2$ мкг/сут., А боғланган (Аб) – $5,3 \pm 0,1$ мкг/сут., А умумий (Ау) – $9,1 \pm 0,22$ мкг/сут. ташкил қилган, бу 34%, 32,3%, 30,4%га назорат гуруҳни кўрсаткичларидан юқори бўлган ($P < 0,001$). НАни суткалик сийдик билан ажралиши ҳам статистик ишончли кўтарилган, НА эркин (НАэ) – $12,6 \pm 0,1$ мкг/сут., боғланган НА (НАб) – $11,1 \pm 0,2$ мкг/сут., умумий НА (НАум) – $23 \pm 1,22$ мкг/суткагача, бу 16,5%, 23,7%, 18,2%га назорат гуруҳнинг кўрсаткичларидан юқори бўлган. ДА барча фракцияларини суткалик экскрецияси назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан статистик ишончли кўтарилган, жумладан ДАэ – $155,9 \pm 5,5$ мкг/сут. – 13,5%га, ДАб – $167 \pm 6,4$ мкг/сут. – 11,2%га, ДАу – $328,3 \pm 5,0$ мкг/сут. – 13%га ошган. ДОФАни суткалик экскрецияси $50,6 \pm 0,6$

мкг/сут. ташкил қилган, бу назорат гуруҳни кўрсаткичлардан 7,8%га нисбатан юқори бўлган.

Хулоса. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК беморларда симпатoadренал тизимини функционал фаоллиги ортиши аниқланган, сийдик билан КА, асосан адреналин, норадреналиннинг суткалик экскрециясини

кўпайиши, гормонал бўлимини фаоллашувини исбодланган. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК билан беморларда, ДА ва ДОФАнинг сийдик билан суткалик экскрециясини соғлом кишиларга нисбатан камайишини ҳисобга олганда, САТнинг заҳира функциясининг пасайиши ва адаптацион имкониятларининг бузилиши тўғрисида гапиришимиз мумкин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ, АНТИДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

СТАРЧЕНКО Т.Г., ПЕНЬКОВА М.Ю., КОВАЛЬ С.Н., РЕЗНИК Л.А.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить эффективность длительной (годовой) антигипертензивной, антидиабетической и гиполипидемической терапии у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 67 больных АГ в сочетании с СД 2 типа и АО (мужчин—36, женщин—31) в возрасте от 53 до 67 лет. У 39 лиц диагностирована АГ 2 степени, у 28 —3 степени. У всех больных диагностирован субкомпенсированный СД 2 типа средней степени тяжести и АО I степени. После проведения первичного клинико-лабораторного и инструментального обследования всем больным была начата антигипертензивная терапия блокатором рецепторов ангиотензина II (БРА II) оламесартаном меноксидилом (суточная доза—20–40 мг, однократно), блокатором кальциевых каналов (БКК) дигидропиридинового ряда III поколения лерканидипином (суточная доза 10–20 мг, однократно) с добавлением при недостижении целевых уровней артериального давления (АД) петлевого диуретика (ПД) торасемида (суточная доза—2,5–5 мг, однократно). Антидиабетическая терапия проводилась препаратом из группы бигуанидов метформин (суточная доза 500–2500 мг, одно-двукратно) и, при недостаточном контроле гликемии, добавлялся препарат сульфонилмочевин-гликлазид модифицированного высвобождения (суточная доза 30–60 мг, однократно). С учетом наличия у всех больных комбинированной дислипидемии и высокого сердечно-сосудистого риска терапия была дополнена аторвастатином (суточная доза 20–40 мг, однократно). Повторное обследование проведено через 1 год лечения.

Результаты исследования. Проведенная терапия способствовала достижению целевых уровней АД и гликозилированного гемоглобина у 77% и 67% пациентов, достоверному снижению уровней в крови холестерина липопротеидов низкой плотности на 18% и индекса массы тела на 17% в целом по группе ($p < 0,05$).

В результате первичного обследования выявлена высокая частота наличия у больных гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (у 87%), в том числе, концентрической ГЛЖ (КГЛЖ) —у 58% и эксцентрической ГЛЖ (ЭГЛЖ) —у 29% больных. При этом у 89% пациентов диагностировалось нарушение диастолической функции ЛЖ. В результате одно-годовой комбинированной терапии установлено значимое улучшение структурно-функциональных параметров сердца: достоверное снижение индекса массы миокарда ЛЖ (на 14%), трансформация КГЛЖ в концентрическое ремоделирование ЛЖ (у 16%) и нормализация диастолической функции ЛЖ (у 12% больных).

Выводы. Одногодичная терапия больных АГ с СД 2 типу и АО комбинацией антигипертензивных препаратов (БРА II, БКК с добавлением ПД) на фоне оптимального применения антидиабетических средств (метформина и гликлазида) и статинотерапии позволяла достичь высокого уровня контроля, как АД, так и углеводного, и липидного обменов, на фоне значимой редукции ожирения. Более того, указанная терапия приводила к достоверному снижению частоты патологических типов ремоделирования сердца и значимому улучшению диастолической функции ЛЖ. Выявленные положительные изменения в целом способствуют снижению степени сердечно-сосудистого риска больных и улучшению их отдаленного прогноза.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

СУЛЕЙМАНГУЛЫЕВ Ш.М., ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., ЯГШЫСАХЕДОВ Ш.Я.

Научно-клинический центр кардиологии, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Анализ исходной функции почек в качестве фактора риска острого повреждения почек у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с острым коронарным синдромом (ОКС), которым проводилась реваскуляризация коронарных артерий.

Материал и методы. Анализ вероятных причины острого повреждения почек был проведен у 35 больных ИБС с острым коронарным синдромом после реваскуляризации коронарных сосудов. В зависимости от исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) больные были разделены на 2 группы: 1 группу были включены 21 больной (средний возраст $57,1 \pm 4,2$ года) СКФ менее 60 мл/мин с уровнем креатинина сыворотки крови $138,1 \pm 10,3$ мкмоль/л; и во 2 – 14 больных (средний возраст $61,1 \pm 7,2$ года) СКФ более 60 мл/мин. с уровнем креатинина $92 \pm 6,7$ мкмоль/л; разница в уровне креатинина между группами была достоверна ($p < 0,01$).

Результаты исследования. СКФ до реваскуляризации в 1 и 2 группах составила $44,9 \pm 4,1$ и $90,1 \pm 3,5$ мл/мин соответственно ($p < 0,001$). Достоверных различий между двумя группами по возрасту, гендерных различий, по числу лиц с абдоми-

нальным ожирением, по уровню диастолического артериального давления (ДАД) и длительности заболеваний (ИБС и АГ) не выявлено. Выявлены достоверные различия по уровню систолического АД (САД) – $215 \pm 10,4$ и $152 \pm 11,3$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$), липопротеидам низкой плотности (ЛПНП) – $3,81 \pm 0,7$ и $2,54 \pm 0,8$ ммоль/л соответственно ($p < 0,01$), при отсутствии различий по уровню общего холестерина и триглицеридов. Проведенный корреляционный анализ развившегося острого повреждения почек с 13 факторами риска: возрастом, длительностью ИБС и АГ, СД, курением, уровнями САД и ДАД, индекс массы тела, уровнями холестерина, липопротеидами высокой плотности, ЛПНП, триглицеридами, исходной СКФ, который показал, что достоверная положительная корреляционная связь выявлена лишь с исходной СКФ ($r = 0,71$, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, больные ИБС с ОКС относятся к группе риска развития хронической болезни почек, обусловленной гипертонической и/или ишемической нефропатией, а также к группе высокого риска развития острого повреждения почек и летального исхода.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРЕССОРНОЙ И ДЕПРЕССОРНОЙ ГУМОРАЛЬНЫХ СИСТЕМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Гаррыева, г. Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Анализ взаимодействия прессорной и депрессорной гуморальных систем при ГК.

Материал и методы. На базе Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии было обследовано 95 больных с артериальной гипертензией (АГ) во время ГК в возрасте от 33 года до 67 лет. Мужчин было 53, а женщин – 42. Пациенты были разделены на две группы: 1) 36 больных с АГ I стадии (АГ I); 2) 59 пациентов с АГ II стадии (АГ II). В обеих группах больные были практически сопоставимы по полу, возрасту и индексу массы тела.

У всех пациентов во время ГК радиоиммунологическим методом определялись АРП

и содержание калликреина (СК) в сыворотке крови.

Результаты исследования. У больных АГ I при кризах в половине случаев наблюдалась высокая АРП ($5,1 \pm 1,3$ нг/млхч; $p < 0,05$). Вдвое реже встречались ГК с нормальной и низкой активностью ренина.

У больных АГ II ГК характеризовались высокой степенью АРП. СК при АГ I достоверно не отличалось от показателя у здоровых лиц ($22,1 \pm 4,1$ кЕ/л; $p < 0,01$), а при АГ II снижалось незначительно ($18,05 \pm 2,1$ кЕ/л; $p < 0,05$).

Во время ГК коэффициент АРП/СК выглядел следующим образом: $0,19 \pm 0,03$ при АГ I и $0,15 \pm 0,02$ при АГ II, а после лечения достоверно

снижался (на 51% ; $p<0,02$ и 47,3%; $p<0,01$ соответственно).

Взаимодействие прессорной и депрессорной систем, нарушенное во время ГК, когда при высокой АРП наблюдается низкое или нормальное СК, после лечебных мероприятий уравнивалось: АРП снижалась, а СК увеличивалось.

Выводы. Изучение во время ГК взаимоотношения тесно связанных, но являющихся антагонистами по своему действию, ренина и калликреина является очень важным для дальнейшей лечебной тактики и прогноза заболевания.

СЕЗОННАЯ АКТИВНОСТЬ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Гаррыева,
г. Ашгабат, Туркменистан*

Цель исследования. Анализ сезонной активности калликреин-кининовой системы крови (ККСК) у больных с АГ во время ГК и выбор соответствующей тактики лечения.

Материал и методы. Обследовано 63 больных с артериальной гипертензией (АГ) во время ГК. У всех пациентов во время ГК определялось содержание калликреина (СК) в сыворотке крови. Кроме того, все больные прошли общепринятую методику обследования. В зависимости от СК больные были разделены на две группы: 1) 32 больных с высоким СК; 2) 31 пациент с низким СК. В обеих группах больные были практически сопоставимы по полу и возрасту. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты исследования. В группе с высоким СК уровень его превышал норму для здоровых людей более чем в 2,4 раза (60–80 кЕ/л). И нет причин говорить о дефиците активности депрессорной нейрогуморальной системы. Это означает, что в этой группе ГК связан с активацией прессорных механизмов.

ГК в данной группе отмечался преимущественно в зимний период. У второй группы с низкими показателями СК криз наблюдался преимущественно летом или в близкие к лету равноденственные месяцы. От момента возникновения криза до его купирования СК колебалось в пределах 23–46 кЕ/л, что соответствовало ослаблению активности ККСК.

Выводы. 1. В группе с низким уровнем СК в качестве гипотензивных средств первого выбора необходимо использовать α -антагонисты и β -адреноблокаторы, воздействующие на центральную симпатическую активность в комбинации с диуретиками тиазидового ряда. 2. Ослабление активности ККСК во второй группе указывает на необходимость включения вазодилататоров в качестве одного из средств первого выбора в летний период. 3. Тактика купирования ГК и последующей гипотензивной терапии должна учитывать более интенсивные для второй группы естественные процессы диуреза и натрийуреза и осторожное использование мочегонных препаратов.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КАМҚОНЛИКНИНГ КУЗАТИЛИШИ

ТОШЕВА Х.Б., ХАЛИЛОВА Ф.Х., ГАДАЕВ А., ДЖУРАЕВА Н.О., ЭРКИНОВА Н.Э.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Бухоро тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) мавжуд беморларда камқонликнинг учраши ва унинг айрим хусусиятлари.

Материал ва усуллари. Бухоро вилояти шифохонаси кардиология бўлими ва кардиология диспансерида даволанаётган 323 нафар СЮЕ ташхиси қўйилган беморлар кузатилдилар. Уларнинг 150 нафари (45,43%) эркаklar ва 173

(53,67%) аёллар эди. Кузатувдаги беморлар гемоглобин кўрсаткичларидан келиб чиқиб икки гуруҳга ажратилдилар. Биринчи гуруҳда гемоглобин кўрсаткичлари $112,4 \pm 10,2$ ва иккинчи гуруҳда $134,9 \pm 8,9$ г/лни ($P>0,01$) ташкил қилди. Камқонлик аниқланган ва гемоглобин меъёрида бўлган беморларнинг ўртача ёши мос равишда $63,64 \pm 10,13$ ва $57,9 \pm 9,1$ йил ($P>0,01$) эди.

Камқонлик аниқланганлар СЮЕнинг функционал синфлари (ФС) бўйича таҳлил қилинди. Шунингдек уларда 6 дақиқали юриш синамаси ва Миннесот сўрономаси ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. Кузатувдаги беморларнинг гемоглобин кўрсаткичлари СЮЕ ФС бўйича таҳлил қилинганда I-ФС кўрсаткич $139,9 \pm 16,8$, II-ФС $118,58 \pm 19,7$, III-ФС $110,2 \pm 14,5$ ва IV-ФС $102,5 \pm 10,2$ г/л ($P > 0,05$) ташкил қилди ва бу касаллик функционал синфлари ўсишига мос равишда камқонлик ортишини тасдиқлайди. Камқонлик аниқланган СЮЕ чалинган беморларнинг аксарият қисмини аёллар (66) ташкил қилдилар ва уларда гемоглобин кўрсаткичлари $105,4 \pm 8,2$ г/л бўлди. Бу кўрсаткич камқонлик аниқланган эркаклардаги гемоглобинга нисбатан ($117,3 \pm 9,4$) ишончли ($P > 0,05$) фарқ қилди. Беморларда клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи ёрдамида йиғилган мукаммал анамнез

ва объектив кўрик камқонлик мавжуд СЮЕ чалинган беморларда кўрсаткич $4,62 \pm 0,5\%$, камқонлик аниқланмаганларда $4,04 \pm 0,3$ баллга тенглиги аниқланди. Шунингдек, Миннесот сўрономаси ёрдамида беморларнинг ҳолати мукаммал ўрганилди, унда кўрсаткичлар мос равишда $46,0 \pm 8,3$ ва $40,2 \pm 3,2$ баллга тенг бўлди.

Хулосалар. СЮЕ камқонлик билан кечган беморларнинг ёши гемоглобин меъёрида бўлганларга нисбатан юқорилигини ва касалликнинг ФС ошиши билан ушбу гуруҳдагилар сони ошиб боришини кўрсатди.

Клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи ва Миннесот сўрономаси ҳам камқонлик аниқланган беморларда баллар юқори эканлигини тасдиқлади.

Аниқланган ўзгаришлар СЮЕ мавжуд беморларда камқонлик касаллик кечишига сезиларли салбий таъсир кўрсатишини ва уни ўз вақтида монанд даволаш лозимлигини тасдиқлайди.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ТУЙЧИБАЕВ М., РАХИМОВА С.Р., САТТАРОВ О.Х., УЗБЕКОВА Н.Р., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучение приверженности терапии статинами у пациентов со стабильной стенокардией после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 95 пациентов со стабильной стенокардией (СС), которые принимали статины (розувастатин) не менее 1 месяца до и после ЧКВ в течение 5 лет.

Результаты исследования. Через 1 год после ЧКВ пациенты продолжали принимать статины. Эти пациенты были моложе (60 лет против 62 лет), с большей выраженностью периферического атеросклероза (56% против 68%), с более низким уровнем общего холестерина (ОХС) ($p < 0,05$) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) ($p < 0,05$). Через 5 лет прием статинов продолжали 66% пациентов, приверженных гиполипидемической терапии. Среди них 8,7% имели целевой уровень ХС

ЛПНП, уровень артериального давления (АД) (САД на 9,2%, $p = 0,0001$; ДАД на 6,4%, $p = 0,0005$) и частота пульса (на 5,6%, $p = 0,0086$) были ниже. Неблагоприятные исходы возникли у 2,4% больных. Повторная реваскуляризация выполнена у 15% пациентов, нефатальные инфаркт миокарда и инсульт – в 3% и 1,8% случаев. Пациенты к 1 году наблюдения имели меньшую частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) (9% против 16,7%), через 5 лет – достоверно меньшее количество смертей (2,9% против 9,3%, $p = 0,018$).

Выводы. Таким образом, приверженность терапии статинами в течение 1 года после ЧКВ достоверно связано с меньшим количеством ССО, а через 5 лет – летальных исходов. После инвазивного лечения пациенты должны регулярно принимать статины, контролируя дозу и уровень ХС ЛПНП для определения приверженности терапии не реже 1 раз в год.

ЭССЕНЦИАЛ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА БУЙРАК АРТЕРИЯЛАРИ ВА ТУРЛИ СЕГМЕНТЛАРИДА ҚОН ОҚИМИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

ТУРАҚУЛОВ Р.И., ГАДАЕВА Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Эссенциал артериал гипертензия мавжуд беморларда дуплекс сканерлаш ёрдамида буйрак артериялари ва турли сегментларида қон оқимини ҳолатини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқод Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида олиб борилди. Тадқиқотда 30 нафар (мос равишда 19 ва 11 нафар, ўртача $58 \pm 6,2$ ёшдаги, эркак ва аёллар) эссенциал АГ ташхиси тасдиқланган беморлар ва 20 нафар (мос равишда 12 ва 8 нафар, ўртача $48 \pm 5,2$ ёшдаги эркак ва аёллар) тизимли қон босими кўтарилмаган амалий соғломлар жалб қилинди. Эссенциал АГ ташхиси ва босқичи уларнинг шикоятлари, анамнези, объектив кўрик ва лаборатор-асбобий текширувлар асосида қуйилди. Буйраклар функционал фаолияти креатинин клеринси, альбуминурия, зардобдаги мочевиная ва креатинин миқдорига асосланди. Буйрак артерияси (БА) ва бўлақлараро артерияларни спекторал доплер ҳолатида резистив индекс (RI), пульсацияланувчи индекс (PI), систола-диастолик нисбат (S/D), тезланиш вақти (AT) тезланиш индекси (AI) таҳлил қилинди.

Тадқиқод натижалари. Назорат гуруҳида PI (ўнг) $-0,86 \pm 0,12$ PI (чап) $-0,87 \pm 0,11$; RI (ўнг) $-0,54 \pm 0,04$ RI (чап) $-0,55 \pm 0,03$; S/D (ўнг) $-2,23 \pm 0,32$ S/D (чап) $-2,26 \pm 0,28$; AT (ўнг) $-53 \pm 6,8$ мс, AT (чап) -51 ± 8 мс; AI (ўнг) $-2,12 \pm 0,56$ мс² AI (чап) $-2,16 \pm 0,5$ мс². Асосий гуруҳда эса ушбу кўрсаткичлар назорат гуруҳига нисбатан PI (ўнг) $-1,08 \pm 0,2$; PI (чап) $-1,08 \pm 0,2$, ($p < 0,05$), RI (ўнг) $-0,62 \pm 0,05$, RI (чап) $-0,63 \pm 0,06$, ($p < 0,05$), S/D (ўнг) $-2,72 \pm 0,48$ S/D (чап) $-2,78 \pm 0,52$, ($p < 0,05$), AT (ўнг) -63 ± 18 мс, AT (чап) -59 ± 20 мс, ($p < 0,01$), AI (ўнг) $-2,4 \pm 1,2$ мс², AI (чап) $-2,42 \pm 1,3$ мс², ($p < 0,05$)ни ташкил этди.

Хулоса. Олинган периферик қаршилик кўрсаткичи фарқлари, эҳтимол АГ билан оғриган беморларда қон томир деворининг қайта тикланиши натижаси бўлиши мумкин. Шунингдек, тезланиш индекси ва вақти кўрсаткичларини ўзгариши мавжуд симпатик нерв тизимини фаоллашуви билан боғлиқ тоник бузилишлар натижасидадир. Медияни силлиқ мушаклар тонусини билвосита белгиларини аниқлаш, аксарият беморларда оғир нефросклероз мавжуд эмаслиги, ҳамда олинган маълумотлар клиник ва лаборатор натижаларга тўла мос келишини кўрсатади.

КАРДИО- И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

УЗАКОВА Н.И., УМАРОВА З.Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести сравнительную оценку динамики гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и изменению СКФ на фоне 3-месячной терапии Лизиноприлом и лерканидипином, и их комбинацией у больных артериальной гипертензией (АГ) 2–3-й степени.

Материал и методы. Обследованы 40 больных АГ 2–3-й степени с наличием ГЛЖ по данным ЭхоКГ, средний возраст $50,3 \pm 4,3$ года, из них 22 мужчины и 18 женщин, с АГ 2-й степени – 24 (60%) человека, 3-й степени – 16 (40%). Средняя длительность АГ составила $6,8 \pm 1,5$ года. У больных помимо контроля артериального давления (АД) определялись:

общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, мочевиная, креатинин), ЭКГ, УЗИ почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) высчитывалась по формуле СКД-ЕПІ. ГЛЖ по данным ЭхоКГ: более 115 г/м^2 у мужчин и более 95 г/м^2 у женщин. Пациенты с АГ 2-й степени рандомизировались в группы монотерапии лизиноприлом 20 мг/сут (1-я группа) и лерканидипином 10–20 мг/сут (2-я группа), с АГ 3-й степени включались в группу комбинированной терапии изучаемыми препаратами (3-я группа). Дозы препаратов титровались до достижения целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт. ст.). Статистический анализ

проводился с применением программы Statistica 7.0.

Результаты исследования. Исходно индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) в 1-й группе составил $128,4 \pm 10,6$ г/м² у мужчин $105,9 \pm 9,5$ г/м² у женщин, во 2-й – $128,9 \pm 15,8$ г/м² у мужчин и $106,1 \pm 10,4$ г/м² у женщин, в 3-й – $129,4 \pm 19,5$ г/м² и $110,8 \pm 14,8$ г/м² соответственно. Через 3 мес терапии ИММЛЖ в 1-й группе достоверно снизился на 12,1% у мужчин и 11,0% у женщин ($p < 0,05$); во 2-й – на 11,5 и 10,7% соответственно ($p < 0,05$). В группе комбинированной терапии зафиксировано более значимое снижение

ИММЛЖ – на 14,3% у мужчин и 14,2% у женщин ($p < 0,05$). СКФ к концу третьего месяца лечения в 1 группе повысилась с 39 ± 5 мм/сек. до 41 ± 4 мм/сек, во 2 группе с 38 ± 5 мм.рт.ст. до 43 ± 4 мм.рт.ст. При комбинированной терапии СКФ повысилась с $35,6 \pm 43,5$ мм/сек.

Выводы. Трехмесячная монотерапия лизиноприлом и лерканидипином привела к достоверному и сопоставимому между собой снижению ИММЛЖ и увеличению СКФ, а использование их в комбинации оказало более выраженное кардио – и нефропротективное воздействие, оцениваемое по степени регресса ГЛЖ.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

УСМАНОВА Д.Н., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., АБДУЛЛАЕВА К.А., КАБУЛЖАНОВА М.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 45 больных ИБС и 61 больного ИБС с СГ. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P < 0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижен на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$).

Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P < 0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза); а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ.

Результаты исследования. Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксином, в поддерживающих дозах 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение А на 48,1%, НА – на 51,2%, ДА – на 70,5%, ДОФА – на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составили 0,07 ед/экст.

Выводы. Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапией.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

УСМАНОВА Н.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., САЛИМОВА Н.Р.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Определить частоту и структуру психологических расстройств, показатели качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во взаимосвязи со значениями фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ)

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов (средний возраст $60,5 \pm 14,5$ лет, средняя давность ХСН $6,0 \pm 3,2$ года) с ХСН с различными значениями ФВЛЖ. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование сердца с определением ФВЛЖ по формуле Симпсон. По данным эхокардиографии признаки ХСН с сохранной ФВЛЖ – ФВ с средним $61,1 \pm 9,2\%$ определялись у 53 (44,2%) пациентов, признаки ХСН с промежуточной ФВЛЖ – ФВ с средним $46,0 \pm 2,7\%$ – у 24 (20%), признаки ХСН с низкой ФВЛЖ – ФВ с средним $28,9 \pm 7,3\%$ – у 43 (35,8%). Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Качество жизни (КЖ), оценивалось с помощью «Миннесотского опросника КЖ пациентов с ХСН (MLHFQ)» в баллах.

Результаты исследования. Согласно результатам психологического тестирования по шкале HADS, признаки психоземональных изменений выявлены у 92 пациентов (76,7%) с ХСН различной ФВЛЖ. Из них пациенты с сохранной ФВЛЖ составили 37 (35%) пациентов, с промежуточной ФВЛЖ – 18 (20%) пациентов, с низкой ФВЛЖ 37 (35,0%) пациентов. Признаки смешанных тревожных и депрессивных переживаний определялись у 64% случаев, изолированной депрессии – в 22,0% и изолированной тревоги – в 14%. Причем, признаки клинически выраженных

смешанных тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) определялись у больных с сохранной и промежуточной ФВ, признаки изолированной депрессии – у пациентов с низкой ФВ. Так, в группе пациентов ХСН с сохранной ФВЛЖ ТДР по шкале HADS выявлены у 62% пациентов, с промежуточной и низкой ФВ соответственно 72% и 59%. Примечательно, что у больных с психологическими расстройствами тревожно-депрессивного круга показатели качества жизни оказались в среднем в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоземональным статусом. А по данным Миннесотского опросника самое плохое качество жизни выявлено у пациентов ХСН с низкой ФВ и изолированной депрессией (82 балл), относительно лучшее качество жизни у пациентов ХСН с сохранной ФВ+ изолированной тревогой (48 балл). Результаты корреляционного анализа в этом направлении выявили достоверно значимые взаимосвязи между ФВЛЖ и уровнем выраженности депрессии ($r=0,44$, $p<0,002$), ФВ и уровнем тревоги ($r=0,58$, $p<0,001$), между уровнем смешанных ТДР ($r=0,48$, $p<0,002$), т.е. чем ниже ФВЛЖ тем более выражены депрессивные тенденции и хуже показатели КЖ.

Выводы. Психологические расстройства тревожно-депрессивного круга с высокой частотой диагностируются у пациентов с ХСН – 76,7%. При этом прослеживается достоверная взаимосвязь между характером и выраженностью психологических расстройств, качеством жизни пациентов и значениями ФВЛЖ. Так, при ХСН с сохранной ФВЛЖ у больных с преобладают сочетанные ТДР и умеренное ухудшения КЖ, а при низких значениях ФВЛЖ – преимущественно изолированная депрессия и худшие показатели КЖ.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

УСМАНОВ Б.Б., ИСЛОМБЕКОВ Д., УЗБЕКОВА Н.Р., КОДИРОВА Г.И., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Выявить и оценить особенности клинических, электрофизиологических и эхокардиографических особенностей заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией (СКМП).

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 10 больных (средний возраст $68,5 \pm 3,7$ года) с СКМП, верифицированной ЭКГ и ЭхоКГ методами. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scape» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты исследования. Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомы – одышка (20%), отек легких (2%), редко встречаются – кардиогенный шок (1 больная), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. СКМП диагностирован у 2% пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60–75 летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56 % этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17 % пациентов имели инверсию зубца T, а 10% имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17 % этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением ин-

тервала QT и преходящими зубцами Q в передне-септальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от СКМП было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых 2х недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие зубца Q, зубца T, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4–6 к подъему в V 1–3 > 1 могут быть высокоспецифичными для СКМП. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20–49 % с последующим повышением до 59–76%, в среднем к 20-му дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки ПЖ. Данный критерий является примерно у 25% обследованных пациентов.

Выводы. Несмотря на большое разнообразие современных методов диагностики, СКМП остается малоизученным заболеванием. Повышение частоты заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардической болью за грудиной, подъемом сегмента ST. Характерны изменения на ЭКГ и ЭхоКГ. Прогноз благоприятный, выздоровление наступает примерно через 2–4 недели после начала заболевания, однако необходима своевременная диагностика и лечение во избежание развития серьезных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

ХАДЖИБАЕВ А.М., АБДУРАХМАНОВ А.А., ОБЕЙД М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицины, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты в настоящее время является обычной процедурой и в центрах с большим опытом сопровождается низкой смертностью и низкой частотой осложнений. Но кривая обучения для процедуры Бенталла относительно длинная, и в центрах с небольшим

объемом такие операции могут сопровождаться относительно высокой частотой летальности и осложнений, связанных с процедурой. Мы решили проанализировать ранние результаты хирургического лечения пациентов с аневризмой восходящей аорты в центре с малым объемом таких операций.

Материал и методы. В это ретроспективное исследование были включены 20 пациентов, оперированных по поводу аневризмы восходящей аорты в период с 2016 по 2019 год. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 2,7$ года (28–70 лет). Средний диаметр восходящей аорты в ее самой широкой части составил $6,5 \pm 0,8$ см (5,2–9,5 см). Во всех случаях, аневризма аорты сочеталась с пороком аортального клапана, из которых в 12 случаях аневризма аорты была вызвана аортопатией, связанной с двустворчатым аортальным клапаном, при этом в двух случаях была диагностирована аортальная регургитация 3-й степени и в 9 случаях – тяжелый стеноз аортального клапана со средним систолическим градиентом 100 мм рт. В других 5 случаях аневризма восходящей аорты сочеталась с симптомным стенозом трехстворчатого аортального клапана, средний градиент на клапане составлял $103 \pm 12,2$ мм.рт.ст., а в остальных 3 случаях аневризма восходящей аорты была связана с синдромом Марфана и сопровождалась выраженной

недостаточностью аортального клапана. Среднее время искусственного кровообращения составило $304,4 \pm 59,2$ мин; среднее время пережатия аорты – $207,5 \pm 55,7$ мин. В 19 случаях была проведена процедура замены корня аорты клапан-содержащим композитным графтом (механический клапан St.Jude Medical; трубчатый сосудистый протез – Vascutek), в трех случаях сопутствующая процедура по шунтированию коронарной артерии. В одном случае была проведена процедура замены изолированного аортального клапана и восходящей аорты.

Результаты. Среднее кровотоечение после операции составило $725 \pm 183,2$ мл. Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила $12,8 \pm 1,2$ дня. В раннем послеоперационном периоде никаких послеоперационных осложнений или смерти не наблюдалось. Средний период наблюдения составил $16,8 \pm 7,2$ месяца, в течение этого периода два пациента умерли от клапан-ассоциированных осложнений (тромбоз протеза клапана и желудочно-кишечное кровотечение).

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ

ХАЛИЛОВА Ф.Х., ТОШЕВА Х.Б., ГАДАЕВ А., ЭРКИНОВА Н.Э., ДЖУРАЕВА Н.О.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Бухоро тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) турли функционал синфларида (ФС) буйрак дисфункциясини креатинин кўрсаткичлари ёрдамида аниқлаш.

Материал ва усуллари. Юрак ишемик касаллиги ва турли бошқа сабабларга кўра СЮЕ ривожланган 280 беморлар алоҳида кузатувга олинди. Уларнинг 46,5% эркалар ва 53,5% аёллар ва ўртача ёшлари $60,1 \pm 9,9$ тенг эди.

Республикамізда аксарият ҳолларда буйрак етишмовчилиги креатинин ёрдамида аниқланишини ҳисобга олиб қондаги унинг даражасини кузатувимиздаги беморлар ёши, камқонлик ва унинг қандли диабет билан биргаликда кечган ҳоллари, СЮЕ ишемик ва ишемик бўлмаган юрак касалликлари ҳамда унинг функционал синфларидан келиб чиқиб таҳлил қилдик.

Тадқиқод натижалари. Беморларнинг 92,9% яъни аксарият қисми, унча катта бўлмаган жисмоний зўриқишлар ёки тинч ҳолатда ҳаво етишмаслик ҳиссига, 11,7% тахипноэга, 68,24% бош айланишига, 97,6% ҳолсизликка, 67,89% тўпиқлардаги шишларга, 3,9% тунги йўталга, 28,2% юрак уриб кетишига ва 56,5% танадаги шиш ҳиссига шикоят қилдилар.

Объектив кўрикда юрак чўққи турткисининг чапга силжиши 87,1%, турли хил патологик шовқинлар 17,25%, периферик шишлар 68,24%, қориндаги шишлар 1,96%, аритмик пульс 10,6% кузатувдаги беморларда аниқланди. 60 ёшгача бўлган беморлар қонида креатинин кўрсаткичи $74,9 \pm 17,7$ ва 60 ҳамда ундан катта ёшдагиларда $98 \pm 21,9$ мкмоль/л ($P > 0,05$) ташкил қилди. Шунингдек бу биокимёвий кўрсаткич кузатувдагиларда гемоглобин даражасидан келиб чиқиб солиштирилди. Камқонлик мавжуд бўлган (гемоглобин $112,43 \pm 12,0$ г/л) беморларда креатинин $119,64 \pm 13,7$ мкмоль/л ва у аниқланмаган ҳолларда (гемоглобин 134 ± 9 г/л) бу кўрсаткич $89,6 \pm 8,5$ мкмоль/л тенг бўлди ($P > 0,01$). СЮЕ камқонлик ва қандли диабет билан бирга коморбид ҳолатда кечганда уларсиз кечаётган беморларга нисбатан креатинин кўрсаткичлари мос равишда $125 \pm 14,3$ ва $89,6 \pm 8,5$ мкмоль/л ни ташкил қилди ($P > 0,01$). Шунингдек, биз кузатувдаги беморларни СЮЕ олиб келган сабаблардан келиб чиқиб икки гуруҳга ажратиб қондаги креатинин кўрсаткичларини солиштирдик. ЮИК оқибатида ривожланган СЮЕ мавжуд беморларда кўрсаткич $116,5 \pm 15,1$ мкмоль/л ва

бошқа турли сабаблар оқибатида ушбу асорат ривожланганда $105,0 \pm 12,3$ мкмоль/л ($P < 0,05$) бир биридан ишончли фарқ қилмади. СЮЕ функционал синфларидан келиб чиқиб, креатинин кўрсаткичлари солиштирилганда I-ФС $-83,2 \pm 2,8$, II-ФС $101 \pm 3,8$, III-ФС $128 \pm 5,4$, IV-ФС $138,9 \pm 9,1$ мкмоль/л ни ташкил этди.

Хулосалар. Таҳлиллар СЮЕ мавжуд беморлар ёши, касалликнинг коморбид ҳолатларда кечиши ва унинг функционал синфларига мос равишда

креатинин миқдорининг ошиб боришини кўрсатди. Унга олиб келган касалликдан қатъий назар ушбу биокимёвий кўрсаткичда фарқ аниқланмади. Ўтказилган таҳлил СЮЕ мавжуд беморларнинг бир қисмида буйрак фаолиятида ўзгаришлар юз беришини тасдиқлайди. Буйраклар дисфункцияси СЮЕ функционал синфлари оғирлашиб борган сари кучаяди ва бу жараён коморбид ҳолатларда янада яққолроқ намоён бўлади.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

ХАМИДОВА Г.М., САИПОВА М.Л., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М., НУРМУХАМЕДОВА Д.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить уровень антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТАГ) перикарда, эндокарда, миокарда, артерий и вен, как прогностического критерия степени и глубины поражения сердечно-сосудистой системы в зависимости от различных доз и экспозиции электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИРЧ) в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент проводили на 36 белых крысах массой 220–280 г. Для опыта крысы были поделены на 4 группы (по 10 животных в каждой опытной и 6 в контрольной группе): 1 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 50 мкВт/см^2 и частотой 1800 МГц; 2 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 500 мкВт/см^2 ; и частотой 1800 МГц; 3 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ в 1000 мкВт/см^2 ; и частотой 1800 МГц; 4 группа – контрольная без воздействия ЭМИРЧ.

Экспозиция облучения составила 3 мес. По окончании эксперимента все животные были умерщвлены согласно международным нормам и правилам. Для исследования забирали кровь животных.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов динамики показателей АСЛ к ТА сердца и сосудов крыс-самцов в зависимости от различных доз электромагнитного излучения через 3 месяца после облучения показал, что по мере нарастания дозы облучения происходило нарастание степени деструкции со стороны вышеуказанных органов и тканей. Так, нами выявлено, что уровень АСЛ в 1 группе экспериментальных животных, которые подвергались электромагнитному облучению в 50 мкВт/см^2 в течение 3-х месяцев был достоверно выше относительно показателей интактных животных. Так, показатели АСЛ к ТА перикарда ($6,40 \pm 0,58\%$), эндокар-

да ($7,20 \pm 0,51\%$) и миокарда ($6,30 \pm 0,45\%$) крыс-самцов были в 3,15; 4,3 и 3,1 раза выше показателей контрольных крыс $1,50 \pm 0,43\%$; $2,33 \pm 0,21\%$ и $2,00 \pm 0,45\%$ соответственно. Анализ показателей АСЛ к ТА сердца 2 группы животных показал, что они также значительно отличаются от соответствующих значений интактных животных – в 11,6 раз ($11,10 \pm 0,78\%$ и $1,50 \pm 0,43\%$ соответственно, $P < 0,05$); эндокарда – в 5,5 раз ($12,90 \pm 1,21\%$ и $2,33 \pm 0,21\%$ соответственно, $P < 0,05$) и миокарда – в 9,4 раза ($18,80 \pm 0,55\%$ и $2,00 \pm 0,45\%$ соответственно, $P < 0,05$).

Сравнительный анализ показателей АСЛ к ТА сосудов (артерий и вен) крыс, подвергнутых различным дозам облучения показал, что в 1 группе животных эти значения в 3,2 и 3,7 раз соответственно были выше контрольного уровня ($6,90 \pm 0,42\%$ и $6,70 \pm 0,42\%$ при контроле $2,17 \pm 0,54\%$ и $1,83 \pm 0,40\%$, соответственно, $P < 0,001$). Во 2 группе животных АСЛ к ТА артерий и вен эти показатели отличаются уже в 7,8 и 8,6 раза от контрольных значений ($16,90 \pm 0,94\%$ и $15,90 \pm 1,04\%$ при контроле $2,17 \pm 0,54\%$ и $1,83 \pm 0,40\%$, соответственно, $P < 0,001$). Наиболее высокие значения АСЛ к ТА артерий и вен определены в 3 группе крыс, показатели которых в 11,2 и 10,8 раз превышали значения интактных животных ($24,40 \pm 0,96\%$ и $19,70 \pm 0,52\%$ при контроле $2,17 \pm 0,54\%$ и $1,83 \pm 0,40\%$, соответственно, $P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что развитие патологических процессов в органах и системах живого организма происходит уже при небольших дозах облучения, с увеличением дозы и длительности облучения в исследованных органах и тканях наблюдаются выраженные деструктивные изменения, диагностическим и прогностическим критерием глубины, поражения которых могут служить АСЛ к ТА.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПРОГНОЗ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., МУХАММЕДОВА Н.А., АЛЛАБЕРДЫЕВ А.А., ИЛАМАНОВА Д.

Туркменский Государственный медицинский университет им. М. Каррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Проанализировать роль факторов риска в прогнозе повторного инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин до 45 лет с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включено 114 мужчин (в возрасте от 25 до 45 лет) с повторным ИМ. Из наблюдаемых больных умерли 11 пациентов в различные сроки пребывания в стационарах. У 96 (84,2%) больных был один повторный ИМ, у 18 (15,8%) – два. ИМ диагностировался согласно рекомендациям экспертов ВОЗ (1981). 25 (22%) больных ИМ выполнена коронароангиография. Наличие АГ, уровни артериального давления (АД), стадии гипертонической болезни оценивали по классификации ВОЗ/МОАГ (1999). Пациенты с симптоматической АГ в исследование не включались. Осложнения ИМ группировали по классам с учетом ведущего синдрома поражения миокарда, комбинации осложнений ИМ оценивали по соответствию их какой-либо из групп. Ультразвуковое исследование сердца проводили согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества. Исследование выполняли в первые часы и в конце 4 недели заболевания. Оценка прогноза ранней летальности среди пациентов с ИМ проводилась посредством расчета прогностического внутри госпитального индекса R. M. Norris.

Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 8.0» с использованием корреляционного анализа по Спирмену.

Результаты исследования. При изучении взаимосвязей, характеризующих приверженность больных с АГ к вредным привычкам (длительностью и интенсивностью курения ($r=0,06$, $p>0,5$) и употреблением алкоголя ($r=-0,02$, $p>0,5$) не влияют на прогностический индекс летальности у больных повторным ИМ.

Установлено, что на прогностический индекс летальности у мужчин с повторным ИМ существенное влияние оказывает возраст ($r=0,21$, $p<0,05$), систолическое ($r=0,35$, $p<0,01$), диастолическое АД ($r=0,31$, $p<0,01$), наследственная отягощенность ($r=0,15$, $p<0,05$), концентрация ХС ЛПНП ($r=-0,32$, $p<0,01$), ФВ ($r=-0,55$, $p<0,01$), ФУ ($r=-0,48$, $p<0,01$), ИММЛЖ ($r=0,29$, $p<0,01$), среднее давление в легочной артерии ($r=0,37$, $p<0,01$), размеры левого предсердия ($r=0,38$, $p<0,01$), конечно-диастолический размер ($r=0,31$, $p<0,01$) и объем ($r=0,36$, $p<0,01$) левого желудочка.

Выводы. Таким образом, наибольшее влияние среди факторов риска инфаркта миокарда и состояния сердечно-сосудистой системы на прогноз заболевания у больных повторным ИМ с артериальной гипертензией оказывают: степень систолической и диастолической дисфункции миокарда, дилатация левых камер сердца, нарушения показателей центральной и легочной гемодинамики.

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., КУЛЫЕВА А., ЧАРЫЕВ Р.А., ПЕНДЖИЕВА Д., ЧЕРКЕЗОВА А.А.

Туркменский Государственный медицинский университет им. М. Каррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить роль вегетативной нервной системы в развитии персистирующей фибрилляции предсердий (ПФП) в зависимости от гендерных различий у больных ИБС и АГ.

Материал и методы. Анализ проводили у 80 больных ИБС и АГ с ПФП на фоне сохранной систолической функции ЛЖ и 20 здоровыми лицами. Анализ вариабельности ритма сердца проводили в соответствии с рекомендациями рабочей группы Европейского общества кардиологов и электрофизиологов Северной Америки

Результаты исследования. У пациентов в основной группе показатель VAR оказался на 34,6% больше, чем в группе сравнения, однако у мужчин его значения были на 14,9% меньше, а у женщин на 60,6% больше, чем у обследованных без ПФП. Отмечались корреляции VAR с количеством единичных наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) ($r=0,74$, $p<0,04$). Значения AVNN оказались сопоставимыми в обеих группах, хотя у мужчин в основной группе они регистрировались на 14,4% меньше ($p<0,04$), а у женщин на

3,3% больше, чем в группе сравнения. Показатель SDNN у мужчин и женщин с ПФП оказался на 11,2% и 14,6% соответственно больше, чем в отсутствие аритмии. Значения pNN50 и SDNNind при регистрации эпизодов ПФП оказались на 40,4% и 33,9% меньше у мужчин ($p<0,01$), а у женщин на 37,5% и 23,8% больше, чем в отсутствие пароксизмов. Показатель RMSSD в основной группе оказался на 24,2% больше, демонстрируя у женщин увеличение на 36,4% по сравнению с больными без зарегистрированных рецидивов ПФП. При этом, значения RMSSD у больных с ПФП коррелировали с количеством одиночных (НЖЭ) – $r=0,89$ ($p<0,001$). У мужчин и женщин в основной группе показатель SDANN оказался на 18,5% и 7,8% соответственно больше, чем в группе сравнения. Значения VLF и LF у мужчин в 1-й группе были на 56,7% и 59,3% соответствен-

но меньше ($p<0,01$), а у женщин на 95,7% и 29,4% больше, чем во 2-й ($p<0,05$). Показатель HF у мужчин и женщин в 1-й группе, напротив, был на 46,9% и 15,3% соответственно меньше, чем во 2-й группе. Меньшие значения при регистрации рецидивов ПФП демонстрировал и pHF: у мужчин – на 36,4%, у женщин – на 19,4%. Индекс LF/HF у больных в основной группе оказался на 23,2% больше, чем в группе сравнения. Однако, имелись половые различия: у мужчин с зарегистрированными рецидивами ПФП его значения были на 22,8% меньше ($p<0,04$), а у женщин, напротив, на 50% больше ($p<0,05$).

Выводы. Рецидивы ПФП могут быть обусловлены нарушением симпатико-парасимпатического взаимодействия и с усилением симпатической стимуляции и в большей степени это выражено у женщин.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА АСПИРИН УЗОҚ МУДДАТ ҚЎЛЛАНИЛИШИДА ТРОМБОЦИТЛАРНИНГ АГРЕГАЦИОН ФАОЛЛИК ҲОЛАТИ

ХОДЖАНОВА Ш.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) мавжуд беморларда тромбоцитлар агрегацион активлигини баҳолаш ва аспиринга резистентликни аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотда 2019 йилда РИТ ва ТРИАТМда даволаниб келаётган 118 та ЮИК нинг сурункали шакллари билан стационар даволаниб келаётган беморлар (стабил зўриқиш стенокардияси ФС II билан 97та (82,2%) ва стабил зўриқиш стенокардияси ФС III 21та (17,7%)) иштирок этди. Ўртача ёш $62,1 \pm 2,3$ ни ташкил этди. Беморлар аспирин қабул қилиш давомийлиги бўйича 4 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳга аспирин қабул қилмаган беморлар, 2 гуруҳга 1 йилгача аспирин қабул қилган беморлар, 3 гуруҳга 1 йилдан 5 йилгача аспирин қабул қилган беморлар ва 4 гуруҳга 5 йилдан охиқ муддат аспирин қабул қилган беморлар кирди. Бундан ташқари тромбоцитлар агрегациясини аниқлаш натижалари бўйича аспиринрезистентлик ҳолати мавжуд ва мавжуд эмаслигига қараб беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Барча беморлар клиник ва лаборатор текширувлардан ўтказилди. Спонтан ва аденозиндифосфат (АДФ) билан индуцирланган тромбоцитлар агрегацияси даражасини LA230 «Биола» икки каналли лазерли анализаторда аниқланди. Методда тромбоцитларга бой намуна ва плазмага АДФ индукторининг 0,1; 1,0 и 5,0 мкг/мл концентрациялари қўлланилди. Олинган натижалар компьютерга AGGR программаси бўйича

киритилди. 5,0 мкмоль АДФ қўлланилган тромбоцитлар агрегацияси жараёни фаоллиги нормал чегараси 25-72% ни ташкил этади. Резистентлик критерияси бўлиб тромбоцитлар агрегацияси даражаси 5,0 мкмоль АДФ $\geq 72\%$ этиб олинди. Натижаларни статистик қайта ишлашда Statistica 6.0 программасидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. 1 гуруҳда ўртача агрегация даражаси 71,2%ни, 2 гуруҳда 33,2%ни, 3 гуруҳда 42,2%ни ва 4 гуруҳда 68,8%ни ташкил этди. Тромбоцитлар агрегацияси фаоллигини текшириш натижалари бўйича 24 та (20,3%) беморда аспиринрезистентлик аниқланди ва уларнинг 5,0 мкмоль АДФли тромбоцитлар агрегацияси ўртача даражаси 79,1%ни ташкил этди. Уларнинг асосий қисми 4 гуруҳ беморларига тўғри келгани туфайли ушбу гуруҳ беморлари алохида анализ қилинди (24 та бемордан 18 таси). Аспиринга ноадекват жавоб асосан аёллар ва кекса ёшдаги беморларда кузатилди (72% ва 81%). Аспиринга резистентлик мавжуд беморлар гуруҳида мультифокал атеросклероз ва артериаль гипертензия кўпроқ учради, аммо улар ишончлилиқ даражасига етмади. Аспиринга кўпроқ резистентлик қандли диабет мавжуд бўлган беморларда (24 тадан 17 тасида, 70,8%) ($p=0,04$) ва семизлик мавжуд беморларда (24 тадан 15 тасида, 62,5%) ($p=0,05$) кузатилди. Лаборатор кўрсаткичлар бўйича аспиринрезистентлик мавжуд беморларда холестерин ва глюкозанинг юқори даражаси аниқланди.

Хулоса. Ацетилсалицил кислотага агрегацион резистентлик юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида аниқланди. Ушбу беморлар аспиринни 5 йилдан кўп муддат қабул қилган, аёллар ва кекса ёшдаги беморларга тўғри келди.

Агрегацион аспиринрезистентлик ҳолати гипертония касаллиги, қандли диабет ва гиперлипидемия каби касалликлардаги сурункали гипоксия ва эндоген интоксикациянинг асорати сифатида ривожланган бўлиши мумкин.

ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ХУСАНОВ Р.А., ПУЛАТОВ О.Я., КАМИЛОВА У.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка процессов ремоделирования у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 86 больных ИМ с зубцом

Q. Оценка процессов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) проводилось эхокардиографическим методом.

Результаты исследования. По данным ЭхоКГ, выполненной на 10-12 сутки Q-ИМ, систолическая дисфункция ЛЖ ($ФВ < 40\%$) имело место у 14 (16,2%) больных, у 31 (36,1%) больных отмечалось умеренное снижение сократительной функции ЛЖ ($40 < ФВ < 50\%$) и у 41 (47,7%) больных величина $ФВ$ ЛЖ была выше 50%. Нарушения диастолической функции наблюдалось в 73,2% (63 больных) случаях. У 33 (52,4%) больных выявлен I тип ДДЛЖ (замедленная релаксация), у 19 (30,1%) II тип – (псевдонормальный тип) и у 11 (17,5%) III тип (рестриктивный тип) ДДЛЖ. Анализ эхокардиографических признаков раннего локального ремоделирования ЛЖ – закругление верхушки, парадоксальное выбухание стенки в зоне повреждения

были выявлены у 23 (26,7%) больных, митральная регургитация (МР) I степени – у 15 (17,4%), МР II степени – у 9 (10,5%) больных. В целом по группе один из этих неблагоприятных эхокардиографических признаков или их комбинацию ($30\% < ФВ < 40\%$ и/или МР и/или локального ремоделирования зоны инфаркта) имели 36 (41,9%) больных. Одновременно 2 признака выявлено у 13 (15,1%) пациентов: по 4 (4,6%) случая сочетания систолической дисфункции с МР I степени и признаков раннего локального ремоделирования с МР I степени, и 9 (10,4%) случаев сочетание систолической дисфункции с локальным ремоделированием. Изучение эхокардиографических показателей в зависимости от локализации ИМ показало, что параметры ремоделирования миокарда, степень нарушения как систолической, так и диастолической функции миокарда при передней локализации ОИМ и повторном ИМ носят более значимый характер.

Таким образом, у больных ИМ отмечались как нарушения систолической, так и диастолической функции ЛЖ, характеризующиеся преобладанием диастолической дисфункции ЛЖ.

ТРИГЛИЦЕРИД-ГЛЮКОЗНЫЙ ИНДЕКС КАК ОПОСРЕДОВАННЫЙ МАРКЕР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ШКАПО В. Л., НЕСЕН А. А., ЧЕРНЫШОВ В. А., ВАЛЕНТИНОВА И. А.

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить ассоциации триглицерид-глюкозного индекса (ТГГИ) с метаболическими факторами сердечно-сосудистого риска у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование по данным историй болезни вошли результаты обследования 255 пациентов – 123 (48,2 %) женщин и 132 (51,8 %) мужчин в возрасте от 23 до 79 лет (средний возраст $59,39 \pm 1,09$ лет) с ГБ II-III стадии, которые по триглицерид-глюкозному индексу были распределены на две группы: ТГГИ $\leq 4,81$ ед.

($n=134$) и ТГГИ $> 4,82$ ед. ($n=121$). Величину ТГГИ $> 4,82$ ед. считали признаком инсулинорезистентности (ИР) в мышцах. Об отсутствии ИР свидетельствовала величина ТГГИ $\leq 4,81$ ед. Определяли содержание мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови. Гиперурикемией (ГУЕ) считали повышение уровня МК у женщин более 0,360 ммоль/л и более 0,420 ммоль/л у мужчин. Липидограмма пациентов содержала 6 показателей липидного обмена: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицери-

ды (ТГ), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и коэффициент атерогенности (КА). Дополнительно определяли содержание холестерина (ХС) в составе не-ЛПВП (разница между уровнями ОХС и ХС ЛПВП) и рассчитывали величины липидных соотношений, которые отражают функционирование липидотранспортных систем: системы прямого транспорта ХС (ХС ЛПНП/ХС ЛПВП и ХС не-ЛПВП/ОХС), обратного транспорта ХС (ОХС/ХС ЛПВП) и системы липопротеидлиполиза.

Результаты исследования. Анализ показателей липидного, углеводного и пуринового обмена у пациентов с ГБ в зависимости от наличия ИР учитывая ТГГИ свидетельствует, что в случае снижения чувствительности тканей к инсулину состояние липидного обмена ухудшается преимущественно за счет нарушений в системе липопротеидлиполиза ТГ-содержащих липопротеидов и системе обратного транспорта ХС, о чем свидетельствует увеличение сывороточной концентрации ТГ в 2,26 раза ($p < 0,0001$) и величины липидного соотношения ТГ/ХС ЛПВП в 2,88 раза ($p < 0,0001$). Задержка ХС в периферических тканях у пациентов с ИР (ТГГИ $> 4,82$ ед.) сопровождается снижением сывороточного содержания ХС ЛПВП на 16,7 % ($p < 0,0001$) и ростом величины липидного соотношения ОХС/ХС ЛПВП в среднем на 33,7 %

($p < 0,0001$). Недостаточная эффективность функционирования системы обратного транспорта ХС при наличии ИР, по результатам проведенного исследования, также подтверждается ростом величины липидного соотношения ХС ЛПНП/ХС ЛПВП на 26,3 % ($p < 0,0008$), что говорит о преимуществе поступления ХС к периферическим тканям. Липидный профиль пациентов с ГБ и ИР отличается дополнительным повышением сывороточных концентраций ХС не-ЛПВП в среднем на 24,8 % ($p < 0,0001$) в сравнении с лицами без ИР. По отношению к ОХС (показатель ХС не-ЛПВП/ОХС) такое повышение составляет 18,2 % ($p = 0,02$). Показатель ХС не-ЛПВП насчитывает ХС как в составе ЛПНП, так и в составе обогащенных ТГ частичек ЛПОНП. Средняя концентрация МК в сыворотке крови не превышала норму (0,360 ммоль/л) в группах пациентов, которые сравнивались по ТГГИ, но была на 10,7 % ($p = 0,005$) выше при ТГГИ $> 4,82$ ед.

Выводы. Ассоциация ТГГИ у пациентов с ГБ и атерогенной дислипидемией реализуется через нарушения в системе липопротеидлиполиза ТГ-содержащих липопротеидов и системе обратного транспорта холестерина, о чем свидетельствуют достоверные различия показателей липидного обмена. Ассоциация ТГГИ с гипергликемией и изменениями содержания МК реализуется через такие метаболические факторы, как нарушение толерантности к глюкозе, и гиперурикемию.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА АЛЬБУМИНУРИЯНИНГ КУЗАТИЛИШИ

ЭРКИНОВА Н.Э., ДЖУРАЕВА Н.О., ГАДАЕВ А., ХАЛИЛОВА Ф.Х., ТОШЕВА Х.Б.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Бухоро тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) турли функционал синфлари (ФС), бемор ёши ва камқонликнинг учрашидан келиб чиқиб альбуминурия даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Кузатувимизда бўлган 323 СЮЕ чалинган беморлар орасида альбуминурияни учраш сонидан келиб чиқиб ёш, касалликнинг ФС, коморбид ҳолатлар (камқонлик), асоратга олиб келган сабаблар бўйича таҳлил қилдик. Уларнинг 150 нафари эркаклар (46,43%) ва 173 нафари аёллар (53,57 %) эди.

Тадқиқод натижалари. 60 ёшгача бўлган беморларнинг 24,8%да альбуминурия аниқланган бўлса, ундан катта ёшдагиларни 35,1% бу ҳолат қайд этилди ($P > 0,01$). Альбуминурия аниқланмаган ҳолларда микроальбуминурия синамалари ўтказилганда СЮЕ мавжуд беморлар орасида сийдикда оқсил аниқланганлар сони сезиларли юқори бўлишидан далолат бе-

ради. Бу қатор адабиётлардаги маълумотларга мос келади. Шу билан бир қаторда ёш ошиб борган сари СЮЕ чалинган беморлар орасида буйраклар дисфункцияси кучайиб боришини тасдиқлайди. Кузатувдаги 323 беморларда СЮЕ ФС келиб чиқиб альбуминурия учраганлар сони ўрганилди. Бунда I-ФС беморлар ёши $54,8 \pm 9,3$, II-ФС $54,4 \pm 10,3$ ва III-ФС $64,5 \pm 9,9$ тенг эди. Таҳлиллар I-ФС 12,3% ҳолларда, II-ФС 18,5%, III-ФС 29,1% беморларда альбуминурия мавжудлигини тасдиқлади. СЮЕ мавжуд беморларда ФС оғирлашиб борган сари альбуминурияга учраганлар сони параллел равишда ортиб боришини кўрсатди. Шунингдек СЮЕ чалинган беморлар камқонлик мавжуд бўлган ва гемоглобин кўрсаткичи меъёрида бўлган икки гуруҳга бўлиниб альбуминурия аниқланганлар сони ўрганилди. Уларнинг ўртача ёши мос равишда $65,64 \pm 10,13$ ва $57,9 \pm 9,1$ да эди. Қонда гемогло-

бин кўрсаткичлари $112,4 \pm 10,2$ ва $134,9 \pm 8,9$ г/л ($P > 0,01$) тенг эди. Бунда камқонлик аниқланган гуруҳнинг 35,6%, гемоглобин меъёрида бўлганларнинг 24,3% протеинурия аниқланди.

Кузатувдагиларнинг аксариятига СЮЕ келиб чиқишига ЮИК олиб келган бўлса ҳам уларнинг бир қисмига қатор бошқа юрак касалликлари жумладан унинг нуқсонлари, кардиомиопатиялар ва бошқалар сабаб бўлган. Улар сони мос равишда 264 ва 59 кишини ташкил қилди. Беморлар ёши биринчи гуруҳда $60,9 \pm 9,4$ ва иккинчи гуруҳда $56,1 \pm 6,1$ тенг

эди. ЮИК негизида СЮЕ ривожланган беморларнинг 33,5%да, бошқа сабабларга кўра ривожланганларнинг 26,4% протеинурия аниқланди ($P > 0,05$).

Хулосалар. Таҳлиллар альбуминурия аниқланган беморлар сони СЮЕ чалинганларнинг ёши, камқонлик мавжудлиги, касаллик ФС оғирлик даражасига мос равишда ўсиб боришини тасдиқлайди. Бу ҳол альбуминурия даражасини СЮЕ кечишини оғирлаштирувчи бошқа патогенетик механизмлар билан биргаликда ўрганишни тақозо этади.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ

ЮЛДАШЕВА С.Л., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., КАБУЛЖАНОВА М.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Определение роли матриксных металлопротеиназ MMPs (MMP-3) и тканевого ингибитора металлопротеиназ (TIMP-1) в формировании ГКМП.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 33 человека: из них 18 больных с ГКМП (12 мужчины и 6 женщины) и 15 здоровых добровольцев (7 мужчин и 7 женщин), которые составили контрольную группу. Средний возраст наблюдавшихся составил $43,5 \pm 11,2$ года и не имел существенного различия между группами. По вариантам клинического течения больные ГКМП были рандомизированы на 3 подгруппы: 1-ая стабильное течение, $n=6$ (33,3%); 2-ая с фибрилляцией предсердий (ФП), $n=10$ (55,5%), 3-ая прогрессирующее течение, $n=2$ (11,1%). Больным было проведено эхокардиографическое исследование (Vivid7 Dimension/Vivid 7 PRO версия 6.0.x, Германия) проводили по методу двухмерной эхокардиографии с использованием М и В режимов, а также с использованием импульсно-волнового доплеровского и непрерывно-волнового доплеровского режимов. На основе количественного твердофазного иммуноферментного анализа всем исследуемым больным проводили определение биологических маркеров: MMP-3 с использованием набора «BMS2014 Bender Medsystems Матриксная металлопротеиназа-3 (MMP-3), 96»; TIMP-1 с использованием набора «BMS2018 Bender Medsystems Тканевой ингибитор металлопротеиназы-1 (TIMP-1), 96».

Результаты исследования. В ходе выполнения исследования было установлено, что средний уровень TIMP-1 в группе больных ГКМП был ниже, чем в контрольной группе, при этом самые низкие значения этого показателя были отмечены у больных с вариантом ФП. В этой же группе больных была статистически значимо повышен уровень MMP-3. Вероятно, наблюдаемое нарушение соотношения MMP-3 и TIMP-1, у больных с клиническим вариантом ФП, отражает дисбаланс процессов синтеза и распада коллагена и усиление дегградации внеклеточного матрикса, что обуславливает дилатацию полостей сердца и индицирование образования фиброза. Выраженная дилатация полости левого предсердия и интерстициальный фиброз лежат в основе развития ФП. При варианте прогрессирующего течения, напротив, наблюдалось повышение концентрации TIMP-1 и снижение концентрации MMP-3, что может свидетельствовать об активации процессов образования коллагена у таких больных. Повышенный фиброз приводит к развитию выраженной диастолической дисфункции, обуславливающей хроническую сердечную недостаточность у больных с вариантом прогрессирующего течения.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что определение уровней маркеров MMP-3 и TIMP-1 можно использовать для прогнозирования течения ГКМП.

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ИХ АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

ЮЛДАШОВ Б.А., ЮЛДОШЕВ Н.П., КАРИМОВА Д.А., ЭШПУЛАТОВ А.С.

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

Цель исследования. Анализ некоторых ангиографических показателей у больных с нестабильной стенокардией (НС) в зависимости от её формы.

Материал и методы. В исследование было включено 107 больных с различными формами НС. Средний возраст обследуемых составил $58,35 \pm 9,16$ лет. В целом по группе преобладали лица мужского пола (количество мужчин – 82 и количество женщин – 25). По нозологической структуре был проведен подробный анализ ангиографических характеристик в зависимости от формы НС. Для этого основная группа пациентов была разделена на три подгруппы:

А-подгруппа – 84 человека с ПСН;

В-подгруппа – 12 больных с ВВС;

С-подгруппа – 11 пациентов с РПС.

Результаты исследования. Анализ типов стенотических поражений по классификации АСС/АНА в зависимости от формы НС выявил, что при ПСН и РПС чаще регистрировались поражения С-типа, составив свыше 70,0% случаев, а при ВВС в наибольшем количестве случаев отмечался А-тип, составив 75,0% случаев.

Сумма всех пораженных сегментов в А-подгруппе составила 116, при этом на 1 больного в среднем пришлось 1,38 стенозированных сегментов. В В-подгруппе общее количество пораженных сегментов = 21, что в пересчете на 1 больного составило 1,75. В С-подгруппе ана-

логичные данные составили 16 и 1,45, соответственно.

Правый тип кровоснабжения (КС), часто-встречаемый, у больных с ПСН имел место в 86,9%; у пациентов с ВВС – в 75,0% и у больных с РПС – в 81,8% случаях. Левый тип КС у больных с ПСН регистрировался у 9,5%; у пациентов с ВВС – 8,3% и у больных с РПС – 9,1% случаев. Сбалансированный тип КС имел место в 3 (3,6%); 2 (16,7%) и 1 (9,1%) случаях, соответственно среди больных А, В и С-подгрупп.

Однососудистые поражения в наибольшем количестве имели место среди пациентов А-подгруппы, т.е. у больных с ПСН. Двухсосудистые поражения, напротив, чаще регистрировались у респондентов В-подгруппы, т.е. с диагнозом ВВС, при этом у 4 (33,3%) человек при проведении КАГ стенотических изменений в венечных артериях выявлено не было. У пациентов С-подгруппы соотношении случаев одно- / двухсосудистых поражений составило, примерно 1 / 1 (точнее 1,2 / 1).

Выводы. При ПСН и РПС чаще фиксировались стенозы С-типа (> 70,0% случаев), а при ВВС в наибольшем количестве случаев отмечался А-тип, (75,0% случаев). Соотношение случаев одно- / дву-сосудистых поражений при ПСН составило 2,5 / 1, при ВВС – 1 / 2 и при РПС – 1 / 1. При ВВС в 1/3 случаев диагноз был обусловлен вазоспазмом, поскольку поражений венечных артерий выявлено не было.

СТЕНОЗ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПО ОПЕРАЦИИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

ЮЛДАШОВ Б.А., ЮЛДОШЕВ Н.П., ХОЛИКУЛОВ С.Ш.

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

Цель исследования. Оценка эффективности нового метода хирургической коррекции аортального стеноза в условиях клиники РСНПМЦК – собственный опыт

Материал и методы. Представлены результаты 11 пациентов, пролеченных в условиях клиники РСНПМЦК, у которых был диагностирован критический стеноз аортального клапана (КАК). Всем пациентам проводились общеклинические лабораторные и функциональные исследования. За-

мена аортального клапана проводилась посредством транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК).

Результаты исследования. Для больных КАК, по данным нашего исследования, характерными особенностями оказались пожилой возраст (74,55 лет), женский пол (63,6%), коморбидность с АГ (90,9%) и ХОБЛ (54,6%).

Со стороны лабораторных данных характерными оказались анемический и воспалительный

синдромы с тенденцией к гипокоагуляции, однако, выявленные особенности не исключают влияние возрастного фактора.

Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики выявил закономерное утолщение свободных стенок миокарда ЛЖ, при этом ФВ ЛЖ составила 54,4%.

Выводы. Основные ограничения данного исследования – дорогая стоимость и малая численность исследуемых выборок пациентов. Возможно, с накоплением числа наблюдений и расширения клинического опыта результаты будут совершенствоваться и конкретизироваться.

ПОРАЖЕНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ

ЮЛДОШЕВ Н.П., АТАМУРАТОВ Б.Р., НОРБОЕВ А.А., МАДРАХИМОВ Н.К.

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

Цель исследования. Оценка ангиографических особенностей поражения ствола левой коронарной артерии (СЛКА)

Материал и методы. В условиях клиники РСНПМЦК МЗ РУз за 1 календарный год в период с 01.01.2018г по 31.12.2018г было пролечено 66 больных с поражением СЛКА. Средний возраст обследуемых составил $62,8 \pm 9,3$ (от 42 до 77) лет. Количество мужчин было 45 (68,2%) и женщин – 21 (31,8%).

Результаты исследования. Изолированное поражение СЛКА имело место лишь у 1 (1,5%) больного; 2-сосудистые поражения отмечались в 5 (7,6%) случаях; 3-сосудистые – в 18 (27,3%) случаях. У остальных 42 (63,6%) пациентов были зарегистрированы многососудистые поражения. По классификации «А,В,С» для поражений СЛКА наиболее свойственными оказались типы «А» и «С»

(29 и 25 больных, соответственно), при этом в случае многососудистого повреждения преобладал тип «С» (40,5% vs 33,3%). Локализация поражений СЛКА чаще регистрировалась в дистальном сегменте, независимо от количества вовлеченных сосудистых бассейнов (75,0% и 80,9%). Наиболее характерными категориями поражений СЛКА по классификации МЕДИНА оказались категории 1,1,1 и 1,1,0, при этом существенных возрастно-гендерных различий в рассматриваемых категориях выявлено не было. Однако, стволые поражения категории 1,1,1 характеризовались вовлечением большего количества сосудистых бассейнов и большим процентом стенозов (оба $p < 0,05$).

Выводы. Поражения СЛКА в большинстве случаев носят многососудистый характер, локализуются чаще всего в дистальном сегменте и относятся к категории сложных сосудистых поражений.

ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТИПЫ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ

ЮЛДОШЕВ Н.П., НАГАЕВА Г.А. ЮЛДАШОВ Б.А. АТАМУРУДОВ Б.Р.

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

Цель исследования. Оценка 1-годичного прогноза при нестабильной стенокардии (НС) в зависимости от её формы и от типа имплантируемых устройств.

Материал и методы. В исследование было включено 107 больных с различными формами НС (84 человека с ПСН; 12 больных с ВВС; 11 пациентов с РПС). Для решения поставленной задачи пациенты были разделены на группы в зависимости от типа имплантируемых устройств: 1гр. – 40 человек с установленными стентами с покрытием эверолимус (EES); 2 гр. – 38 больных со

стентами, покрытыми зотаролимусом (ZES) и 3гр. – 25 респондентов с установленными саморассасывающимися каркасами (BVS); у 4 больных с диагнозом ВВС – при проведении КАГ-исследования критических стенозов венечных артерий выявлено не было и им не были установлены стенты. Выбор имплантов осуществлялся на основании индивидуальных ангиографических характеристик каждого пациента.

Результаты исследования. Оценка прогноза жизни обследуемых, за 12-месячный период наблюдения, не выявила ни одного смертельного

случая*, т.е. все пациенты на 1-годичном этапе были живы. В группе больных с установленными EES – стентами общее значение MACE за весь период наблюдения составило 7,5%; в группе ZES – 2,6% и в группе BVS – 4,0% случаев ($p=0,645$ и $\chi^2=0,212$ – при сравнении 1й и 2й группы; $p=0,967$ и $\chi^2=0,002$ – при сравнении 1й и 3й группы и $p=0,666$ и $\chi^2=0,186$ – при сравнении 2й и 3й группы), т.е. сравнительный анализ показателей MACE в зависимости от типа установленных имплантов существенных различий не показал. На долю всех составляющих MACE пришлось, в общей сложности, 5 случаев (4,85% от 103 больных с НС). Из всей совокупности MACE, в наибольшем количестве регистрировались случаи тромбоза стента – 3 случая (2,91% от 103 больных с НС). По 1 случаю отмечались инфаркт миокарда целевой артерии и реваскуляризация целевой артерии (по 0,97%, соответственно).

Оценка показателя MACE в зависимости от нозологической структуры НС показала, что наиболее часто совокупность MACE регистрировалась при ВВС (составив 12,5%) и при РПС (составив 9,1%). Наименьшая встречаемость MACE отмеча-

лась при ПСН (составив 3,6%). Вероятно, подобного рода уровни MACE были обусловлены малой численностью групп с диагнозами ВВС и РПС (8 и 11 человек, соответственно), и большой численностью группы больных с ПСН (84 респондента). Распределение пациентов по анализируемым формам НС в зависимости от типа имплантов выявило, что при ПСН выбор имплантов носил равнозначный характер: 80,0% – пришлось на EES; 73,6% – на ZES и 96,0% – на BVS. При РПС предпочтение было отдано стентам типа EES – 12,5% и ZES – 13,2%; использование BVS составило 4,0%. При ВВС в наибольшем количестве случаев использовались стенты типа ZES – 13,2%, а BVS не использовались вообще.

Выводы. 1-годичный прогноз жизни больных с НС, в целом, не сопровождался случаями летальных исходов. По совокупности MACE наиболее неблагоприятными оказались ВВС и РПС, на долю которых пришлось 12,5% и 9,1% случаев неблагоприятных событий. Тип имплантируемых устройств не оказывал какого-либо влияния, как на общий прогноз обследуемой выборки пациентов, так и на уровень MACE.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ЮЛДОШЕВ Н.П., МАДРАХИМОВ Н.К., ЮЛДАШОВ Б.А., КАЛАНДАРОВ Х.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан*

В качестве собственного опыта представлен клинический пример по хирургической коррекции критического аортального стеноза методом транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК).

Больная Р., 1942г.р. поступила в клинику РСНПМЦК с д/зом:

Дегенеративный критический стеноз аортального отверстия. ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Гипертоническая болезнь III ст., достигнутая нормотензия, риск 4 (очень высокий). Хроническая анемия I ст. Сахарный диабет 2 тип. ХСН II А, ФК III по NYHA. Диабетическая дистальная сенсорная невропатия II ст. ДЭ II ст.

На основании данных исследований, проведенных за время госпитализации, учитывая клинический диагноз и общее состояние пациентки, было принято решение выполнить операцию ТИАК.

В отличие от операции на открытом сердце, при проведении ТИАК старый клапан не удаляется, устройством доставки створки старого клапана раздвигаются и под мощным давлением специальный баллон раздувается таким способом, чтобы разжать стент и зафиксировать его в самой аорте. Правильная установка клапана дает гарантию, что он не станет менять своего положения и будет хорошо работать.

Операция ТИАК заняла 2 часа и прошла успешно. Таким образом, кардиохирурги избежали открытого вмешательства на сердце и длительного наркоза, им не пришлось отключать сердце и подключать аппарат «искусственное сердце».

Через сутки после операции пациентка была переведена в палату и смогла самостоятельно передвигаться. Она быстро адаптировалась и через 5 дней в удовлетворительном состоянии была выписана из клиники.

УРОВНИ АНГИОТЕНЗИНА- (1-7) У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ

ЮШКО К.А., СНЕГУРСКАЯ И.А., МИЛОСЛАВСКИЙ Д.К., БОЖКО В.В.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Ведущую патогенетическую роль в развитии артериальной гипертензии играет ренин-ангиотензиновая система (РАС). Ангиотензин – (1–7) является новой частью РАС, продуктом метаболизма ангиотензина-II и важным защитным сердечно-сосудистым фактором. Целью данного исследования было оценить влияние комбинированного лечения такими блокаторами РАС, как блокатор рецепторов ангиотензина-II (БРА) олмесартан и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) рамиприл на уровни ангиотензина- (1-7) в крови у пациентов с первичной артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 76 пациентов с первичной АГ 2-3 степени и СД 2 типа (37 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 43 до 70 лет (средний возраст $56,4 \pm 11,2$ лет). В зависимости от типа антигипертензивного лечения пациенты были разделены в две группы: пациенты, получавшие БРА олмесартан (20-40 мг/день) и блокатор кальциевых каналов лерканидипин (10-20 мг/день) ($n=38$), а также пациенты, которые получали иАПФ рамиприл (5-10 мг/день) с лерканидипином (10-20 мг/день) ($n=38$). Все пациенты дополнительно принимали гиполипидемическую терапию (аторвастатин 20-40 мг/сут) и антидиабетическую терапию (метформин 1000-2000 мг/сут). Уровни ангиотензина- (1-7) в крови определяли иммуноферментным методом в начале исследования и через 12 месяцев терапии.

Результаты исследования. Обе группы достоверно не различались по уровням ангиотензина- (1-7) в начале исследования. В группе больных, получавших олмесартан, уровни ангиотензина- (1-7) составляли 108,39 (92,32; 121,17) нг/л, а в группе, получавших рамиприл, – 104,37 (87,16; 122,83) нг / л ($p>0,05$). Через 12 месяцев лечения в обеих группах наблюдался выражен-

ный антигипертензивный эффект, который не отличался в зависимости от комбинации антигипертензивного лечения. Целевые уровни артериального давления были достигнуты у 84,2% пациентов ($n=32$), получавших олмесартан, и у 81,6% пациентов ($n=31$), получавших рамиприл ($p>0,05$ – межгрупповое). В конце лечения уровни ангиотензина- (1-7) достоверно отличались только у пациентов, которые принимали олмесартан – его концентрация увеличивалась на 20,3% (с 108,39 (92,32; 121,17) нг/л до (130,43 (124,42; 138,37)) нг/л, $p<0,01$.) У пациентов, получавших рамиприл, уровни ангиотензина- (1–7) составили 112,09 (104,3; 115,33) нг/л, что достоверно не отличалось от уровней в начале лечения ($p>0,05$). Анализировались изменения уровней ангиотензина – (1–7) в динамике терапии в зависимости от его базальных значений и вида антигипертензивного лечения. Было выявлено, что в группе олмесартана при базальных уровнях ангиотензина – (1–7) больше медианных его значений (больше 105,51 нг/л) отмечалось достоверное увеличение концентрации данного пептида на 6,4% ($p<0,05$), а при его базальных уровнях меньше медианных (меньше 105,51 нг/л) – достоверное увеличение его уровней на 44,3% ($p<0,001$). Напротив, в группе рамиприла при базальных уровнях ангиотензина – (1–7) больше медианы отмечалось достоверное снижение его уровня на 7,7% ($p<0,05$), а при его базальных значениях меньше медианы – недостоверное изменение уровней ($p>0,05$).

Выводы. Применение БРА олмесартана, в отличие от иАПФ рамиприла, достоверно повышает уровень ангиотензина (1–7) в крови у пациентов с первичной АГ с СД2 типа. Повышение уровня ангиотензина – (1–7) может иметь дополнительную кардиозащитную ценность для БРА олмесартана, что, однако, требует дальнейшего изучения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА АДИПРИЛ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЯКУБОВ А.В., МУСАЕВА Л.Ж., ПУЛАТОВА Д.Б., АБДУСАМАТОВА Д.З.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить применение комбинированного препарата адиприл у больных артериальной гипертонией по критериям клинической безопасности и эффективности.

Материал и методы. Под наблюдением находились 38 больных артериальной гипертонией (АГ) II степени, из них было 20 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 45 до 65 лет. Средний возраст составлял 57,2 лет. У 16 пациентов была диагностирована сопутствующая ИБС II-III функционального класса, инфаркт миокарда в анамнезе был у 8 больных, сахарный диабет у 5 больных, цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) у 15 человек. Все пациенты в качестве антигипертензивной терапии получали комбинированный препарат адиприл (амлодипин 5 мг+лизиноприл 10 мг) по 1 таб 1 раз в день. Проводилось общеклиническое обследование, в том числе ЭКГ, ЭХОКГ, ЭКГ мониторинг, тест с 6 минутной ходьбой. Физическое состояние, эмоциональный, психический статус определялись с помощью шкалы опросника качества жизни.

Результаты исследования. Установлено, что при применении комбинированного препарата

адиприл происходило на 53,64% снижение уровня систолического и на 35,3% диастолического АД. На 26,9% отмечено снижение ЧСС. Кроме антигипертензивной активности комбинации амлодипина и лизиноприла отмечена ее положительная антиангинальная эффективность. Так частота приступов стенокардии снизилась более чем в 10 раз ($3,07 \pm 0,5$ и $0,28 \pm 0,07$ соответственно). Также произошло повышение толерантности к физической нагрузке при тесте с 6-минутной шаговой пробой на 38,7%. Все больные переносили данный препарат хорошо, только у 2 пациентов было отмечен побочный эффект в виде сухого кашля. В результате лечения наблюдалось улучшение субъективного состояния большинства больных (72%) – нормализация АД, уменьшение болей в сердце, одышки, повышение физической активности.

Выводы. Применение комбинированного антигипертензивного препарата адиприл позволяет эффективно и безопасно проводить лечение больных АГ II степени с сопутствующими заболеваниями, достаточно быстро достигать уровня целевого АД у больных и улучшать качество жизни.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АДИПРИЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЯКУБОВ А. В., АКБАРОВА Д.С., МУСАЕВА Л.Ж., ПУЛАТОВА Н.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить метаболические эффекты комбинированного препарата адиприл у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы. В исследовании участвовало 36 пациентов в возрасте 45–55 лет, страдающих артериальной гипертонией (АГ) II степени. Среди больных было 18 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 45 до 65 лет. У 15 пациентов была диагностирована сопутствующая ИБС II-III функционального класса, инфаркт миокарда в анамнезе был у 8 больных, сахарный диабет у 5 больных, цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) у 15 человек. Все пациенты в качестве антигипертензивной терапии получали комбинированный препарат адиприл (амлодипин 5 мг+лизиноприл 10 мг) по 1 таб 1 раз в день. Изучалась динамика биохимических показателей: глюкозы до и после еды, мочевины, креатинина и липидный спектр крови в зависимости от пола пациентов. Длительность наблюдения составила 90 ± 10 дней, контроль проводился на 30, 60 сутки и по завершению исследования.

Результаты исследования. Группа исследуемых была разделена на мужчин ($n=18$) и женщин ($n=18$), все больные регулярно принимали препарат адиприл, нежелательных лекарственных явлений за время лечения не наблюдалось. В ходе исследования повышение

уровня глюкозы крови было отмечено у 21,5 % мужчин и у 34% женщин. Повышение общего холестерина было выявлено у 39% мужчин и 51,7% женщин. Показатели мочевины и креатинина крови у обследуемых находились в пределах нормы. Только у 3 (7,8%) пациентов с сахарным диабетом уровень мочевины крови был повышен. В ходе проводимой терапии нами было отмечено, что на 30й день исследования в общей группе несколько повысился уровень креатинина (с 106 моль/л до 136 моль/л). Увеличение креатинина в ответ на один из компонентов препарата (лизиноприл) говорит о патологии почек у обследуемых лиц. Препарат не отменялся и на 60й день исследования дальнейшее повышение уровня креатинина мы не отмечали. Особых различий в динамике липидного спектра крови на 30 день исследования не наблюдалось, а на 90й день мы отметили снижение уровня общего холестерина и ЛПНП. Корреляции метаболических изменений при лечении адиприлом от пола нами не установлено.

Выводы. Исследование показало высокую эффективность комбинированного препарата адиприл. Метаболическая нейтральность и его гиполипидемический эффект при длительном применении позволяют рекомендовать препарат в качестве стартовой терапии у пациентов с АГ 2 ст.

BRONXIAL ASTMA KASALLIGIDA BEMORLARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISHDA HAMSHIRALAR ROLINI TAKOMILLASHTIRISH

SOLIXODJAEVA R.K., ALIKULOVA D.YA.

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti, Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent sh., O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. BA tashxisi qo'yilgan paytdan boshlab, hamshira bemorga kasallik haqida to'liq ma'lumot berishi, kasallikning asoratlariga nima sabab bo'la olishi haqida, asosiy dorilarning ta'sir mexanizmlari va nojo'ya ta'siri haqida, dori vositalaridan foydalanish qoidalari haqida, xurujlarni oldini olish maqsadida o'z-o'zini kuzatib yurish usuli haqida batafsil ma'lumot berishi kerak. Hamshira tomonidan bemorning ehtiyojlari va muammolarini aniqlash, o'z-o'zini nazorat qilish bo'yicha bemorlarda ko'nikma hosil qilishda tibbiy yordam ko'rsatishda hamshiradan malakali yondoshuv talab etiladi. Ammo, tashxisi bir xil bo'lsada, ba'zi bemorlarda turli xil ustuvor muammolar mavjud, shuning uchun ularning har biriga individual yondoshish kerak bo'ladi. Bronxial astma bilan og'rikan bemorlarda tez-tez xuruj tutib qolish vaziyatlari mavjud, shuning uchun hamshira bu vaziyatda malakali, aniq va tezkor hamshiralik yondoshuvini ko'rsata olishi kerak, chunki bu ba'zida nafaqat bemorning sog'lig'iga, balki uning hayotiga ham bog'liq. BA da hamshiralik yondoshuvining o'ziga hosligi ham mana shunda ekanligini ta'kidlash mumkin.

Material va usullari. Tibbiy – ijtimoiy, ijtimoiy gigienik usullar. BA ning turli darajalari bilan kasallangan bemorlardan anketa savol javoblari, BA kasallangan bemorlar bilan suxbat.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga jalb qilingan 200 ta BA bilan xastalangan bemorlardan 55,4% ayollar, 44,6% erkaklarni tashkil qiladi. Bemorlar salomatlik holati, uning yaxshilanishi uchun o'zining tibbiy faolligi, o'z salomatligiga munosabati, tibbiy xizmatga e'tibori, shuningdek BA kasalligi haqida nechog'liq tibbiy bilimga ega ekanligi bilan bog'liq savollarga BA bilan kasallangan bemorlarning 22,8% tibbiyotga oid adabiyotlarni umuman o'qimasligini ta'kidlagan. Bu ko'rsatkich nazorat guruxida 12,0% tashkil etdi. 18%

bemorlar maxsus tibbiy adabiyotlarni, 32 % ommabop risolalarni o'qishlarini, 36 % esa tibbiy jurnallarni o'qishini ta'kidlashgan. Undan tashqari bemorlar kasallik haqidagi ma'lumotlarni 60% hamshiralarning tashviqotidan olishlarini ta'kidlashgan. Tibbiy xizmatga munosabat o'rganilganda 2 – 3 yil ichida 36% bemor profilaktik tibbiy ko'rikdan o'tmaganligi qayd etildi, bu ko'rsatkich nazorat guruxida 42% tashkil qiladi. Shuningdek, 26 % bemor tibbiy xizmatdan qoniqmasligini bildirgan va bir necha yil mustaqil o'zi davolanib kelganligini ta'kidlashgan. Hamshiralarning BA kasalligida malakali yondoshuvi bo'yicha bilimlari 33, 7% tashkil qildi, olib brogan seminardan so'ng hamshiralarning bilimlari 92% oshdi. Bemorlarni o'qitish bo'yicha amaliy ko'nikmalari seminardan oldin 3% tashkil etgan bo'lsa, keyin bu ko'rsatkich 83% oshdi. Bemorlarga ingalyatordan foydalanishni o'rgatish ko'nikmasi avval 40% bo'lgan bo'lsa, keyinchalik 80% tashkil qildi.

Xulosa. Shuni ta'kidlash joizki, oila poliklinikalarida, QVPlarda hamshiralarga BA kasalligida hamshiralik yondoshuvini to'g'ri tashkil etish, shifokorgacha samarali tibbiy yordam ko'rsatishni o'rgatish amaliyotda BA kasalligida bemorlar bilan ishlashda maqsadga muvofiq bo'ladi. Hamshiralar BA kasalligi bilan qayddan o'tgan bemorlarning xonadonlarida nafaqat bemor bilan, balki uning yaqinlari bilan ham suxbatlashib, BA kasalligi haqida ma'lumotlar berib borsa bemorning o'z o'ziga yordam ko'rsata olish ko'nikmalari shakllanib boradi. BAda malakali tibbiy yordam ko'rsatishda hamshiralarning saviyasini oshirib, hamshiralik yondoshuvini aynan hamshiralik jarayoni orqali olib borish yaxshi samara berishini tadqiqot orqali isbotlandi. BA bilan kasallangan bemorlar doimiy o'zlarini nazorat qilib kuzatib borsalar, kasallikning asoratlarini vaqtida oldi olinadi.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АБДУГАНИЕВА Э.А., ЛИВЕРКО И.В., ГАФНЕР Н.В., АБДУЛЛАЕВА В.А., АХАТОВ И.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить уровень дисфункции эндотелия, путем определения активности фактора Виллебранда и определить связь роста данного маркера с изменением маркеров коагуляции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В исследование были включены 65 пациентов с диагнозом ХОБЛ в соответствии с GOLD (2016). Фактор Виллебранда, как маркер дисфункции эндотелия – определялся оптическим методом. Изменение состояния системы коагуляции определяли при помощи маркеров: фибриногена, растворимых фибрин мономерных комплексов и Д-димера.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования отмечено, что повышение фактора Виллебранда, как маркера эндотелиальной дисфункции и стимулятора коагуляции, у больных ХОБЛ отмечено у 42 из 65 пациентов (64,6% случаев), в том числе умеренное повышение у 19,1% больных ХОБЛ ($109,6 \pm 0,31\%$), выраженное повышение у 14,3% больных ХОБЛ ($115,8 \pm 1,6\%$), резкое повышение у 50% ($132,6 \pm 1,5\%$) и резко выраженное повышение фактора Виллебранда,

составляющее $152,3 \pm 1,9\%$ – у 16,7% больных ХОБЛ. Также отмечено, что увеличение степени выраженности нарушения фактора Виллебранда (от умеренного к резко выраженному уровню) сопровождается однонаправленным повышением уровней коагуляционных маркеров: фибриногена с $4,76 \pm 0,19$ г/л до $7,3 \pm 0,25$ г/л, РФМК – с $8,9 \pm 0,54$ мг/100мл до $11,8 \pm 1,25$ мг/100мл, Д-димер – $98,3 \pm 0,46$ нг/мл до $111,8 \pm 2,3$ нг/мл. Оценка направленности процесса гемокоагуляции у больных ХОБЛ показала, что при выраженном, резком и резко выраженном повышении показателя фактора Виллебранда отмечается 100% повышение уровней фибриногена, РФМК и Д-димера.

Выводы. Повышение основных показателей коагуляционного звена гемостаза с повышением уровня фактора Виллебранда, свидетельствует о прокоагулянтном действии дисфункции эндотелия, запускающего внутренний путь активации каскада коагуляции. Эндотелиальная дисфункция является ведущим механизмом стимулирующим гиперкоагуляционное состояние у пациентов с ХОБЛ, что возможно является причиной высокой частоты тромбозов у данной категории пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

АЛЛАБЕРДЫЕВ А.А., ДУРДЫЕВА М.Х., ТАНРЫБЕРДЫЕВА Т.О., МЕЗИЛОВА ДЖ.Г.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний легких неспецифической этиологии у больных разных возрастных групп.

Материал и методы. Клиническое исследование было проведено на базе гастроэнтерологического отделения Лечебно-консультативного Центра Туркменистана имени С.А.Ниязова и отделения внутренних болезней Госпиталя с научно-клиническим Центром Кардиологии. В исследование участвовало 213 больных (117 – мужчин и 96 – женщин).

Больные были разделены на 3 возрастные группы: 1-ая группа – до 44 лет, 2-ая группа – от 45 до 49 лет, 3-ая группа – старше 60 лет.

Тип заболевания легких неспецифической этиологии определялся по рентгенографии

органов грудной клетки, компьютерной томографии и спирографии.

Результаты исследования. Заболевания легких неспецифической этиологии у больных среднего возраста отмечались в 47,3% случаев (23,7% у женщин и 76,3% у мужчин), у молодых пациентов – в 30,6% (32,6% у женщин и 67,4% у мужчин) и у пожилых больных – в 23,1% случаев (57,3% у женщин и 42,7% у мужчин).

Вне зависимости от возраста больных пневмония встречалась в 37,6% случаев (52,7% у женщин и 47,3% у мужчин), хронический бронхит – в 23,1% случаев (54,7% у женщин и 45,3% у мужчин).

Хронические обструктивные заболевания легких отмечались в 10,9% случаев (47,7% у

женщин и 52,3% у мужчин) случаях, бронхиальная астма в 13,7% (66,9% у женщин и 33,1% у мужчин), экссудативный плеврит в 2,1% случаев (32,9% у женщины и 67,1% у мужчин).

Выводы. Заболеваниями легких неспецифической этиологии страдают в основном

люди молодого и среднего возрастов. Болеют примерно одинаковое количество мужчин и женщин. Было установлено, что у женщин в 2 раза чаще страдают бронхиальной астмой, а мужчины в 2 раза чаще – экссудативным плевритом.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ЛИВЕРКО И.В., АБДУГАНИЕВА Э.А., ГАФНЕР Н.В., АХАТОВ И.М., АХМЕДОВ Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить факторы, имеющие влияние на изменения гемостаза и значимые в развитии тромбозов среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), путем факторного анализа среди группы пациентов с ХОБЛ без тромбозов (n=80) и группы пациентов с тромбозами в анамнезе (n=90).

Материал и методы. В исследование включены 170 пациентов с документированным диагнозом ХОБЛ, которые были разделены на 2 группы в зависимости от наличия перенесенных тромбозов в анамнезе. Исследования взаимосвязи между факторами и наличием тромбозов проводилось при помощи факторного анализа и метода наибольшего правдоподобия по Севостьянову.

Результаты исследования. В результате оценки «весовой значимости» фенотипических и клинико-лабораторных факторов выделены детерминанты высокой прогностической значимости, обуславливающие повышенный риск развития гиперкоагуляционных состояний, рассчитан относительный риск (ОР), включающие – женский пол (ОР: 1.42 (95%CI: 1.05)), возраст старше 60 лет (ОР–1,74), курение

с индексом курильщика более 50 пачка/лет (ОР–3,13), избыточную массу тела более 25 (ОР–3,0), наличие сопутствующих заболеваний – гипертонической болезни (ОР–2,22) и ИБС (ОР–1,44), клиническую IV степень тяжести ХОБЛ (КР–1,9), бронхитический тип ХОБЛ (ОР–1,42), преобладание симпатического типа регуляции вегетативной нервной системы (ОР–1,8), повышение индексов воспаления: положительный С-реактивный белок (ОР–1,29) положительный ревмофактор (ОР–1,67) и проявления синдрома системного воспалительного ответа (ОР–2,6), повышение показателей гемограммы: гемоглобин более 130 г/л (ОР–1,3), эритроциты более 5*10⁶ в 1 мкл (КР–5), гематокрит более 45% (КР–2,23), СОЭ менее 5 мм/час (ОР–2,9) и повышение маркера коагуляции: фибриноген более 7,1 г/л (КР–4,8).

Выводы. Определение «весовой значимости» фенотипических факторов, выделение высоко значимых параметров риска тромбогенных нарушений по совокупности всех составляющих индивидуума позволяют рассчитать индивидуализированный риск для каждого пациента и определить дифференцированную тактику его ведения с учетом степени риска.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИКФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

МАЛЫХИН Ф.Т., БАТУРИН В.А.

Ставропольский Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

Цель исследования. Провести сравнительное изучение изменения показателей функции внешнего дыхания с помощью метода пикфлоуметрии в динамике до и после проведенного лечения противовоспалительными, бронхорасширяющими и антибактериальными (по показаниям) препаратами.

Материал и методы. Проанализированы результаты изучения пиковой скорости выдоха (ПСВ) до и после проведенного лечения

фармакологическими препаратами 56 пациентов терапевтического стационара с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и 8 пациентов с бронхиальной астмой (БА). Пациентам на период лечения в стационаре для ежедневного контроля (не менее 2 раз в сутки) его эффективности выдавались индивидуальные пикфлоуметры. Обучение технике пользования пикфлоуметром и контроль ее правильности проводил один и тот же врач отделения. Для

оценки достоверности полученных результатов использован метод статистической проверки гипотез, основанный на распределении Стьюдента (t-критерий). Результаты считали достоверными при $p < 0,05$. Критерии включения: наличие у больных обострения БА и ХОБЛ.

Результаты исследования. В группе больных с БА мужчин было 50%, женщин – 50%; в группе пациентов с ХОБЛ – мужчин – 39,3%, женщин – 60,7%. Больных с БА в возрасте до 60 лет – 12,5 %, 60 лет и старше – 87,5%, из них: женщин в возрасте до 60 лет не было, 60 лет и старше – 100%. Мужчин в возрасте до 60 лет – 25%, 60 лет и старше – 75%. Пациентов с ХОБЛ в возрасте до 60 лет 8,9% 60 лет и старше 81,1%, из них: женщин в возрасте до 60 лет – 11,7%, 60 лет и старше – 88,3%; мужчин в возрасте до 60 лет – 4,5%, 60 лет и старше – 95,5 %. При наличии БА средний возраст женщин группы 60 лет и старше составил $74 \pm 3,3$ года. Средний возраст мужчин с БА до 60 лет составил 19 лет, 60 лет и старше – $73 \pm 2,4$ года. При ХОБЛ средний возраст женщин до 60 лет составил $48 \pm 2,2$ лет, а 60 лет и старше – $73 \pm 4,0$ года. Средний возраст мужчин в группе до 60 лет составил $50 \pm 2,5$ лет, 60 лет и старше – $71 \pm 3,0$ года. Среднее значение вариабельности ПСВ в начале стационарного

лечения составило: у женщин в возрасте до 60 лет – $38 \pm 1,5$ %, 60 лет и старше – $45 \pm 0,7$ %; у мужчин в возрасте до 60 лет – $46,4 \pm 3,1$ %, 60 лет и старше – $62 \pm 2,0$ %. В конце лечения вариабельность ПСВ у женщин с ХОБЛ в возрасте до 60 лет составила $24,1 \pm 0,8$ %, в 60 лет и старше – $32 \pm 1,1$ %; у мужчин до 60 лет составила $33,3 \pm 5,0$ %, а 60 лет и старше – $49 \pm 2,9$ %.

Выводы. В результате проведенного в стационарных условиях лечения противовоспалительными, бронхорасширяющими и антибактериальными (по показаниям) препаратами по данным проведенной в динамике пикфлоуметрии вариабельность пиковой скорости выдоха у пациенток-женщин, страдающих ХОБЛ, в возрасте 60 лет и старше снизилась в среднем на $13 \pm 0,9$ % ($p < 0,01$). Вариабельность ПСВ у пациентов-мужчин, страдающих ХОБЛ, в возрасте до 59 лет в динамике снизилась в среднем на $17 \pm 4,0$ % ($p < 0,001$). Вариабельность пиковой скорости выдоха у пациентов-мужчин, страдающих ХОБЛ, в возрасте до 59 лет в динамике снизилась в среднем на $21 \pm 2,3$ % ($p < 0,001$). Вариабельность ПСВ у пациенток-женщин, страдающих ХОБЛ, в возрасте до 59 лет в динамике снизилась в среднем на $12 \pm 1,1$ % ($p < 0,01$).

НОВЫЙ МЕТОД ДИЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

МАМЕДСАХАТОВА С.Ч., АТАДЖАНОВА Р.К.

Государственный Медицинский университет Туркменистана им. Мурата Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Оценка эффективности лечения больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) путем усиления диетического режима местными продуктами питания.

Материал и методы. В исследование вошли 65 больных туберкулезом легких с МЛУ, находившихся на лечении в специализированных медицинских учреждениях-основная группа. Группа контроля – 30 пациентов с той же патологией, но принимавших обычную диету, без усиления. В основной группе мужчин было – 41, женщин – 24. Возраст больных колебался с 21 до 67. Перед началом лечения результаты микроскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) у больных МЛУ туберкулезом легких были положительными в 18,6% случаях, методом посева в 36,4% случаях. Были общеклинические методы, а также метод масса-ростового анализа по индексу Кетле (индекс массы тела – ИМТ) и фибробронхоскопическое исследование.

Больным назначили химиотерапию 4-мя противотуберкулезными препаратами с учетом чувствительности к ним, выделенных МБТ и одновременно усилили диетический фон методом добавления в пищевой режим кунжутного масла холодного отжима – сезамола (во все приготовленные блюда) 20 г (столовая ложка) 3 раза в день, длительно 7 – 8 месяцев (Патент № 814).

Результаты исследования. Уже после 15-го дня приема у больных основной группы нормализовались температура тела. К месяцу лечения сезамолом значительно улучшилось самочувствие, появился аппетит, прекратилось снижение массы тела, исчезли слабость и одышка, улучшились лабораторные показатели крови (снизился палочкоядерный сдвиг, лимфопения и СОЭ до 18мм). Общий белок крови повысился до $71 \pm 1,3$ г/л. Кальций крови $2,2 \pm 0,12$ ммоль/л. (норма кальция в крови составляет от 2,0 до 2,8 ммоль/л). Констатировали значительное рассасывание инфильтративных изменений

(по типу казеозной пневмонии), достигнуто абацилирование, уменьшение размеров каверны. Анализ полученных результатов установил, что у 68,5% больных туберкулёзом высокий дефицит массы тела, 32,3% больных были средней упитанности и только у 4,7% масса тела превышала норму.

Масло сезамол улучшает показатели клеточного иммунитета, снижает концентрацию циркулирующих иммунных комплексов, повышая резистентность организма к различным заболеваниям. Критерием эффективности лечения, согласно ВОЗ, была конверсия мазка мокроты. Однако нами также учитывалась клиническая динамика (исчезновение симптомов

интоксикации, нормализация температуры, нормализация гемограммы) и закрытие полости деструкции.

Выводы. Таким образом, среди больных туберкулёзом легких с МЛУ, полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления диетического режима, местными продуктами питания, в частности сезамолом. Отмечались высокие показатели эффективного лечения в основной группе 83,4%, в группе контроля 64,3%. Обогащенный рацион может быть применен в домах здоровья, больницах, специализированных санаториях и в домашних условиях.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

МАМЕДСАХАТОВА С.Ч., МЕРЕТЛИЕВА М.К.

*Государственный медицинский университет Туркменистана им. Мурата Гаррыева,
г. Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Уважаемый Президент Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедов проявляет неустанную заботу о здоровье народа. На основе этого в стране были приняты «Национальная программа здорового питания народа Туркменистана на 2020–2025 годы» и «Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулёзом в Туркменистане». Лидер нации уделяет большое внимание совершенствованию системы лечебного питания, обогащению его витаминами и минеральными веществами, повышению качества местной продукции. Оценка фактической энергетической ценности продукции при диете, гигиеническая оценка её химического состава, оценка фактической энергетической ценности и химического состава выборного рациона питания, уровня соответствия суточной потере энергии.

Материал и методы. Меню-раскладки лечебно-профилактического центра города

Ашхабада, туберкулезных диспансеров Лебапского и Дашогузского велаятов.

Результаты исследования. С учётом норм суточной калорийности её должны составлять 30 % завтрака, 50 % обеда и 20 % ужина. По результатам нашей проверки было выявлено несоответствие указанным требованиям, предъявляемым к нормам питания, планированию питания (составлению рациона питания). Проверка проводилась во все времена года с учетом сезонных особенностей и ассортимента продуктов.

Выводы. На основе результатов фактических комплексных проверок для больных, получающих стационарное лечение, будет составлен новый рацион питания с добавлением местных продуктов с дополнительной пищевой ценностью, нормы потери энергии больных туберкулёзом легких. Результаты проверок будут служить основой в деле совершенствования построения питания подобных больных и разработки практических предложений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИН В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

МУСАЕВА Л.Ж.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить эффективность отечественного комбинированного препарата пульмостим в лечении внебольничной пневмонии среднетяжелого течения.

Материал и методы. Были обследованы 40 больных с внебольничной пневмонией среднетяжелого течения. Средний возраст больных составлял 49,2 лет. У всех больных пневмония была подтверждена рентгенологически наличием синдрома легочного инфильтрата. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа – 20 больных получали комплексную терапию (антибактериальную, противовоспалительную, антипиритическую, дезинтоксикационную), и в качестве отхаркивающего препарата – сироп корня солодки. Вторая группа – 20 больных получали также комплексную терапию и дополнительно сироп пульмостим *per os* по 1 диссертной ложке х 3 раза в сутки. Сироп пульмостим содержит пять активных компонентов (корень шток-розы розовой, корень солодки голой, листья подорожника большого, плоды шиповника, трава термопсиса) которые, дополняя действие друг друга, эффективно устраняют симптомы острых респираторных заболеваний. Оценка эффективности применения сиропа пульмостим оценивалась клинически, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность кашля; характера хрипов, переносимость препарата, наличие побочных явлений.

Результаты исследования. Наиболее быстрая положительная динамика отмечалась в группе, принимающих сиропом пульмостим. На 3–5 й день заболевания и терапии у 35% он уже отсутствовал, у 23% был минимально выражен. К 7–10–му дню заболевания практически у всех больных кашель был купирован. Среди пациентов, получавших сироп корня солодки, только у 45% на 7–10–й день терапии кашель отсутствовал полностью, у 55% сохранялся минимально выраженный кашель. Так, на 6-й день

терапии у 8 (22,5%) больных из первой группы еще отмечался сухой кашель, в отличие от второй группы, в которой данный симптом отсутствовал у всех больных к этому времени. Выявлено также, что на 8-й день лечения с включением сиропа пульмостим симптомы влажного кашля и степень продуцирования мокроты были минимальными, чем достоверно отличались от группы сравнения ($p < 0,001$). При анализе интенсивности кашля у пациентов, получавших сироп корня солодки, положительная динамика симптомов была более медленной. На 7–10–й день терапии у 40% пациентов сохранялся кашель средней степени выраженности. У пациентов, получавших сироп корня солодки, трансформация мокроты из трудно отделяемой в легко отделяемую происходила так же, как и у пациентов, получавших сироп пульмостим, но кашель с легко отделяемой мокротой сохранялся дольше и на 7–10–й день терапии корнем солодки 67% пациентов имели влажный кашель с легко отделяемой мокротой. В ходе исследования было выявлено, что сироп пульмостим обладает положительным терапевтическим эффектом на симптомы влажного кашля, степень продуцирования мокроты, длительность и интенсивность влажных хрипов в легких, длительность сухих хрипов в легких ($p > 0,05$). Переносимость сиропов пульмостим и корня солодки во всех случаях была хорошей, побочных реакций не наблюдалось.

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует, что в группе больных получавших сироп пульмостим отмечается более быстрый переход непродуктивного сухого кашля в продуктивный влажный кашель, снижение интенсивности сухих хрипов и укорочение сроков клинических симптомов. Многокомпонентный состав сиропа пульмостим позволяет рекомендовать его, как эффективное симптоматическое средство в лечении внебольничной пневмонии среднетяжелого течения.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

МУХТОРОВ Ш.М., СУЯРОВ А.А., ХАТАМОВ Х.М., КИРЕЕВ В.В., МУТАЛОВ Б.Б.

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Городская клиническая больница №3,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Гормонотерапии с традиционной при бронхиальной астме.

Материал и методы. Было обследовано 28 пациентов с БА. 1-группа состояла из 17 пациентов, получавших стационарное лечение с традиционными методами (ТГ), а 2-группа получавший ретростернальная гормонотерапии (РГТ) состояла из 11.

Результаты исследования. 1-группу пациентов лечили по ТГ методике: при III ступени заболевания S. Decsamazoni внутривенно: 1 день – 8 мг, 2 день 8 мг, 3 день 4 мг, 4 день 4 мг, 5 день 2 мг, 6 день 2 мг. В IV ступени: 1 день 12 мг, 2 день 12 мг, 3 день 8 мг, 4 день 4 мг, 5 день 4 мг, 6 день 4 мг, 7 день 2 мг. S. Euphillini 2,4 –10,0 + S. Natrii chloridis 0,9% –100,0 внутривенно капельное, кроме того S. S. Natrii bicarbonatis 3% –200,0 внутривенно капельное. Tab. Ketotipheni по 1таблетке х 2 раза в день после еды. Эти препараты пациенты принимали в стационаре в среднем от 7 до 10 дней. Во 2-группе больных, получавшие РГТ, лимфотропно, получали: Sol. Novocaini 0,25% –10,0%, S. Heparini 5000 ED, Sol. Decsamazoni по схему на III ступени 1 день 4 мг, 2-день 4 мг. На IV ступени заболевание с первого дня больные получали лимфотропно: S. Novocaini 0,25% –10,0%, S. Heparini 5000 ED, S. Decsamazoni по схему 1-день 8 мг, 2-день 4 мг, 3-день 4 мг. Кроме препаратов базисной терапии, с первых же дней в плановом порядке назначено S. Natrii thyosulfatis 30% –20,0 мл + S. Natrii chloridis 0,9% –200,0 мг, S. Noshpani 2,0 внутримышечно вечером, S. Sulfacomphacaini 10% 2,0 внутримышечно вечером В обеих группах использовались Erflyusali 50/500. Пациенты этой группы получали лечение в амбулаторных условиях всего 6 дней.

До лечения в обеих группах III ступени БА показатель пикфлоуметрии составляла 30–50%, частота дыхания 25–28 раза в минуту, а у IV ступени показатель пикфлоуметрии составил 25–40% и частота дыхания 28–31 раза в минуту для пациентов с уровнями БА.

Приступы удушья прекращались во время лечения у пациентов III ступени 1-й группы с 4-го дня в, IV-го на 5-й день и во 2-й группе – на III ступени БА с 2 дня, а на IV – ступени с 3 го дня день прекратились, и сон улучшился. У пациентов III ступени пациентов в 1-группе, кашель уменьшился на 30–40% со 2-го дня и на 70–80% к 6–7 дням. Во 2-й группе у пациентов III ступени симптомы кашля уменьшались на 40–50% и с 6-го дня кашель полностью прекратился. У пациентов IV ступени во 2-группе кашель уменьшился на 20–30% со 2-го дня и на 50–60% к 6–7 дням. Пациентам IV ступени 2-группы снизились на 30–40% с 1-го дня и на 80–90% на 6-й день. В III ступени 1-группе выделение мокроты полностью прекращалось на 6–8 дней, а во 2-группе на 5–6 дней. Этот показатель был до 70–80% у пациентов с IV ступени 1-группе в 7 дней и во 2-группе в 5–6 дней на 80–90%. Показатель пикфлоуметрии поднимался на 60–80% к 8–10 дню у пациентов III ступени 1-группы, а у пациентов во 2-группе этот показатель поднимался на этот уровень уже на 5–6-день лечения. У пациентов IV ступени в 1-группе показатели пикфлоуметрии повышался до 60–80% к 6–7 дню лечения, а во 2-группе у пациентов с IV ступенью он поднимался на 7 день лечения.

При аускультации легких сухие, свистящие или свистящие смешанные хрипы в обеих легких в обеих группах отмечались до начала лечения, но в 1-группе больных это замещалось на единичные сухие или смешанные хрипы в обеих легких на 4–5 день. Во 2-группе это происходило на 2–3 дня. В 1-группе больные выписывались домой через 7–8 дней лечения, а пациенты во 2-й группе – на 6–7 дни.

Вывод. У пациентов при РГТ уменьшается дозировка глюкокортикостероидов при III ступени на 3,5 раза, а IV ступени в 2,87 раза, ускоряется выздоровление пациентов, уменьшается время продолжительности пребывания пациента в стационаре, и уменьшаются общие затраты на лечение.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

МУХТОРОВ Ш.М., СУЯРОВ А.А., ХАТАМОВ Х.М., КИРЕЕВ В.В., МУТАЛОВ Б.Б.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Городская клиническая больница №3, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение чувствительности к глюкокортикостероидам при бронхиальной астме (БА).

Материал и методы. Было обследовано 30 пациентов с БА. 18 больных были с БА III ступени и 12 были с IV ступени БА. 14 из них были мужчинами и 16 женщинами. Определение чувствительности к ГКС проводили *in vitro*. У пациента забирают 4 мл венозной крови независимо от приема пищи в стерильную гепаринизированную центрифужную пробирку. После центрифугирования в течение 10 мин при 1500 об/мин выделяют лимфоциты по методу Boum на 76% фиколе и подсчитывают количество лимфоцитов в камере Горяева под микроскопом при увеличении 250 (ок.5, об.50). Затем в отдельные пробирки добавляют при помощи мерной пипетки по 500 мкл взвеси лимфоцитов и добавляют, в каждую пробирку, с использованием отдельных мерных пипеток, по 100 мкл растворов бетаметазона, дексаметазона, триамцинолона, метилпреднизолон, преднизолон, небифлюзона, гидрокортизона с учетом биоэквивалентности.

Результаты исследования. Результаты исследования были следующими: абсолютная чувствительность к бетаметазону наблюдалась у 3 пациентов, высокая чувствительность – у 5 пациентов, средняя чувствительность – у 1 пациента, чувствительными – были 5 и низкая чувствительность – у 6 пациентов. К метилпреднизолону у 2 пациентов выявлялась абсолютная чувствительность, 7 пациентов имели высокую чувствительность, 1 пациент – среднюю чувствительность, 7 пациентов были чувствительными и 13 имели низкую чувствительность. А к дексаметазону у 11 пациентов отмечалась абсолютная чувствительность, у 5 – высокая чувствительность, у 3 – средняя чувствительность, у 6 – чувствительные и у

5 – мало чувствительными. Для преднизолон у 8 больных выявлена абсолютная чувствительность, у 4 высокая чувствительность, у 3 средняя чувствительность, у 7 были чувствительными и 8 больных имели малую чувствительность. У триамцинолона 9 пациентов была выявлена абсолютная чувствительность, у 9 – высокая чувствительность, у 2 – средняя чувствительность, у 4 – чувствительность, у 6 пациентов – низкая чувствительность. Для гидрокортизона ацетата у 6 пациентов – определена абсолютная чувствительность, у 7 – высокая чувствительность, у 1 – средняя чувствительность, у 6 – чувствительность и 10 – малая чувствительность. Для небуфлюзона у 12 больных – абсолютная чувствительность, у 2 – высокая чувствительность, у 2 высокая чувствительность, у 1 средняя чувствительность, – у 6 чувствительный, а у 9 больных определено низкая чувствительность.

Выводы. Результаты исследования показали, что индивидуальная чувствительность к каждому ГКС в организме человека неодинакова. В нашем наблюдении наибольшая абсолютная чувствительность наблюдалась у пациентов к бетаметазону, небуфлюзону, дексаметазону и триамцинолону, высокочувствительным триамцинолону, метилпреднизолону и гидрокортизону ацетату, средняя чувствительность отмечалась к дексаметазону и преднизолону, метилпреднизолону и гидрокортизону ацетат и низкая чувствительность наблюдалась метилпреднизолону, гидрокортизону ацетату, небуфлюзону и преднизолону. Самая высокая абсолютная чувствительность к лимфоцитам в периферической крови пациентов БА была обнаружена к бетаметазону, небуфлюзону, дексаметазону и триамцинолону, с более низкой чувствительностью к метилпреднизолону, гидрокортизону ацетату, небуфлюзону и преднизолону.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

НАСИРОВА А.А., НАСИРОВА Д.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучение результатов иммунологических показателей для дифференциальной диагностики ХОБЛ и БА.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование поверхностных маркеров лимфоцитов периферической крови у 30 больных ХОБЛ и 30 больных БА в стадиях обострения и ремиссии. В качестве контроля изучали иммунологический статус 30 практически здоровых человек. В исследование включены 90 человек, из них больных ХОБЛ – 30 (средний возраст $58,1 \pm 1,6$ года), БА – 30 (средний возраст $38 \pm 2,0$ года), и 30 практически здоровых человека (средний возраст $52,6 \pm 2,8$ года), составивших контрольную группу. В группе больных ХОБЛ 22 пациента находились в стадии обострения заболевания и 15 – ремиссии, в группе больных БА – 22 и 8 соответственно. У всех обследуемых измеряли функциональные параметры легких методом компьютерного спирометрического исследования с анализом кривой «поток-объем» на спироанализаторе Custo Vit (Австрия).

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показали что, при оценке иммунологического статуса использовали метод непрямой иммунофлюоресценции для

определения содержания в периферической крови лимфоцитов, экспрессирующих антигены СБ3, СБ4, СБ8, СБ16, СБ20, СБ23, СБ25, СБ54, СБ71, СБ72, НБА-ОЯ, СБ95 и мембранные иммуноглобулины М ($\text{ш}^{\wedge}\text{М}$) и О ($\text{ш}^{\wedge}\text{О}$). Анализ содержания в периферической крови Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и МК-клеток при ХОБЛ и БА показал наличие изменений, характерных для любых воспалительных процессов. При этом получены существенные различия в изменениях поверхностного фенотипа лимфоцитов при ХОБЛ и БА. У больных ХОБЛ отмечено значимое увеличение содержания в крови цитотоксических Т-лимфоцитов (СР8+) – до 34%, а у больных БА, напротив, наблюдается снижение этого показателя до 21%. Содержание в крови больных ХОБЛ Сй16+-лимфоцитов (МК-клетки) также достоверно повышено и составляет примерно 33%, в то время как у больных БА практически не отличается от показателей здоровых людей – около 10%.

Вывод. Выявленные различия отражают особенности патогенеза ХОБЛ и БА и могут использоваться в качестве дополнительного критерия дифференциальной диагностики, что поможет в своевременной диагностики и дальнейшего лечения больных ХОБЛ и БА.

КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

РУСТАМОВА М.Т., ХАЙРУЛЛАЕВА С.С., САЛАЕВА М.С., САЛИМОВА Н.Д., ИСМАИЛОВА Ф.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение структуры и частоты коморбидных состояний у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы. В исследование были включены 150 больных бронхиальной астмой (БА) с длительностью заболевания от 1 до 20 лет. Критериями включения в исследование явились: верифицированный диагноз БА, добровольное согласие пациента на участие в исследованиях, способность адекватно оценивать свое состояние и своевременно и корректно заполнять дневник самоконтроля. Скрининг по диагностике симптомов поражения гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у больных БА при обследовании предусматривал анкетирование по модифицированному вопроснику. Оценка состояния ГДЗ проводилась с помощью эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС).

Результаты исследования. При обследовании больных целенаправленно выявляли наличие и время появления жалоб со стороны органов пищеварения, таких как изжога, отрыжка, срыгивание, боли за грудиной и в эпигастральной области, чувства комка в горле. Анкетный скрининг больных БА показал, что подавляющий процент больных не акцентирует свое внимание на имеющиеся жалобы гастродуоденального характера, либо относят их к проявлениям своего основного заболевания. Лишь 5,3% больных из числа опрошенных дали неопределенно положительный ответ в отношении вопроса «Подозревали ли они у себя заболевание желудка?». Результаты опроса выявления гастроэнтерологических симптомов (боль в эпигастрии и/или за грудиной, отрыжка, изжога, срыгивание тошнота, чувство комка в горле) у больных БА показали

высокую их встречаемость. Отмечено, что при детализированном опросе симптомы изжоги, боли в эпигастрии и/или за грудиной и отрыжки отмечали 6 из 10 пациентов, симптомы чувство комка в горле и срыгивание – 5 из 10 пациентов и тошноту – 4 из 10 пациентов. Результатами выполненной ЭГДФС патология ГДЗ выявлена у 67,3% пациентов. Клиническая симптоматика поражений ГДЗ отчетливо коррелировала с режимами глюкокортикоидной терапии БА и дозами глюкокортикостероидов (ГКС). Оценка выявления гастроэнтерологических симптомов (боль в эпигастрии и/или за грудиной, отрыжки, изжога, срыгивание, тошнота, чувство комка в горле) у больных БА в зависимости от подходов медикаментозной терапии показала, что боль в эпигастрии и/или за грудиной отмечают 7 из 10 пациентов БА, которые принимают системные (с) ГКС, 5 из 10 пациентов – ингаляционные (и) ГКС, 8 из 10 пациентов – комбинированной терапии сГКС и иГКС, и лишь 2 из 10 пациентов, которые принимали только бронхолитические средства (аминофилины и др.). Высокая частота поражений

ГДЗ у больных БА определяется дефектами на уровне пищевода у 40,2% пациентов, желудка – у 21,1%, 12-ти перстной кишки у 2,0% пациентов. Важными факторами развития патологии ГДЗ у больных БА являются курение, употребление алкоголя, сильно охлажденных напитков и нарушение техники безопасного применения ингалятора.

Выводы. 1. Патология гастродуоденальной зоны эндоскопически верифицируется у 67,3% больных БА, при этом катаральные формы поражения ГДЗ определяются в 46,0% случаях, эрозивно-язвенные – в 21,3% случаев.

2. Высокая частота поражений ГДЗ у больных БА коррелирует с длительностью приема и дозами ГКС терапии, что подчеркивает ее роль пускового механизма развития патологии ГДЗ. Факторами развития патологии ГДЗ у больных БА являются поведенческие факторы – курение, употребления алкоголя и сильно охлажденных напитков, нарушение техники безопасного применения ингалятора, создающие серьезные предпосылки к развитию данной патологии.

НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТУПЕНИ ТЯЖЕСТИ

САЛАЕВА М.С., САЛИМОВА Н.Д., ХАЛИМОВА Х.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение нарушения показатели PaO_2 у больных БА в зависимости от степени тяжести.

Материал и методы исследования. В стационаре обследованы 42 больных БА. Средний возраст больных БА составил $46,3 \pm 0,61$ лет (средний возраст мужчин – $45,6 \pm 0,99$ лет, женщин – $46,9 \pm 0,87$ лет).

Для оценки кислород – транспортной системы крови и показатели кислотно – щелочного равновесия: pH крови, буферные основания (BB, моль/л), сдвиг буферных оснований (BE), стандартный бикарбонат (SB). У 96 больных ХОБЛ и 107 больных БА включенных в исследование микрометодом Аструпа в артериализованной крови исследовали напряжение кислорода (pO_2 мм рт ст), напряжении углекислого газа (pCO_2 мм рт ст), насыщение крови кислородом (O_2 , %).

Результаты исследования. В результате исследования выявлена оценка показателя PaO_2 , отражающего различную степень хронической дыхательной недостаточности показала, что с утяжелением степени заболевания в 1,3 раза уменьшается число больных без проявлений дыхательной

недостаточности и в 4,0 раза возрастает число больных с ДН II степени с показателями PaO_2 от 40 до 59 мм рт. ст. У больных БА с утяжелением степени тяжести обнаруживаются и изменения со стороны сердечно – сосудистой системы. Так, у больных БА тяжелого персистирующего течения в 2 раза выше число лиц, имеющие нарушения возбудимости ($46,3 \pm 7,8\%$ против $22,7 \pm 9,1\%$ у лиц с БА легкого персистирующего течения) и в 1,3 раза – нарушение проводимости ($12,2 \pm 5,1$ против $9,1 \pm 6,3\%$), в 2,2 раза чаще диагностируется отклонение от вправо ($9,7 \pm 4,6\%$ против $4,5 \pm 4,5\%$), в 4,3 раза чаще отмечается P – pulmonale ($19,5 \pm 6,2\%$ против $4,5 \pm 4,5\%$). Более выражено данные нарушения зависят от степени хронической дыхательной недостаточности и достоверно выше у больных с ХДН II степени.

Выводы. 1. У больных БА с утяжелением степени тяжести обнаруживаются и изменения со стороны сердечно – сосудистой системы.

2. Более выражено данные нарушения зависят от степени хронической дыхательной недостаточности и достоверно выше у больных с ХДН II степени.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ТАГАЕВА М.Х., ИСМАИЛОВА Ф.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Прогнозирование рисков поражения верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ) при бронхиальной астме и разработать эффективную тактику ведения больных с патологией гастродуоденальной зоны.

Задачи исследования. 1. Изучить клинко-эндоскопические особенности поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных бронхиальной астмой.

2. Оценить причинные факторы риска развития поражения гастродуоденальной зоны с учетом генетических данных

3. Разработать тактику ведения и комплексного лечения патологии ВОПТ у больных бронхиальной астмой, направленную на снижение прогрессирования заболеваний.

Материал и методы. Нами обследовано 75 больных БА различной степени тяжести со стажем болезни от 1 до 20 лет. Средний возраст пациентов составил $45,5 \pm 8,5$ лет.

Включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы: I группа: 25 больных средне тяжелой степенью БА. II группа: 20 больных тяжелой БА. III контрольная группа: 30 пациентов БА легким персистирующим течением. Контрольную группу составили 20 здоровых па-

циентов. Всем больным проведено комплексное обследование, которое включало клинко лабораторные исследования, эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) со взятием биоптата слизистой желудка на исследование хеликобактер пилори (НР).

Выводы. 1. Патология ВОПТ эндоскопически выявлены у 66,0% больных БА, при этом поражения пищевода – у 42,3% больных БА, желудка – 25,3% и 12-перстной кишки – у 2% пациентов. Катаральные формы поражения ВОПТ определены в 44,7% случаях (в основном пищевода), эрозивно-язвенные (в основном желудка) – в 21,3% случаев.

2. Частота эрозивно-язвенных поражений ВОПТ у больных БА коррелирует с тяжестью течения заболевания, приемом глюкокортико-стероидной терапии и наличием НР, при этом необходимо более углубленное медико генетическое исследование.

3. Развитие патологии ВОПТ у больного бронхиальной астмой способствует ухудшению течения БА и требует разработать тактические подходы к персонализированной терапии как гастродуоденальной патологии, так и БА.

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ТОШЕВ С.С., КАМИЛОВА У.К.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина, г. Бухара, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить кардиоваскулярную коморбидность у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 81 больных ХОБЛ в возрасте от 40 до 55 лет, находившихся на лечении в клинике Бухарского государственного медицинского института в 2019 году. Проводилось анкетирование, объективный осмотр больных, учитывались данные амбулаторной карты.

Результаты исследования. Анализ показал, что артериальная гипертония (АГ) выявлялась у

45 (55,6%) больных. Ишемическая болезнь сердца встречалась у 14 (17,3%) больных: стабильная стенокардия 8 (9,9%) больных, перенесенный инфаркт миокарда у 6 (7,4%) больных. АГ является одним из наиболее распространенных коморбидных состояний у больных ХОБЛ. и ассоциирована с неблагоприятным прогнозом в отношении развития кардиоваскулярных заболеваний и смерти от кардиоваскулярных причин.

Таким образом у больных ХОБЛ из кардиоваскулярных коморбидных состояний преобладала артериальная гипертония.

ОЦЕНКА РЕАКЦИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРОВЕДЕНИЕ 6-МИНУТНОГО ШАГОВОГО ТЕСТА

ТУРСУНОВА Л.Д., МИРЗАЕВА Г.П.

Ташкетская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка факторов, лимитирующих физическую работоспособность у больных ХОБЛ в процессе выполнения теста 6-минутной ходьбы с использованием капнографии.

Материал и методы: обследовано 32 больных: с диагнозом ХОБЛ II ст, стабильного течения ($n=18$, возраст $57 \pm 5,34$ года), с диагнозом ХСН II-IV ФК по NYHA ($n=14$, возраст $55 \pm 7,23$ года). Проводился тест 6-минутной ходьбы в соответствии со стандартами. Оценивалась одышка по шкале Borg, динамика жалоб больного (одышка, слабость в ногах, сердцебиение, боли в сердце), объективные данные (АД, пульс, ЧДД), регистрировалась капнограмма с помощью монитора жизненно важных функций капнографа-пульсоксиметра LifeSense LS1-9R компании MedAir AB. Регистрация капнограммы осуществлялась до, во время и после выполнения нагрузочного теста.

Результаты исследования. Проведенное исследование установило, что реакция дыхания и газообмена в покое и при проведении нагрузочного теста у больных с ХОБЛ и ХСН

различна. В покое гипокапния достоверно чаще регистрировалась в группе больных ХСН. В группе больных ХОБЛ снижение $PETCO_2$ при проведении 6MWD было достоверно больше, чем в группе больных ХСН ($p<0,05$). Причиной остановки больных при проведении 6MWD являлась одышка достоверно чаще в группе больных ХОБЛ ($p<0,05$). Одышка усиливалась до 6–7 баллов по шкале Борга в группе ХОБЛ ($p<0,05$), в группе больных ХСН до 6–8 баллов ($p<0,05$). При проведении 6MWD частота сердечных сокращений достоверно чаще увеличивалась в группе больных ХСН ($p=0,044$), частота дыхания достоверно увеличивалась в группе больных ХОБЛ ($p=0,037$). Сильная корреляционная взаимосвязь выявлена между показателями $PETCO_2$ и одышкой в группе больных ХСН ($r=-0,74$, $p<0,05$), в группе больных ХОБЛ ($r=-0,76$, $p<0,05$).

Выводы. Капнография позволяет установить индивидуальные особенности реакции дыхания на проведение 6-минутного нагрузочного теста и оценить функциональные способности пациентов с ХОБЛ и ХСН.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю., КАСЫМОВА О.М., ИСМАИЛОВА З.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированного препарата фостер в лечении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследовано 38 больных в возрасте от 45 до 74 лет с диагнозом ХОБЛ со средней и тяжелой степенью тяжести течения. В период пребывания в стационаре при последующих амбулаторных визитах через 2–4 месяца лечения все обследованные больные проходили комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследования с включением аппарата Спиролит (фирма schiller) для определения функции внешнего дыхания: форсированный выдох, жизненную емкость легких, максимальную и минутную вентиляцию легких. Все больные были распределены на 2 группы. Первая группа – 38 больных средней и тяжелой степени тяжести.

Среди обследованных больных 23 мужчин и 15 женщин на фоне комбинированной медикаментозной терапии – фостер 100 мкг/6 мкг (беклометазондипропионат 100 и формарол 6 мкг) по 1–2 вдоха 2 раза в сутки в течение 10 дней. Контрольная группа составила 15 больных, получавших бекотид по 100 мкг (беклометазондипропионат) по 1–2 вдоха 2 раза в сутки.

Результаты исследования. Больные получавшие фостер 100/6 мкг после начала лечения один вдох 2 раза в день утром и вечером. После улучшения общего состояния в зависимости от степени тяжести не менее 1 месяца один раз вдоха в день до 6 месяцев.

У всех обследованных больных ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести обструктивные нарушения в виде снижения ОФВ и ЖЕП после короткого курса лечения на 5–6 сутки начала

приёма фостера по сравнению с контрольной группой отмечалась регрессия клинических симптомов, достоверно уменьшилась интенсивность приступообразного кашля с продуктивным отхождением макроты, одышка и сухие хрипы, улучшились данные лабораторно-инструментальных показателей. Одновременно отмечалось улучшение общего состояния больных: восстановились нормальный сон, повышение аппетита и последующем улучшилось качество жизни больных, нормализовалась

работоспособность. У групп больных средней тяжести ХОБЛ ремиссия наблюдалась сравнительно дольше чем у групп больных с тяжелой степенью тяжести.

Выводы. Таким образом, включение у больных ХОБЛ на фоне комплексной медикаментозной терапии фостер, за короткое время способствовал значительному улучшению клинической картины, параметров лабораторно-инструментальных показателей и качество жизни больных по сравнению с контрольной группой.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЧАПАУ А.Х., АКМУРАДОВА М.Х., ДЕРЬЯЕВА Г.Г., ХЫДЫРОВА О.Т.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучение развития ремоделирования сердца при бронхиальной астме (БА) с учетом тяжести течения заболевания.

Материал и методы. Были обследованы 93 больных БА. В соответствии с Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы у 21 (23 %) больного была диагностирована легкая (БАЛТ), у 47 (50 %) – среднетяжелая (БАСТ) и у 25 (27 %) – тяжелая (БАТТ) степени тяжести БА. С целью анализа изменений кардиальной системы все больные в зависимости от клинического течения, выраженности обструктивного синдрома и характера медикаментозного фона на догоспитальном этапе и в стационаре, а также наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ССП) были разделены на 8 групп (подгрупп). Возраст больных колебался от 16 до 62 лет. Длительность БА у большинства больных превышала 3 года. Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало общеклинические и инструментальные методы – электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), функция внешнего дыхания (ФВД).

Результаты исследования. ХМЭКГ выявило данные, подтверждающие роль активации САС в генезе нарушений ритма

сердца, и свидетельствовало о развитии электрофизиологического ремоделирования миокарда. Анализ гемодинамики выявил снижение удельного веса гиперкинетического типа за счет увеличения зукинетического и гипокинетического типов. Повышенные уровни систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и общего легочного сопротивления (ОЛС) были выявлены при гормонозависимой БАСТ. В этой категории больных обнаруживались гипертрофия ПЖ и уменьшение желудочкового индекса, свидетельствующие о геометрической перестройке ПЖ. Нарушения диастолической функции возникали при БАСТ и учащались при БАТТ. Отмечалось развитие дисфункции ПЖ гипертрофического типа.

В результате, в группе БАТТ было выявлено 15 % больных с бессимптомной диастолической дисфункцией ПЖ, в группе БАСТ – 10 % и еще 5 % пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией. Ремоделирование ЛЖ проходило параллельно правому. Концентрическое ремоделирование ЛЖ было обнаружено, начиная с легкой степени БА.

Выводы. Развитие ремоделирования сердца у больных БА происходит на фоне нейрогуморальных изменений, включающих гиперактивацию САС, РААС, системы натрийуретических пептидов. Все это еще раз убеждает о кардиореспираторном континууме при БА.

ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РУЗМЕТОВА И.А., САЙПНАЗАРОВА Х.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнить клинические показатели коморбидных заболеваний для оценки характера прогрессирования ХОБЛ. Дать клинικο-демографическую характеристику и определить коморбидный фон у больных ХОБЛ различных стадий.

Материал и методы. В исследование были включены больные (32 человек), из них мужчины 23 (72%) и женщины 9 (28%) поступившие в отделение пульмонологии РСНПМЦТ и МР в 2019 год с диагнозом хронической обструктивной болезни легких.

Средний возраст больных составил $62,5 \pm 2,65$ лет для мужчин, $68,4 \pm 4,34$ лет для женщин. Проанализировали истории болезни ретроспективным методом.

Результаты исследования. Изучены 32 историй болезней больных разного пола. Согласно проведенному анализу, внебольничная пневмония встречалась у 4 больных, хронический тонзиллит у 1 пациента, хронический ринит у 1 больного и острый фарингит у 2 больных. Осложнение в виде пневмосклероза у 1 больного, дыхательной недостаточности у 12 пациентов. У 24 из 32 больных

была выявлена ГБ II-III ст., у 13 пациентов – ИБС. Стенокардия напряжения ФК II–III, у 5 больных выявлен атеросклероз аорты и сосудов головного мозга, гипертоническая ангиопатия у 1 больного, ЖЭС у 1 больного, ХСН – у 7 больных.

Помимо заболеваний сердечно – сосудистой системы хронический холецистит был выявлен у 21 больного, остеохондроз позвоночника с рефлекторно-болевым синдромом у 19 больных, НАЖБП у 10 больных, остеоартроз коленных суставов у 3 больных и СД 2 типа у 2 больных, СРК с запором у 4 пациентов. Хронический простатит был выявлен у 3 мужчин, хронический гепатит «С» типа – у 2 пациентов, ДГПЖ – у 2 мужчин, смешанный зуб – у 1 женщины, верифицированный ГЭРБ – у 1 женщины, киста почки – у 1 пациента.

Выводы. По встречаемости коморбидной патологии у больных ХОБЛ ведущими являются ИБС, ГБ, хронический холецистит, остеохондроз позвоночника и остеоартроз.

Как осложнение часто встречается дыхательная недостаточность и хроническая сердечная недостаточность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИМ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ

ЯКУБОВ А.В., ЗУФАРОВ П.С., МУСАЕВА Л.Ж., САИДОВА Ш.А., АРИПДЖАНОВА Ш.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата пульмостим на показатели спирометрии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 40 больных ХОБЛ II ст. в сочетании с АГ 1–2 ст., из них было 23 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 45 до 65 лет. Средний возраст составлял 58,7 лет. Все пациенты получали стандартную терапию ХОБЛ и АГ, согласно общепринятым рекомендациям и в дополнение к базисной терапии назначали сироп пульмостим по 1 десертной ложке 3 раза в день в течение 10 дней. Сироп пульмостим содержит пять активных компонентов (корень шток-розы розовой, корень солодки голой, листья подорожника большого, плоды шиповника, трава термопсиса). Всем пациентам проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением ОФВ1 на аппарате SuperSpiro, так же прово-

дился тест 6 минутной ходьбы (МХ) при поступлении и на фоне применения сиропа пульмостим.

Результаты исследования. На фоне приема препарата мы наблюдали увеличение дистанции, пройденной в тесте 6МХ с $357 \pm 24,6$ метра до $410 \pm 27,2$ метра, что отражает улучшение качества жизни пациентов. Также нами выявлено увеличение ОФВ1 на 66% и более у 69% пациентов при дополнении к базисной терапии сиропа пульмостим. Помимо вышеизложенного, у 55% пациентов отмечали уменьшение кашля, облегчение отхождения мокроты. Переносимость сиропов пульмостим у всех больных была хорошей, побочных реакций не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, выявлено достоверное улучшение показателей спирометрии и результатов теста с 6-ти минутной ходьбы у пациентов с коморбидной патологией – ХОБЛ в сочетании с АГ на фоне приема отечественного многокомпонентного сиропа пульмостим.

PREVALENCE AND FEATURES OF CLINICAL COURSE DAMAGES OF THE GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS IN END-STAGE OF RENAL DISEASE

BEKENOVA F.K., TKACHEV V.A., MAKHAMBETOV K.O., ABU A.B., KASSET A.A.

NJSC «Astana medical university», Nur-Sultan, Kazakhstan

Purpose. To study the prevalence, nature and characteristics of the clinical course of lesions of the gastroduodenal zone among patients in end-stage of renal disease (ESRD).

Material and methods. The study included 210 patients (98 men, 112 women, average age 39.3 ± 7.5 years) with ESRD who are on programmed hemodialysis (PGD). The duration of treatment with PGD at the start of the study ranged from 2 to 84 months. All patients underwent endoscopy. To identify helicobacteriosis was used a histological analysis of biopsy samples of the gastric mucosa (GM).

Results. The prevalence of lesions of the gastroduodenal zone (GDZ) in patients with ESRD was 78% ($n = 164$). The high prevalence of GDZ lesions found by us with ESRD is undoubtedly associated with a high prevalence in the general population of GDZ diseases. However, in chronic uremia, GDZ is one of the first to be included in extrarenal mechanisms aimed at increasing the excretion of nitrogenous wastes. The stomach is most often and early affected, as defined by the term «uremic gastropathy». Among lesions of the gastric mucosa and duodenum, gastritis and gastroduodenitis with no signs of erosion or ulcers predominated – 73%. Erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract were detected in 27% of cases. The most frequently observed erosive gastritis is 11% ($n = 18$) and erosive duodenitis – 9.7% ($n = 16$). The share of stomach ulcers and duodenum was 4.8% and 2.5%, respectively. No age-sex dependence of the development of a lesion of the gastrointestinal tract with ESRD was detected. At the same time,

there was a reliable correlation between the frequency of the lesion of GDZ and the experience of chronic renal failure ($r = 0.34$; $p < 0.05$). Noteworthy is the prevalence of dyspeptic syndrome (82%), the most common symptoms of which were a decrease or lack of appetite (56%); discomfort in the epigastric region (42%). Nausea and heartburn were noted in 23% and 25% of patients, respectively. The frequency of pain was 17.7% ($n = 29$). The prevalence of *H. pylori* (HP) in the biopsy material was high at 77%. The prevalence of light (43%) and medium degree (24%) of HP contamination of the gastric mucosa. We found a direct correlation between the frequency of contamination of the gastric mucosa and indicators of uremia: creatinine and urea ($r = 0.27$; $p < 0.01$). At the same time, the severity of clinical symptoms in patients with gastric hypertension was not dependent on the degree of dissemination of HP in gastric mucosa. The high prevalence of uremic damage to the mucous membrane of the gastrointestinal tract in a painless (atypical) form that we found is associated with a decrease in the threshold of pain sensitivity in peripheral nerve fibers that innervate the gastric mucosa and duodenum due to the action of uremic toxins on them.

Conclusion. Among patients with ESRD who received PGD, a high prevalence of GDZ lesion was revealed, amounting to 78%. The clinical course of GDZ lesions was distinguished by erased symptoms. In patients with ESRD, there is a high incidence of HP infection of 77%, with a predominance of a weak and moderate degree of microbial contamination of the gastric mucosa.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА ВИСМУТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

АЛЛАБЕРДЫЕВ А.А., ТАНРЫБЕРДЫЕВА Т.О., МЕЗИЛОВА ДЖ.Г., КУРБАНОВ В.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Гаррыева,
г. Ашгабад, Туркменистан*

Цель исследования. Изучить эффективность трикалия дицитрата висмута в лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В исследование были включены 34 пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (19 мужчин и 15 женщин) в возрасте 27–49 лет (средний возраст $36 \pm 3,4$ лет). Продолжительность заболевания составляла $8,5 \pm 4$ года. Пациенты основной группы получали трикалий дицитрат висмута по 240 мг в сочетании с амоксициллином по 1000 мг, кларитромицином по 500 мг и пантопразолом 20 мг (все препараты 2 раза в день в течение 10 дней). Контрольную группу составили 25 больных, принимавших пантопразол в стандартной дозировке и кларитромицин по 500 мг в сочетании с амоксициллином по 1000 мг. При анализе эффективности терапии учитывали динамику болевого и диспепсического синдромов, результаты эзофагогастродуоденоскопии (ЕГДС).

Результаты исследования. На 8 – 10 день от начала лечения исчезновение симптомов заболевания отмечалось в основной группе у 27 (80%). В контрольной группе на фоне проводимого

лечения боли в животе купировались у 15 больных (60%). У 12 (35%) пациентов основной группы была достигнута ремиссия заболевания. Уменьшение выраженности болевого синдрома отмечалось у 14 (40%) и 5 (20%) больных основной и контрольной групп соответственно. Отсутствие положительной динамики симптомов заболевания или ухудшение состояния не отмечалось в обеих группах. Наше исследование показало, что схема, включавшая трикалий дицитрата висмута не только не уступает традиционной эрадикационной терапии, а даже превосходит ее.

Выводы. Трикалий дицитрат висмута является универсальным цитопротектором, который может быть использован при всех вариантах воспалительно – деструктивного процесса в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Цитопротекторы могут включаться в схемы лечения основного заболевания, а в ряде случаев назначаются в виде монотерапии. При их рациональном использовании существенно повышается эффективность лечения язвенной болезни и снижается риск развития его осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЕМАНЕРА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

АТАДЖАНОВА М.А., МУРАДОВА И.Г., ОВЕЗОВА С.О., ХУДАЙБЕРДЫЕВА Г.П.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучение эффективности эзомепразола капсульной форме при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 14 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Из них 8 женщин, мужчин – 6. Средний возраст больных составил $39 \pm 4,3$ года.

У больных наблюдались следующие симптомы: изжога, отрыжка, у некоторых кашель, запах изо рта. Больным проводились лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эзофагогастро – дуоденоскопия (ФГДС).

Эманера 40 мг в капсуле была назначена 1 раз в сутки за час до приема пищи. Кроме того больные принимали антациды и прокинетики.

Препарат был рекомендован для приема в течение 4 недель.

Результаты исследования. В результате наблюдения через 2–3 дня после приема эманеры вышеуказанные жалобы исчезли, таким образом, по сравнению с другими ингибиторами протонной помпы эффект наступает быстрее. 60% больных дают предпочтение капсулам, у больных с затрудненным глотанием капсулы открывают и растворяют гранулы в воде, осуществляющих прием. Побочных проявлений не наблюдались.

Выводы. Эманера, как препарат эзомепразола в капсулах, является благоприятной и эффективной лекарственной формой; как ингибитор протонной помпы сохраняет снижение секреторной активности дольше; быстро купирует симптомы

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; для больных, предпочитающих капсульную лекарственную форму и у больных с затрудненным глотанием это лекарственная

форма будет препаратом выбора, поэтому найдет место для широкого применения в гастроэнтерологической практике.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИССЛЕДОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

БОБРО Л.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить характер поражения кишечника у пациентов с неисследованной кишечной диспепсией на фоне гипертонической болезни и диагностическую ценность фекальных кальпротектина и лактоферрина как маркеров колита.

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов с неисследованной кишечной диспепсией на фоне ГБ II стадии, 21 (45,6%) женщин и 25 (54,3%) мужчин, средний возраст пациентов составил 57 ± 2 года. Средний стаж гипертонической болезни 18 ± 2 года. У всех пациентов для определения фекального кальпротектина (ФК) и фекального лактоферрина (ФЛ) использовали Cito test Calprotectin-Lactoferrin, производитель CerTest Biotec S.L., с последующим проведением колоноскопии и гистологическим изучением биопсийного материала. Учет результатов теста проводился согласно инструкции. Также всем пациентам проводилось микробиологическое исследование кала. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS Statistics 17,0.

Результаты исследования. Отрицательным двойной фекальный тест был у 21 (45,6%) пациентов, при этом у 1 пациента ложноотрицательным; положительным – у 25 (54,3%) пациентов, при этом у 8 пациентов показатели теста были ложноположительными. Необходимо отметить, что у 3 пациентов с ложноположительным результатом теста исследованию предшествовал прием нестероидных противовоспалительных препаратов в течение более 2 недель, у 5 пациентов выявлены признаки дисбактериоза толстой кишки II–III степени. Признаков хронических воспалительных заболеваний кишечника по результатам колоноскопии не выявлено ни у одного пациента. Признаки, характерные для ишемического колита: утолщение стенок капилляров на фоне неизменной

или бледной слизистой, наличие диапедезных кровоизлияний, участков склероза и гиалиноза в собственной пластинке слизистой кишечника были обнаружены у 17 (36,9%) обследованных. У 5 пациентов на фоне ишемического колита были выявлены колоректальные полипы (2 пациента), дивертикулы толстой кишки (3 пациента). У 20 (43,5%) пациентов на фоне отрицательных результатов теста и отсутствия гистологических изменений стенки кишечника проявления кишечной диспепсии трактовались как функциональные. Общие показатели информативности теста: чувствительность (Se) – 94,4%, специфичность (Sp) – 71,4%, точность (Ac). –80,4%. При этом у пациентов с положительным ФК на фоне отрицательного ЛФ, риск микроциркуляторной дисфункции кишечника достоверно выше, чем только при положительном ФЛ (OR 5,7 при 95% ДИ 0,12–23,9). У пациентов с только положительным ФЛ выше риск колитов с дисбиозом толстой кишки (OR 21,0 при 95% ДИ 1,3–29,3).

Выводы. У пациентов с кишечной диспепсией на фоне ГБ II стадии при отрицательных результатах теста отсутствовали признаки воспалительных заболеваний кишечника, при наличии положительных результатов теста (45,7% пациентов) признаки ишемического колита определялись у 37,1% обследованных ($P > 0,05$). Безусловно, тест не заменяет методы инструментальной диагностики патологии кишечника и не может быть использован для верификации этиологии колита. Однако большое преимущество оценки данных фекальных маркеров колита в том, что они потенциально способны уменьшить количество агрессивных исследований у пациентов с кишечной диспепсией, в том числе и с осложненным течением гипертонической болезни; корректировать диагностический поиск и лечение у данной категории больных.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНТЕЗА ЛЕЙКОТРИЕНОВ И АКТИВНОСТИ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ В РАННИЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

БУРМАК Ю.Г., ПЕТРОВ Е.Е., ИВАНИЦКАЯ Т.А.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

Цель исследования. Целью настоящего исследования стало изучение динамики содержания липоксигеназных метаболитов арахидоновой кислоты и активности липопероксидации в ранние сроки после проведенной терапии больных пептической язвой (ПЯ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) с коморбидной гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Группа исследуемых лиц включала 54 больных ПЯ ДПК в возрасте от 38 до 49 лет, из которых у 33 пациентов имела место коморбидная ГБ. Определение содержания ЛтВ4 и ЛтС4 в плазме крови проводили радиоиммунным методом (набор реактивов производства Amersham, Великобритания), уровень малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом; референтными значениями стали показатели практически здоровых лиц ($n=21$), не имевших с исследуемыми больными различий по полу и возрасту. Математическая обработка проводилась с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты исследования. Исходным исследованием было выявлено значительное, по сравнению с группой контроля, увеличение содержания в плазме крови больных ПЯ ДПК и коморбидной ГБ ЛтВ4 – в 1,4 раза (в контроле – $53,2 \pm 11,4$ пг/мл; $p < 0,001$) и ЛтС4 – в 5,3 раза (в контроле – $39,7 \pm 10,8$ пг/мл; $p < 0,001$), при этом с аналогичными показателями больных ПЯ ДПК анализируемые показатели достоверно не различались. Содержание МДА в сыворотке больных обеих исследуемых групп было равнозначным и по сравнению с референтной нормой ($4,88 \pm 0,18$ мкмоль/л) отмечалось его

увеличение в 2,3 раза ($p < 0,001$). Повторным (после основного курса лечения) исследованием содержания Лт в плазме крови исследуемых показано, что у больных ПЯ ДПК наблюдалось снижение содержания ЛтВ4 и ЛтС4 в 2,4 ($p < 0,01$) и 2,9 ($p < 0,05$) раза. Вместе с тем следует отметить, что динамика снижения ЛтВ4 и ЛтС4 у больных коморбидной патологией хотя и была достоверной, но менее значимой – в 1,98 и 1,93 раза ($p < 0,01$). Необходимо подчеркнуть, что в отличие от больных ПЯ ДПК, где в показателях ЛтВ4 и ЛтС4 достоверность различий (по сравнению с контролем) после лечения не наблюдалась, у больных коморбидной патологией эти показатели сохраняли как более высокие значения, так и достоверность различий с референтной нормой ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Следует также отметить, что динамика снижения уровня МДА после лечения у исследуемых больных была достоверной ($p < 0,001$), но по сравнению с больными ПЯ ДПК (снижение в 1,45 раза) достоверно ($p < 0,001$) менее выраженной у больных коморбидной патологией (снижение в 1,23 раза). Изложенное выше, таким образом, позволяет сделать нижеследующие выводы.

Выводы. У больных ПЯ ДПК, а также при коморбидном ее течении с ГБ имеет место существенное повышение синтеза лейкотриенов, сочетающееся с выраженной активацией процессов пероксидации липидов. Динамика снижения содержания лейкотриенов в ранние сроки лечения больных коморбидной патологией является значимо сниженной, чем у больных ПЯ ДПК, при этом сохраняется высокой активностью процессов пероксидации липидов, что позволяет указанное выше рассматривать как критерий отягощения течения коморбидной патологии.

КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ВЬЮН Т.И., ПАСИЕШВИЛИ Л.М.

Харьковский национального медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Определить состояние кальциевого обмена у пациентов с ХП и при его сочетании с ГБ и установить его влияние на развитие осложнений.

Материал и методы исследования. У 70 пациентов с коморбидностью ГБ и ХП (основная группа) и 40 лиц с изолированным ХП (группа сравнения) проведено определение фракций

кальция в сыворотке крови. В группах, обследованных преобладали женщины (72,9% (51/70) и 70% (28/40)), средний возраст по группам составил $33,2 \pm 2,1$ (основная) и $32,9 \pm 3,1$ (сравнения) лет. Показатели контроля получены у 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Состояние кальциевого обмена определяли биохимическим методом (набор реактивов PLIVA-Lachema, Чешская республика). Ионизированный кальций (Ca_i) сыворотки крови рассчитывали по формуле Д.И. Мицур; одновременно определяли кальциевый коэффициент – КК (соотношение общего и ионизированного Са между биологическими жидкостями).

Результаты исследования. При исследовании содержания общего Са сыворотки крови было установлено его достоверное ($p < 0,05$) снижение по сравнению с контролем ($2,62 \pm 0,03$ ммоль/л) как у пациентов основной группы ($2,32 \pm 0,01$ ммоль/л), так и группы сравнения ($2,50 \pm 0,01$ ммоль/л). Показатель Ca_i также был ниже данных контроля ($1,23 \pm 0,01$ ммоль/л) и составил $1,16 \pm 0,01$ и $1,18 \pm 0,01$ ммоль/л

соответственно ($p < 0,05$). Такие изменения в показателях фракций кальция крови приводили к увеличению кальциевого коэффициента у лиц основной группы с $46,9 \pm 0,2\%$ до $49,8 \pm 0,2\%$, что было результатом потери ионизированного кальция клеткой. В группе сравнения колебаний в показателях КК выявлено не было ($47,0 \pm 0,3\%$). Изучаемые параметры не имели зависимости от пола и возраста пациентов (больные в перименопаузе и климаксе к работе не привлекались).

Выводы. При сочетанном течении ГБ и ХП отмечаются изменения в показателях кальциевого обмена, что обусловлено нарушением поступления кальция с пищей и перераспределением его между биологическими средами. При отсутствии адекватного поступления Са с пищей, его восполнение для «повседневной потребности» организма будет происходить за счет костной матрицы, т.е. возникают предпосылки к формированию остеопоротических состояний, что требует контроля и коррекции выявленных нарушений.

ПОЛИПОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – ЭХО-ГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ИБРАГИМОВ А.Ю., КОДИРОВ Н.А., ФАЗЫЛОВ А.В., ХУСАНОВ А.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка и диагностика полипов желчного пузыря, а также их дифференциальная диагностика.

Материал и методы. Ретроспективно провели сравнительный анализ результатов ультразвукового анализа у 110 пациентов, с заключением полип или полипоз желчного пузыря. Проанализировали количество, размеры, форму, эхогенность, структуру, наличие или отсутствие акустической тени, ножку.

Результаты исследования. Эхографические размеры «полипов» желчного пузыря составили: 2–5 мм у 57 (51,8%) пациентов, 6–10 мм у 39 (35,4%) и 11–22 мм у 14 (12,7%) пациентов.

Динамическое ультразвуковое наблюдение позволяет следить за изменением размеров полипа. Отсутствие роста полипа мы предлагаем считать сохраняющиеся размеры либо их изменение на 1 мм, так как, эта величина находится в пределах ошибки измерения. Медленным ростом – увеличение диаметра полипа на 2 мм в год. Быстрый рост, когда диаметр полипа увеличивается более 2 мм в

год. Современная тактика ведения пациентов с полипами желчного пузыря состоит в их периодическом ультразвуковом контроле и своевременном операционном лечении.

Из 110 человек, находящихся под ультразвуковым мониторингом, у 86 (78,2%) человек размеры полипа или полипов желчного пузыря остаются те же. Тогда как у 24 (21,8%) человек установлен медленный рост полипов и увеличение их количества.

Выводы. Эхографическое заключение «полипоз желчного пузыря», это понятие собирательное, которое может соответствовать различным гистологическим формам доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов желчного пузыря.

Размеры полипа желчного пузыря 10 мм и более и быстрый рост являются показаниями к хирургическому лечению. Полипы желчного пузыря размером менее 10 мм при их медленном росте, менее 2 мм в год, подлежат ультразвуковому мониторингу.

ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

КАДЫРОВА Ш.А., НАРЗИЕВА З.Ш.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту, виды сердечных аритмий и факторы риска у больных билиарной патологией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 56 больных с желчно-каменной болезнью (ЖКБ) находившихся на стационарном лечении клинической больницы №1. Женщин было 36, мужчин – 20, возраст от 27 до 70 лет. У 27 (48,2%) больных при обследовании выявлены ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией, у 7 (12,5%) сахарный диабет, у 12 (21,4%) ожирение, а 10 (17,8%) больные без сердечной патологией. Диагноз ЖКБ подтверждалась при ультразвуковом исследовании, а также типичными приступами желчной колики. Наряду с этим исследовался широкий спектр биохимических констант, характеризующих функциональное состояние печени, липидный и белковый обмен. Проводилось также электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (Эхо-КГ) исследования. В плановом порядке у 26 пациентов выполнена лапаротомия и холецистэктомия, у 30 пациентов выполнено лапароскопическое удаление желчного пузыря. Нарушения сердечного ритма изучали при помощи динамической ЭКГ до и после операции и Эхо-КГ.

Результаты исследований. Исходно нормальная ЭКГ регистрировалась у 24% больных. До операции у 65% больных на ЭКГ выявлен синусовый ритм.

Частота аритмий и нарушений проводимости была следующей: синусовая аритмия – 9,5%; синусовая брадикардия – 12,6%; синусовая тахикардия – 6,2%, блокада левой ножки пучка Гиса неполная – 0,3%, желудочковая экстрасистолия (1–2 градации) – 1,3%; наджелудочковая экстрасистолия – 1,2%; постоянная форма фибрилляции предсердий – 3,9%. Все случаи фибрилляции предсердий наблюдалась у больных патологией ИБС и старше 60 лет у мужчин. В послеоперационном периоде выявлено преобладание синусовой тахикардии (24,5%), что вероятно обусловлено экстракардиальной регуляцией сердечного ритма в результате возникновения хирургического стресса, не регистрировались желудочковая и наджелудочковые экстрасистолии.

Выводы. Как видно из полученных данных фоновая сердечно-сосудистая патология оказывает отягчающее влияние на развитие аритмий при билиарной патологии: аритмогенными факторами являются мужской пол, ИБС, АГ, возраст старше 60 лет, а также напряжение вегетативной регуляции кровообращения с преобладанием парасимпатического тонуса. Лечение заболеваний желчного пузыря может улучшить функциональное состояние миокарда. Однако, нормализация изменений со стороны сердечно-сосудистой системы происходит только при своевременной и ранней терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ НА БАЗИСНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

КАРИМОВ М.Ш., ПАРПИБОЕВА Д.А., МИРРАХИМОВА Н.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка изменений морфологической картины печени методом эластометрии у больных ХГС на фоне комбинированной гепатопротективной терапии.

Материал и методы. Обследовано с ноября 2018 года по ноябрь 2019 года 16 больных хронический вирусный гепатит С (ХВГС) в возрасте от 48 до 67 лет. При обследовании больных, наряду с общеклиническими данными, использован ряд современных лабораторно-инструментальных исследований, включая ультрасонографическое исследование и эластографию печени. Исследования на аппарате

«Фиброскан» проводились до начала лечения и через 1 месяц после окончания курса лечения.

Распределение по полу: 9 мужчин и 7 женщин. Средний показатель эластичности ткани печени до начала лечения составил 7,2 кПа (от 2,8 до 65,7 кПа). Исходно пациенты распределились следующим образом: с минимальным фиброзом печени (ФП) (<7,1 кПа) – 54% (9 чел.), с умеренным ФП (7,1–9,5 кПа) – 20% (3 чел.), с выраженным ФП (9,5–12,5 кПа) – 20% (3 чел.), с ЦП (>12,5 кПа) – 6% (1 чел.). После окончания курса лечения снижение показателей эластичности ткани печени было отмечено

у 9 (56%) пациентов. Средний показатель эластичности ткани печени после окончания лечения составил 5,8 кПа. Среднее значение снижения показателя эластичности составило $1,7 \pm 6,2$ кПа. Отмечено перераспределение больных по группам с разной степенью ФП. Минимальный ФП (<7,1 кПа) определялся у 74% (12 чел.), умеренный (7,1–9,5 кПа) – у 26% (4 чел.); пациентов с тяжелым (9,5–12,5 кПа) фиброзом и ЦП (>12,5 кПа) не выявлено.

Результаты исследования. У пациентов получавших комбинированную гепатопротективную терапию через 1 месяц после окончания курса лечения по данным

эластометрии отмечено улучшение эластических свойств ткани, что свидетельствует в пользу уменьшения степени ФП.

Выводы. Таким образом, эластометрия может быть использована для неинвазивной диагностики динамики ФП на фоне проведения курса комбинированной гепатопротективной терапии. Гепатопротекторы с различным механизмом действия можно, а в ряде случаев, при сочетании синдромов поражений и ФП, необходимо назначать одновременно. Наиболее оптимальными комбинациями могут являться: Урсосан + адеметионин + Фосфоглив, на базисном этапе лечения.

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

КАРИМОВ М.Ш., ШУКУРОВА Ф.Н.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Инфекции вирусного гепатита В (ВГВ) и вирусного гепатита С (ВГС) в основном поражают печень; тем не менее, несколько исследований значительно описывают внепеченочные клинические данные, в том числе ревматические, гематологические, нефрологические, дерматологические, неврологические и другие системные аутоиммунные расстройства. Цель – изучить частоту выявления ревматологических симптомов и ревматических заболеваний у пациентов, инфицированных ВГВ или ВГС.

Материал и методы. Всего 35 пациентов (из них 9 пациентов ВГВ и 26 пациентов ВГС) включены в исследование, у которых было впервые диагностирован вирусный гепатит В и С, для оценки ревматических жалоб, а также пациенты, у которых уже установлен диагноз ВГВ и ВГС. Среди этих пациентов 77,1% (двадцать семь пациентов) с ранее диагностированным гепатитом на основании данных исследования сыворотки крови на наличие анти-HCV и HBsAg иммуноферментным методом и RNA HCV, HBV в сыворотке крови методом ПЦР, и у 22,8% был новый диагноз гепатита В и С. Средний возраст пациентов составлял $45,7 \pm 5,2$, в диапазоне от 20 до 65 лет среди пациентов с ВГВ и ВГС, а соотношение женщин: мужчин составляло 24:11 соответственно были включены в исследование.

Результаты исследования. Предыдущие исследования показали, что скелетно – мышечные симптомы являются одним из наиболее распространенных внепеченочных

проявлений у больных с HCV и HBV. Это исследование представляет высокую частоту скелетно-мышечных проявлений, для пациентов, инфицированных ВГВ и ВГС, что приводит к частоте 82,8% и 80% для артралгии, сопровождаемой миалгией в 71,4% и 57,1%. %, и артрит в 25,7% и 40%, соответственно, для инфекции HBV и HCV. Следует, что большинство пациентов с ВГВ или ВГС, включенных в данное исследование, имели низкий показатель вирусной нагрузки (это оправдано тем, что на момент исследования большинство пациентов с ВГВ находились под антивирусным лечением, а большинство носителей ВГС уже завершили свое противовирусное лечение, вызывающее подавление репликации вируса), и у всех них были ревматические жалобы, подтверждающие, что минимальная репликация вируса может объяснить внепеченочные проявления у этих пациентов.

Выводы. Таким образом, что высокая распространенность ревматологических проявлений и ревматических заболеваний, диагностированных у пациентов с инфекциями гепатита В и С, в ходе этого исследования подчеркивает важность рассмотрения вирусного гепатита в качестве дифференциального диагноза для пациентов с ревматическими симптомами, а также серологического тестирования на гепатит в качестве рутинного исследования. Кроме того, для изучения внепеченочных проявлений настоятельно рекомендуется проводить диагностические мероприятия в плане вирусных гепатитов.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

КАСЫМОВА Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка гастроэндо-скопических результатов на распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. Данное исследование состояло из 50 пациентов, средней возраст $54,3 \pm 5,6$, 1 группа составила 25 пациентов с ХБП С3-С4, 2 -группа с ХБП С1-С2, всем пациентам проводилось анкетирование по опроснику Gerdq, так же проведено эндоскопическое исследование. Мы проверили их почечную функцию, желудочно-кишечные симптомы и гастроэндо-скопические исследования, а также исследовали взаимосвязь между почечной функцией и гастроэндо-скопическими данными и распространенность ГЭРБ.

Результаты исследования. По данным опросника Gerdq у 78% больных отмечалось предрасположенность ГЭРБ, данные пациенты были направлены на гастроэндо-скопическое исследование. По результатам гастроэндо-скопических исследований у 1 группы распространенность ГЭРБ составила 64,0%, а во 2 группе – 47%. Распространенность ГЭРБ имела тенденцию к увеличению по мере ухудшения почечной функции.

Выводы. По нашим результатам, в зависимости от степени тяжести ХБП пациенты с ГЭРБ имели плохой прогностический эффект. Таким образом, это исследование предполагает, что целевое наблюдение и лечение ГЭРБ важны в клинической помощи населению с ХБП.

ГРУППЫ РИСКА КОМОРБИДНЫХ ГЕПАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

КОЛОМИЕЦ В.М.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия

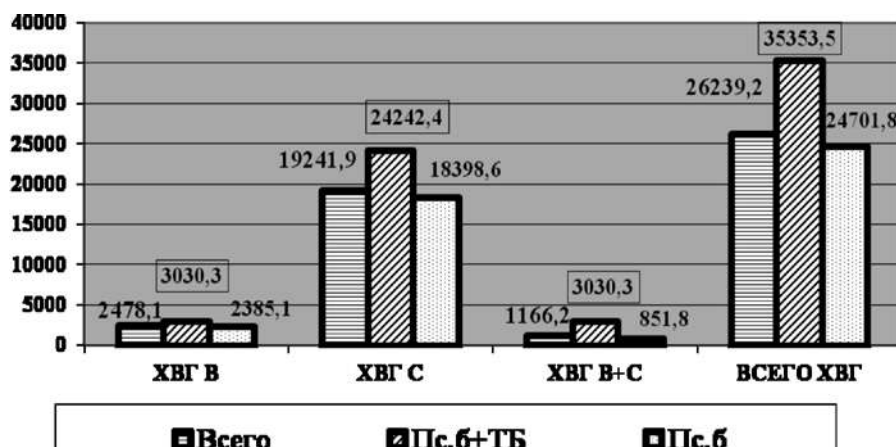
Цель исследования. Изучение групп риска по коморбидной гепатит ассоциированной патологии с целью интенсификации ее выявления.

Материал и методы. Наблюдения проводятся в течение пяти лет, на территории одного из регионов России, в двух наиболее уязвимых группах риска населения по коморбидной патологии – больных туберкулезом (ТБ) и психическими заболеваниями (ПС). Использовали общепринятые методы диагностики ТБ и ХГВ, включая инновационные.

Результаты исследования. В результате интенсивных противоэпидемических мероприятий, преимущественно неспецифической профилактики ТБ за последние 10 лет заболеваемость ТБ в регионе составляет менее 30,0, частота же впервые выявляемого

вирусоносительства в целом составляла 4,8–4,9% ежегодно среди этой группы или 285/100.000, в то время как среди всего населения не превышает 60/100.000 населения. Наиболее часто вирусоносительство обнаруживали среди больных инфильтративным и диссеминированным ТБ легких – в 37,7% и 27,2% случаев соответственно, у больных фиброзно-кавернозным – 16,3%, плевритом – 5,4%, туберкулезом – 4,5%, казеозной пневмонией – 1,7% и очаговым в 7,2% случаев

В то же время частота ХГВ в группе риска ПС является крайне высокой сравнительно с населением, и прежде всего среди страдающих коморбидными болезнями, т.е. больных и переболевших ТБ вирусоносителей вирусов В и С (рис.).



Выводы. 1. Больные ТБ и ПС болезнями являются группой повышенного риска хронического носительства вирусов гепатита В и С.

2. Среди больных ТБ преобладают носители вируса С, однако клиническая структура заболевания является более неблагоприятной у носителей вируса В.

3. Целесообразна иммунизация больных ТБ и ПС болезнями, как группы повышенного риска носительства вирусов среди населения, против гепатита и разработка индивидуализированных режимов при стандартной терапии больных ТБ вирусоносителей гепатитов.

ЗНАЧЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ

КУРБАНОВ В.А., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить эффективность растительных сборов в лечении хронических гепатитов.

Материал и методы. На базе Лечебно-консультативного центра им. С.А.Ниязова в отделении гастроэнтерологии нами было обследовано 45 мужчин больных хроническим гепатитом. Хронический гепатит проявлялся тупой болью и чувством тяжести в правом подреберье (89,1%), диспепсией и неустойчивым стулом (67,5%), желтуха (34,7%), кожным зудом (12,6%), незначительное повышение температуры тела (23,4%), общей слабостью, снижением работоспособности (78,3%). Увеличение печени отмечалось у 95% больных. Заболевание было диагностировано с помощью ультразвукового исследования печени, компьютерной томографии. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа получала гепатопротекторы (эссенциале форте, гептрал), 2 группа – гепатопротекторы в сочетании с фитосбором (3 столовые ложки (ст. л.) плодов шиповника, 2 ст. л. плодов боярышника, 2 ст. л. листьев крапивы, 1 ст. л. травы зверобоя).

Результаты исследования. Выявлена связь хронического гепатита с вирусом В и С у 25, заболеваниями желчевыводящих органов – у 7, злоупотреблением алкоголем – у 5, аутоиммунным процессом – у 1, медикаментозным поражением – у 3 больных. В группе, принимавшей гепатопротекторы, были достигнуты положительные результаты на 7 сутки терапии в виде снижения желтухи (50%), уменьшения диспепсии (46% больных), тогда как остальные жалобы сохранялись. В группе, принимавшей гепатопротекторы в сочетании с фитотерапией, были получены положительные результаты уже на 3 сутки лечения в виде уменьшения болей и чувства тяжести в правом подреберье (45%), снижения диспепсии (25%) и желтухи (30%).

Выводы. Гепатопротекторы в сочетании с фитотерапией, проявляя свою эффективность уже на раннем этапе лечения, улучшают течение заболевания и снижают риск развития осложнений (цирроза и карциномы печени).

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРИМЕНЕНИЕМ СИМБИОТИКА «BIFOLAK®-ACTIVE»

МАМАНАЗАРОВА Д.К., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить возможности лечения СРК при использовании биологически активной добавки (БАД) «BIFOLAK®-ACTIVE», содержащей мультиштаммы пробиотиков, пребиотиков и биоадсорбенты.

Материал и методы. В исследование включены 70 больных с СРК (основная группа, ОГ), 43 из них – с признаками диареи (СРК-Д), 27 – с преобладанием запора (СРК-З), мужчин 19, женщин 51, средний возраст 30,9 года (28; 42). Длительность заболевания при СРК-Д была

23,0 месяца (16,7; 65,6). Лечение продолжалось 14 дней согласно инструкции применения. КГ состояла из 12 больных СРК-Д и 10 больных с СРК-З, они получали рутинные средства лечения, без пробиотиков. У 16 из 92 больных ОГ и КГ были аллергия (17,4%).

Результаты исследования. Через 14 дней, т.е. сразу после завершения лечения, у больных ОГ достигнута клиническая ремиссия у 90,7% при СРК-Д и у 73,0% при СРК-З (снижение общего балла по опроснику «7х7» на 75,1% при

СРК-Д и на 65,0% при СРК-З). Через 6 недель от начала терапии клиническая ремиссия оказалась устойчивой у большинства пациентов ОГ СРК-Д и СРК-З (76,9% и 70,4% соответственно). Признаки аллергозов уменьшились или исчезли. У пациентов КГ результаты были неоднозначными, снижение общего балла по опроснику «7×7» было в пределах 27,0–21,2%, ремиссия непродолжительной.

Выводы. БАД «BIFOLAK®-ACTIVE» восстанавливает нормальные функции кишечника и очищает организм от шлаков, токсинов и аллергенов, образующихся при гнилостном и бродильном процессах в кишечнике. Рецидивы СРК требуют возобновления терапии с применением «BIFOLAK®-ACTIVE».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАСЛА ИЗ КОСТОЧЕК ВИНОГРАДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

МАМЕДСАХАТОВА С. Ч., ОВЕЗОВА Г.К.

*Государственный Медицинский университет Туркменистана им. Мурата Гаррыева,
г. Ашхабад, Туркменистан*

Цель исследования. Государственная программа Туркменистана «Здоровье» требует активного внедрения научно обоснованных мер профилактики болезней с использованием местных лечебных ресурсов. Хронические колиты значительно ухудшают качество жизни больных, снижая их трудоспособность. Перед обществом стоит задача обеспечить больных новыми, легко доступными, желательно натуральными, безопасными технологиями. Необходим природный адаптоген, который поможет в предупреждении и устранении хронических колитов. Своеобразным ответом на эту задачу могут явиться производимые современными методами местные растительные масла: из косточек винограда, арбузное, дынное, кунжутное и томатное.

Материал и методы. Исследования проведены в группе больных хроническими колитами (n=37 чел), находившихся на стационарном лечении. Средний возраст больных 47±7,9 лет. Среди них 12 мужчин и 25 женщин. Длительность заболевания от 3 до 17 лет. Контрольная группа 23 человека. Всем больным был рекомендован диетический режим с ежедневным приемом 20 г растительного масла из косточек винограда 2 раза в день. Курс 3 недели. Применяли масло, непосредственно добавляя его в пищу (супы, каши, пюре, салаты).

Больным проведено комплексное обследование с использованием клинических, лабораторных, функциональных, инструментальных, рентгенологических исследований. В момент поступления у большинства больных отмечалась различной степени выраженность патологического процесса.

Результаты исследования. Сопоставительный анализ данных показал, что в обеих группах больных с хроническими колитами выявлен положительный, клинический эффект. Лучшие результаты получены у 73% больных, дополнительно получавших масло из косточек винограда. В основной группе наблюдалось более раннее и стабильное улучшение клинической картины заболевания, опорожнение кишечника, уменьшение явлений диспепсии, болевого синдрома и слабости. Положительная динамика в соматическом состоянии коррелировала с показателями лабораторных и функциональных данных.

Выводы. механизм лечебного действия масла из косточек винограда, возможно связан с наличием в нем мощной антиоксидантной активности биологически активных веществ. Дополнительное применение масла из косточек винограда способствует улучшению качества и оптимизации медикаментозной терапии больных хроническими колитами.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

ПАРПИБОЕВА Д.А., КАРИМОВ М.Ш.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить возможность использования данных совместного изучения клинико-лабораторных исследований и метода эластометрии для определения тяжести поражения печени (стадий фиброза и цирроза) у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С

Материал и методы. В исследование были включены 50 пациентов (28 мужчин и 22 женщины) с хроническим гепатитом С (ХГС). Средний возраст больных составил $39,5 \pm 10,2$ года. Сопоставимая по полу и возрасту контрольная группа включала 15 практически здоровых лиц. У пациентов с ХГС рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Диагноз ХГС устанавливали на основании комплекса данных клинико-лабораторного и инструментального обследования. Плотность печени и стадию фиброза определяли методом ультразвуковой эластографии (УЗЭ), оценка биохимических параметров сыворотки крови: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), альбумина, тромбоцитов.

Результаты исследования. У больных ХГС ИМТ не имел статистически значимых отличий от значений группы контроля ($p=0,81$), хотя у 11% из 50 обследованных отмечалось превышение нормального ИМТ, соответствующее избыточной массе тела, а у 4% пациентов наблюдались признаки абдоминального ожирения. В целом в группе больных ХГС по данным УЗЭ плотность

печени в среднем составила $9,6 \pm 9,5$ (от 3,1 до 63,9) кПа. По данным лабораторных тестов, в группе обследованных лиц с ХГС были статистически значимо повышены уровни трансаминаз АЛТ и АСТ, что свидетельствует о наличии у больных синдрома цитолиза ($p<0,001$ и $p<0,001$). Сывороточный уровень альбумина не имел достоверных отличий от группы контроля ($p=0,76$), хотя у 18% обследованных регистрировалась гипоальбуминемия. Снижение количества тромбоцитов наблюдалось у 16% ($p=0,04$). Выраженный фиброз печени (FIII) от умеренного (FI–II) у больных ХГС позволяют диагностировать такие параметры: возраст ($p=0,03$), ИМТ ($p=0,02$), повышенные уровни АЛТ ($p=0,02$), АСТ ($p=0,02$), пониженные значения альбумина ($p=0,01$) и количества тромбоцитов ($p=0,002$). Таким образом, полученные данные позволяют стратифицировать все стадии фиброза в печени при ХГС, что подтверждается их прямыми значимыми корреляциями с плотностью печени по данным УЗЭ ($r=0,42$; $p=0,001$ и $r=0,41$; $p=0,001$ соответственно).

Выводы. Прогрессирование ХГС и фиброгенеза в печени сопровождается уменьшением синтеза альбумина, количества тромбоцитов. Уровень альбумина и количества тромбоцитов совместно с показателями эластометрии можно использовать как дополнительные критерии диагностики продвинутых стадий фиброза (FII–FIV) у пациентов с ХГС.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ФИБРОЗА

РАХИМОВА З.Р., ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени М.Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучение доплерографических показателей портального кровотока у больных хроническими гепатитами в зависимости от стадии гепатита.

Материал и методы. Было обследовано 33 больных (21 мужчина и 12 женщин) хроническим гепатитом различной этиологии в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст составил – $42 \pm 2,1$ года. Контрольную группу составили 20 (8 мужчин и 12 женщин) практически здоровых лиц без патологии печени в возрасте от 19 до 50 лет, средний возраст составил – $31 \pm 2,3$

года. По этиологии больные распределились следующим образом: 28 больных вирусным гепатитом, из них 6 (18,2%) больных вирусным гепатитом В, 22 (66,6%) больных вирусным гепатитом С. Алкогольная болезнь печени (стеатогепатит) был у 5 (15,2%) больных. Стадия заболевания определялась на аппарате FibroScan по шкале МЕТАВИР. По степени фиброза больные распределились следующим образом: FI – 10 больных (30,3%); FII – 10 больных (30,3%); FIII – 13 (39,4%) больных. Для оценки портального кровотока проводилась

импульсволновая доплерография сосудов портальной системы. Кровоток изучался в воротной и селезеночной венах, где определяли следующие параметры – диаметр сосуда (D, см) максимальная линейная скорость кровотока (Vmax), минимальная скорость кровотока (Vmin), объемная скорость кровотока (Vvol) и усредненная во времени максимальная скорость (TAMX). Объемная скорость кровотока

вычислялась по формуле $V_{vol} = \frac{\pi \times D^2}{4} \times \frac{TAMX}{1,6} \times 60$.

Артериальный кровоток изучался в общей печеночной и селезеночной артериях, где определялись следующие параметры: диаметр сосудов (D, см), максимальная линейная скорость кровотока (Vmax), минимальная скорость кровотока (Vmin), индекс резистентности (IR), пульсационный индекс (PI), систоло-диастолический индекс (S/D), и усредненная во времени скорость (TAMX).

Результаты исследования. С увеличением стадии фиброза наблюдается уменьшение максимальной линейной и минимальной скоростей в воротной вене: на 25% в F3 в сравнении с F1 и на 21% в F3 по сравнению с F2, а так же увеличение диаметра воротной вены на 17% в F3 в сравнении с F1. Объемный кровоток уменьшился на 21% у больных с F2 по сравнению с больными F1 и на 16% у больных

с F3 в сравнении с больными со стадией F1. В селезеночной вене максимальная скорость кровотока увеличилась у больных с F3 стадией на 14% и 18,5% в сравнении с больными F1 и F2 стадиями соответственно. Объемный кровоток усилился с увеличением стадии фиброза: на 13% у больных со второй стадией фиброза в сравнении с первой стадией фиброза и на 25% у больных с третьей стадией фиброза в сравнении с больными с первой стадией фиброза. Четкая корреляционная связь выявлена между диаметром селезеночной вены и объемным кровотоком в ней при стадиях F1 ($r = 0,70$) и F2 ($r = 0,84$). В общей печеночной артерии индекс резистентности вырос на 0,09 и на 0,14, что составило 12% и 19% соответственно в группе больных с F3 стадией по сравнению с больными F1 и F2 стадиями соответственно.

Выводы. выявленные нами изменения свидетельствуют об изменении портального кровотока у пациентов с хроническим гепатитом и выражаются уменьшением скорости кровотока в воротной вене и увеличением максимального и объемного кровотока в селезеночной вене, что говорит о перераспределении кровотока в сторону селезенки уже на стадии гепатита. Изменения портального кровотока прогрессируют с увеличением стадии фиброза.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСАМОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

САДИКОВА С.И., ДЖАЛИЛОВА С.Х.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить показатели психосоматических расстройств (ПР) у больных язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) и их изменчивость в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы. Нами было обследовано 75 больных ЯБ ДПК в возрасте 16–69 лет в отделении гастроэнтерологии 1 клиники ТМА, средний возраст $37,7 \pm 1,1$ лет, в том числе 31 (41,3%) женщина и 44 (58,7%) мужчины. Все больные разделены по давности заболевания на 2 группы: 1 – группа – 38 больных (50,7%), у которых заболевание выявлено впервые, 2 – группа – 37 больных (49,3 %) с длительным язвенным анамнезом, в среднем $7,9 \pm 0,5$ лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, ЭФГДС, оценивались показатели ПР: индекс выбранных шкал (ИВШ) – сумма шкал с положительным ответом; индекс качества жизни (ИКЖ) – алгебраическая сумма набранных баллов; индекс тяжести болезни (ИТБ) – сумма

баллов по группам субъективных расстройств и частоте обострений заболевания.

Результаты исследования. Было установлено, что в обеих группах чаще всего приводили к необходимости постоянно лечиться и принимать лекарства у 76,2% и 77,2% больных, необходимости ограничений физических усилий у 76,2% и 72,7% больных, необходимости ограничений контактов с друзьями и родственниками у 66,7% и 63,6 % больных, ограничению умственного труда у 61,9% и 59% больных, избеганию эмоциональных нагрузок у 61,9% и 54,5% больных, необходимости соблюдению диеты у 61,9% и 59% больных соответственно. Реже всего (22,7% – 28,6%) больные выбирали шкалы, указывающие на необходимость ограничений курения. Во 2 группе выявлен меньший процент по таким показателям, как: необходимость ограничений поездок в общественном транспорте 31,8% против 47,6%; избегать эмоциональных нагрузок и ограничения трудовой деятельности. ИВШ практически

равны, как в группе с впервые выявленным заболеванием $7,5 \pm 0,9$, так и в группе с язвенным анамнезом $7,6 \pm 0,8$. Также как и ИКЖ ($-7,7 \pm 1,1$) в 1 группе и ($-7,9 \pm 1,2$) во 2 группе. ИТБ значительно выше в группе больных с язвенным анамнезом $8,3 \pm 0,6$, чем в 1 группе $6,7 \pm 0,9$.

При анализе клинических данных выявлено, что длительность абдоминального болевого синдрома увеличивается со стажем заболевания с $6,1 \pm 0,7$ дня до $8,4 \pm 0,8$ дней ($p < 0,01$). Длительность диспепсического синдрома

достоверно не различима $3,1 \pm 0,7$ и $3,4 \pm 0,7$ дня. Размеры язвенного дефекта не зависят от длительности заболевания, а длительность рубцевания выше во 2 группе $21 \pm 0,9$ дня, чем в 1 группе $17,04 \pm 0,9$ дня ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, при длительном течении заболевания истощаются адаптационные, механизмы психологической защиты, которые проявляются через снижение показателей ПР и требуют коррекции.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

САДИКОВА С.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность препарата нифуратела при лечении лямблиоза кишечника.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 38 больных с кишечным лямблиозом, из них 18 (47,4 %) мужчин и 20 (52,6 %) женщин в возрасте от 20 до 35 лет. В основную группу вошли больные, у которых в пробах фекалий обнаруживались цисты, трофозоиты и/или антиген *L.intestinalis*, на момент исследования отсутствовали сопутствующие паразитарные инвазии. Всем с хронической формой лямблиоза была назначена общепринятая терапия: диета № 5, ферменты, желчегонные и седативные средства, комплекс витаминов, физиотерапевтические процедуры, а лечение лямблиоза проводили вольфураном – таблетки по 200 мг, в течение 7–10 дней в дозе по 2 таблетки 2 приема в сутки. Эффективность проводимой терапии оценивали со 2го дня приема препарата по результатам паразитологического (обнаружение цист лямблий) методом исследования проб фекалий. В конце лечения (на 7й или 10й день с момента приема препарата) проводили оперативный контроль за состоянием кишечной микрофлоры.

Результаты исследования. В ходе обследования диагноз лямблиозной инвазии был уста-

новлен у всех 38 (100 %) больных на основании выявления антигена лямблий в пробах фекалий и обнаружения их цист в кале у 33 (86,8 %) пациентов. У 18 (47,4 %) больных диагностирована бессимптомная форма лямблиоза. Лямблиозная инвазия обнаружена случайно, при диспансерном обследовании.

На фоне проводимого комплексного лечения у больных отмечались положительная динамика основного заболевания: к 5му дню купировались болевой и диспепсический синдромы. Контрольные анализы проб фекалий на присутствие цист лямблий и/или специфического антигена, проведенные через 2 нед. после приема препарата, у всех больных были отрицательными.

В течение всего курса лечения побочные или нежелательные реакции в виде абдоминальной боли, возникающие на 3й день приема препарата были отмечены нами всего у 1 (2,6 %) больного.

Выводы. Таким образом, эффективность вольфурана при лечении лямблиоза у больных по результатам исследований достигает до 100 %, поэтому его можно рекомендовать в лечении лямблиоза кишечника в условиях первичного звена здравоохранения.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПОДРОСТКОВ

САДИКОВА С.И., ДЖАЛИЛОВА С.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-эндоскопических особенностей хронических деструктивно – воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта у подростков.

Материал и методы. Обследование проводилось у 58 подростков (26 девочек и 32 мальчи-

ка) в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст $14,4 \pm 2,1$) с различными хроническими деструктивно-воспалительными заболеваниями, в том числе эритематозной гастропатией (ЭГ) – 36 (62,1%), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) – 18 (31%), эрозивным дуоденитом (ЭД)

–15 (26%). Диагноз ставили на основании жалоб, данных анамнеза, результатов объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследований. Всем подросткам проводили фиброгастродуоденоскопию (ЭФГДС).

Результаты исследования. Результаты проведенной работы показали, что основными клиническими проявлениями гастродуоденальной патологии у подростков были абдоминальные боли. Причем боли в эпигастрии и вокруг пупка чаще встречались при ЯБДПК и ЭД, чем при ЭГ. Жалобы на диспептические явления в виде отрыжки (14,7%), изжоги (34,7%), тошноты (26,7%) чаще предъявляли больные ЭГ. Как показало, ЭФГДС исследование, ЭГ локализовались преимущественно в антральном (46,1%), реже препилорическом (32,4%) или фундальном (21,5%) отделах желудка. При эндоскопическом исследовании у 15 (25,9%) учащихся 8–9 классов был выявлен эрозивный гастрит, у 24 (41,4%) – эрозивный бульбит, у 11 (19%) – язва

желудка, у 18 (31 %) – язва двенадцатиперстной кишки, у 18 (31 %) – хронический гастрит. При анализе частоты встречаемости различных форм хронических гастритов у 8 (44,4%) больных выявлена атрофическая форма поражения желудка, у 5 (28%) – гипертрофическая, у 3 (17%) – субатрофическая, у 2 (11,1%) – зернистая гиперпластическая и у 1 (5,5%) – геморрагическая локализованная форма.

Выводы. Хронические заболевания органов пищеварения у детей, учащихся в старших классах, широко распространены и не имеют тенденции к снижению. В структуре хронической патологии органов пищеварения у подростков ведущее место занимают заболевания гастродуоденальной области, среди них эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта – хронический гастрит (гастродуоденит) с эрозиями и язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, реже в желудке.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ТАГАЕВА М.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить отдельные этиопатогенетические механизмы и клинические особенности эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны, у больных циррозом печени и их коррекция.

Материал и методы. Обследованы 28 больных заболеванием печени у которых были обнаружены на ЭФГДС эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа получавшие традиционную терапию основного заболевания (14 больных), 2 группа на фоне традиционной терапии получавшие ИПП пантопразол (Пантап 40 мг) по 1 капс. 2 раза в день до еды в течении 28 дней.

Результаты исследования. При обследовании больных до лечения были выявлены: астено-невротический синдром – у 100% больных, вздутие живота – у 100% больных, тяжесть и боль в правом подреберье – у 78% больных, тошнота – у 52% больных, горечь во рту – у 43% больных, желтушность кожных покровов – у 33% больных, боли в эпигастрии – у 26% больных, снижение аппетита – у 24% больных, рвота – у 23% больных, сосудистые звездочки у 23% больных, изжога – у 14% больных,

При УЗИ исследовании у всех больных были изменения в печени: гепатомегалия – у 55% больных, уменьшение размеров у 15% больных, спленомегалия у 45% больных, расширение печеночных и селезеночных вен – у 77% больных.

На эндоскопическом исследовании выявлены: эрозии желудка – у 59% больных, эрозии 12 перстной кишки – у 23% больных, язвы желудка – у 15% больных, язва в 12 перстной кишки – у 3% больных, дуоденогастральный рефлюкс определен – у 87% больных. Через 15 дней лечения эрозии отсутствовали у 70% больных, язвы зарубцевались у 46,8% больных. У пациентов 1 группы уменьшение размеров язвы 1,0 раза и количество эрозий слизистой оболочки в 1,5 раза отмечалось только на 10–15 сутки лечения.

Выводы. 1. Клиническая особенность гепатогенных язв является бессимптомность, малосимптомность.

2. Препарат Пантап ускоряет регенерацию повреждений слизистой оболочки и рекомендуется использовать в комплексной терапии эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ТАНРЫБЕРДЫЕВА Т.О., ГУРБАНОВ В.А., ГАРОВОВ Г.Я.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить эффективность трикалия дицитрата висмута в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. В исследование были включены 45 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (25 мужчин и 20 женщин) в возрасте 27 – 49 лет (средний возраст $32 \pm 2,4$ года). Продолжительность заболевания составляла $7,4 \pm 3$ года. Пациенты основной группы получали трикалия дицитрата висмута по 240 мг в сочетании с пантопразолом 20 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Контрольную группу составили 20 больных, принимавших только пантопразол. При анализе эффективности терапии учитывалась динамика болевого и диспепсического синдромов, результаты эзофагогастродуоденоскопии.

Результаты исследования. На 7 день от начала лечения исчезновение симптомов заболевания отмечалось в основной группе у 37 (82%).

В контрольной группе на фоне проводимого лечения изжога купировалась у 5 больных (25%).

У 11 пациентов (24%) основной группы была достигнута ремиссия заболевания.

Уменьшение выраженности болевого синдрома отмечалось у 28 (62%) и у 8 (40%) больных основной и контрольной групп соответственно.

Через месяц при проведении контрольной эзофагогастродуоденоскопии в обеих группах отмечались положительные результаты: уменьшились гиперемия и отек слизистой пищевода, улучшилась его моторная функция.

В обеих группах отрицательная динамика заболевания или ухудшение состояния не отмечались.

Выводы. Трикалия дицитрат висмута является универсальным медикаментозным средством при цитопротективном лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и может использоваться при воспалительно – деструктивных процессах слизистой пищевода. При использовании этого цитопротектора существенно повышается эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и снижается риск развития её осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

ТАНРЫБЕРДЫЕВА Т.О., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч., БОЛМАММЕДОВ Ы.Ч.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучить эффективность растительных сборов в комплексном лечении неалкогольной жировой болезни печени.

Материал и методы. Обследовано 46 больных с неалкогольной жировой болезнью печени (34 женщины и 12 мужчин).

Заболевание было диагностировано с помощью ультразвукового исследования печени, компьютерной томографии. В биохимическом анализе крови отмечалось увеличение трансаминаз.

Результаты исследования. Проявления болезни были малозаметны и ограничивались чувством тяжести в подложечной области (94,3%), тошнотой (75,1%), неустойчивым стулом (27,9%), дискомфортом и болями в правом подреберье (53,8%).

Выявлена связь болезни с ожирением – у 27, сахарным диабетом – у 9, заболеванием кишечника – у 7, быстрой потерей веса – у 3 больных. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – принимавшие гепатопротекторы (essensiale forte) и 2 группа – получавшие гепатопротекторы в сочетании с фитотерапией (сбор № 2).

Группа, принимавшая гепатопротекторы, дала положительные результаты на 7 сутки терапии; у 49% больных снизилась тошнота, у 43% больных уменьшилось чувство дискомфорта, тогда как остальные жалобы сохранялись.

Группа, принимавшая гепатопротекторы в сочетании с фитотерапией дала положительные результаты уже на 3 сутки лечения. Чувство тяжести в подложечной области снизилось у 53%

больных, тошнота уменьшилась у 29%, а чувство дискомфорта – у 32% больных. Отмечалось также снижение активности трансаминаз (у 13% больных).

Выводы. Эффективность растительных сборов в сочетании с гепатопротекторами проявляется уже на раннем этапе лечения

неалкогольной жировой болезни печени. Снижается клиническая симптоматика, нормализуются лабораторные показатели крови, улучшается течение заболевания. Это, в свою очередь, снижает риск развития цирроза печени и карциномы.

УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 19 И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

ТИМОШЕНКО Г.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение сывороточного уровня фактора роста фибробластов 19 (ФРФ–19) и показателей липидного спектра крови у больных с сочетанным течением сахарного диабета (СД) 2 типа и хронического холецистита (ХХ) и при изолированном ХХ.

Материал и методы. В ходе исследования обследовано 93 больных, среди которых первую группу составляли 62 человека с сочетанным течением СД 2 типа и ХХ, вторую группу – 31 пациент с изолированным ХХ. Контрольная группа состояла из 20 здоровых доноров. Группы были сопоставимы по возрасту и гендеру. Определение состояния липидного обмена (общие липиды, холестерин липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности (наборы реактивов «Das spectrum med», Молдова), триглицериды (набор реактивов «Das spectrum med», Молдова). Уровень ФРФ–19 исследовали иммуноферментным методом (набор реактивов «BioVendor», Чешская республика).

Результаты исследования. Проведено определение содержания белка ФРФ–19 и установлено, что его уровень у больных с СД 2 типа и ХХ и изолированным ХХ был достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы, однако более выраженное снижение отмечено у пациентов с коморбидной патологией. Коморбидность СД 2 типа и ХХ негативно влияет на синтез ФРФ–19, что проявляется снижением его уровня на 64,7% при сравнении с больными, у которых был изолированный ХХ ($p < 0,05$). При определении показателей липидограммы было установлено, что у обследованных больных как с коморбидностью СД 2 типа и ХХ, так и с изолированным ХХ наблюдались сдвиги в показателях липидного профиля при сопоставлении с контрольной группой. Выявлено, что у больных с сочетанным течением СД 2 типа и ХХ уровень общего холестерина был выше, чем у контрольной группы на 95% ($p < 0,01$). Похожие изменения получены по показателям

триглицеридов и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), уровни которых у больных с СД 2 типа и ХХ превышали таковые у лиц контрольной группы в 1,5 раз и на 67,4% соответственно ($p < 0,01$). Сопоставление уровней липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у больных с коморбидностью СД 2 типа и ХХ с группой контроля показало уменьшение уровней данного показателя у больных основной группы в 1,4 раза ($p < 0,05$). У больных с изолированным ХХ уровни общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов достоверно превышали таковые у лиц контрольной группы на 33,5%, 7,03% та 28,9% соответственно ($p < 0,05$). Показатели ЛПВП был ниже на 19% у больных с изолированным ХХ, чем в группе контроля ($p < 0,05$). Сопоставление параметров липидограммы у больных с ХХ показало, что уровни общего холестерина, триглицеридов и ЛПНП были выше при коморбидности с СД 2 типа на 46,1%, в 1,4 раза и на 29,8% соответственно ($p < 0,05$). Уровень липопротеидов высокой плотности был достоверно ниже при сочетанном течении СД 2 типа и ХХ при сопоставлении с больными изолированным ХХ ($p < 0,05$).

Выводы. Было установлено изменение показателей липидного профиля крови как у больных с сочетанным течением СД 2 типа и ХХ, так и при изолированном ХХ, на фоне низкого сывороточного уровня ФРФ–19 при сопоставлении с группой контроля. Пониженный уровень ФРФ–19 в крови и проатерогенная активность маркеров липидограммы в большей степени выражены при коморбидности СД 2 типа и ХХ по сравнению с изолированным ХХ. Обозначенные изменения можно рассматривать в качестве одного из патогенических звеньев роста риска литогенеза, и тем самым, атеросклеротического поражения сосудов с развитием кардиоваскулярных событий. То есть, определение уровня ФРФ–19 можно использовать в качестве диагностически-прогностического маркера у больных с метаболическими нарушениями и билиарной патологией.

ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНЗИТОРНОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

УЛМАСОВА Ш.Р., СОБИРОВА Г.Н., СААТОВ З.З.

Центральный военный госпиталь СГБ РУз, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка степени выраженности фиброза и стеатоза печени по данным фиброскана печени у военнослужащих с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП)

Материал и методы. Обследовано 122 военнослужащих в возрасте $34,4 \pm 8,6$ лет с верифицированным диагнозом НАЖБП, из них: 76 с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), 46 – с жировым гепатозом (ЖГ). Среди обследованных было 4 женщины и 118 мужчин. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Эластографию проводили на аппарате «Фиброскан» («EchoSens», Франция). Оценка степени выраженности фиброза печени была проведена с помощью шкалы «METAVIR». Больным проведено традиционное медикаментозное лечение.

Результаты исследования. По результатам фиброскана печени распределение в группе обследованных лиц с НАЖБП по стадиям фиброза составило: F_0 (2,2–5,8 кПа) – 55%, F_1 (5,9–7,2 кПа) – 28%, F_2 (7,3–9,5 кПа) – 17%. Степень стеатоза была следующей: S_0 (180–227 дБ/м),

S_1 (228–268 дБ/м), S_2 (269–301 дБ/м.) и S_3 (302–346 дБ/м). При анализе степени выраженности фиброза и стеатоза печени в группе пациентов с ЖГ выявлено повышение выраженности фиброза на 40% и стеатоза 64% по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы и повышение на 70% в группе с НАСГ. У пациентов с НАСГ степень выраженности фиброза печени была выше на 21% по сравнению с группой пациентов с ЖГ. Проведение повторной эластографии через 3 месяца после проведенной терапии показало достоверное снижение степени выраженности фиброза в обеих группах с НАЖБП. Так в группе с НАСГ отмечалось снижение степени фиброза в среднем на 30% и степени стеатоза на 46%, в то время как в группе с ЖГ снижение показателей составляло 42% и 52% соответственно.

Выводы. Таким образом, у 43,5% военнослужащих с НАСГ и 33% с ЖГ выявились фибротические изменения в печени. Проведение адекватной терапии НАЖБП позволило снизить степень выраженности фиброза и стеатоза в группе с НАСГ на 30%, в группе с ЖГ на 42%.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

УЛМАСОВА Ш.Р., СОБИРОВА Г.Н., РАХИМОВ Ш.М.

Центральный военный госпиталь СГБ РУз, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) среди военнослужащих.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании проанализирована распространенность НАЖБП у 1500 военнослужащих, находившихся на лечении в 2018 и 2019 годах в терапевтическом отделении Центрального Военного госпиталя, расположенного в городе Ташкенте. Возраст пациентов составлял от 24 до 58 лет, средний возраст $39 \pm 4,5$, из них 1492 (99,5%) мужчин и 8 (0,5%) женщин. Индекс массы тела (ИМТ) оценивался по формуле Адольфа Кетли.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что среди обследованной вы-

борки 495 больных (33%) имели избыточную массу тела с ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м², у 722 больных (48,13%) ИМТ составлял 30 кг/м², то есть они страдали эссенциальным ожирением. У 283 (18,8%) больных имелся нормальный показатель ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м². Кроме того, было обнаружено, что НАЖБП встречалась у 364 (24,26%) больных, из них: с ожирением – 312 (20,8%) больных, с избыточной массой тела 42 (2,8%) больных, с нормальным весом – 10 (0,66%). Также был выявлен у 76 больных (5%) неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), из них: с ожирением 57 (3,89%), с избыточным весом 16 (1,06%) больных и с нормальным весом 3 (0,2%) больных. Анализ липидограммы выявил у 222 (14,8%) наличие дисли-

пидемии (ДЛП) типа IIб, у 120 (8%) больных тип II а, у 20 (1,33%) больных ДЛП IV типа и у 2 (0,13%) больных ДЛП V типа. У части больных было обнаружено наличие сопутствующей патологии. Так, ишемическая болезнь сердца была выявлена у 43 больных (2,86%), гипертоническая болезнь у 124 больных (8,26%), желчекаменная болезнь – 20 больных (1,33%), стеатоз поджелудоч-

ной железы – 36 больных (2,4%), подагрическая болезнь 12 больных (0,8%), число пациентов с инсулинорезистентностью составило 157 (10,46%) больных.

Выводы. Таким образом, среди военнослужащих в более чем четверти случаев наблюдается наличие НАЖБП, протекающей на фоне сопутствующей патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОКТОЗАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю., АХМЕДОВ М.А., МИРЗААХМЕДОВ М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить сравнительную оценку эффективности применения препарата проктозан при лечении больных хроническим неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 больных с НЯК по типу практита, находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении РКБ №1 в возрасте от 19 до 47 лет (средний возраст 36,4 года). Из них 18 женщин и 12 мужчин. Стаж заболевания 4,1 года в активной стадии заболевания.

Кроме общеклинических лабораторных исследований больным проводились: общий анализ крови и кала с бактериологическим посевом на чувствительность с включением ректороманоскопии, колоноскопии. При необходимости и другие методы исследования.

Препарат проктозан, оказывающий противовоспалительное действие применяли по 1 супозитории 2–3 раза в сутки после опорожнения кишечника ректально в течение 10 дней. Кроме того, основная 1 группа больных в зависимости от состояния принимала комплексную медикаментозную терапию с включением аминосалицилатов, иммуномодуляторов, кортикостероидов, антибиотиков, пробиотиков, а также симптоматическую терапию и другое.

Контрольная 2-ая группа из 20 больных получала только комплексную базисную терапию.

Результаты исследования. Анализ полученных нами данных показал, что в результате Per rektum наблюдения через 5–6 дней Per rektum применения препарата проктозан отмечена положительная динамика, по сравнению с контрольной группой где было назначено стандартное лечение. На 5–6 день уменьшились диспептические явления, вздутие живота, ложные тенезмы, выделение патологического секрета (слизистое выделение и крови).

К концу лечения наблюдалась эпителизация эрозий, язв, исчезновение отека и гиперемии, а также уменьшение травматичности слизистой оболочки кишечника.

Переносимость проктозана была хорошей, побочных проявлений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, медикаментозная терапия НЯК по типу практика должна быть комплексной, включающей противовоспалительную терапию и препараты, корректирующие иммунный статус, пробиотики, симптоматические препараты и т.д. Эти лечебные мероприятия должны сочетаться естественно с местной терапией, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ФАЗЫЛОВ А.В., АХМЕДОВ М.А., МИРЗАХМЕДОВ М.М., МАМАТКУЛОВ Ш.М., ИБРАГИМОВ А.Ю.,
МАТКАРИМОВ С.Р.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентская медицинская академия,
1-Республиканская клиническая больница, г.Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Улучшить результаты лечения язвенного колита и его осложнений путем применения современных информативных методов диагностики и адекватной хирургической тактики.

Материал и методы. В проктологическом отделении первой клинической больницы за период с 2010 по 2018 годы проведено консервативное и хирургическое лечение 284 больных язвенным колитом (ЯК). Из них было 183 мужчин (64,4%) и 101 женщина (35,6%) в возрасте от 15 до 61 года. Средний возраст составлял 37,1 ± 1,2 года.

При диагностике, кроме общеклинических лабораторных исследований использовали ректороманоскопию, колонофиброскопию, ирригографию, ультразвуковое исследование тонкой и толстой кишки, изучали микрофлору толстой кишки. При необходимости использовались виртуальная колоноскопия, компьютерная томография и интраоперационная колонофиброскопия.

Результаты исследования. Анализ полученных нами данных показал, что из 284 больных, у 9 (3,1%) установлено дистальное поражение, у 98 (34,5%) – левостороннее поражение, субтотальное – у 92 (32,4%) и тотальное – у 85 (30%) больных.

В клинике из 284 больных 59 (20,8%) больным проводили консервативное лечение, как базисную терапию применяли салофальк или пентаса по 3–4 г в день. Кроме этих препаратов, в зависимости от тяжести состояния больных назначали Альфа нормикс по 200 мг,

иммуносупрессоры, биологические препараты, глюкокортикоиды и общеукрепляющую терапию.

Полученные результаты показали, что эффективность консервативного лечения ЯК напрямую зависит от тяжести клинического течения. Медикаментозное лечение больных с легкой и среднетяжелой формой течения во всех случаях дало положительный эффект, но у больных с тяжелым течением существенного улучшения не было.

Показаниями к операции при язвенном колите являются тотальное поражение воспалительно-язвенным процессом, наличие кишечных и внекишечных осложнений, малигнизация, неэффективность консервативной терапии и прогрессирование заболевания.

225 (79,2%) больным проведено оперативное лечение, из них 136 (60,5%) тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с формированием илеоректального анастомоза с помощью циркулярно сшивающих аппаратов (ЦСА).

Выводы. Эффективность консервативного лечения ЯК напрямую зависит от тяжести клинического течения. Медикаментозное лечение больных с легкой и среднетяжелой формой течения у большинства дает положительный эффект.

Операцией выбора при субтотальном и тотальном поражении язвенным колитом является тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с формированием илеоректального анастомоза с помощью циркулярно сшивающих аппаратов.

ПУТИ КОРРЕКЦИИ ИНДОМЕТАЦИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ И СОСТОЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

ХАМРАЕВ А. А., АРИПОВА Н.Н.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности некоторых И-АПФ на состояние слизистого барьера желудка и окислительного стресса в слизистой желудка при индометацин-индуцированной гастропатии у животных с экспериментальным ревматоидным артритом.

Материал и методы исследования. Исследования проводили на 44 белых крысах-самцах смешанной популяции половозрелого возраста.

Экспериментальную модель ревматоидного артрита вызывали однократным введением в заднюю правую лапку 0,2 мл адьюванта Фрейнда. Индометациновую гастропатию вызывали путем введения водной суспензии индометацина в дозе 2,5 мг/кг *per os* в течение пяти дней. Исследуемые препараты вводили в виде водной суспензии в течение 10 дней в следующих дозах: эналаприл – 10 мг/кг, лизиноприл – 8 мг/кг, каптоприл – 7,5 мг/кг. Состояние слизистого барьера желудка изучали путем определения содержания фракций гликопротеинов в суспензии слизистой желудка. Состояние (ПОЛ) изучали определением содержания (МДА) и активности ферментов каталазы и (СОД) в слизистой желудка.

Результаты исследования. При экспериментальном ревматоидном артрите содержание фракций нерастворимых гликопротеинов и показателей ПОЛ в слизистой желудка

практически не отличается от результатов интактной группы. У животных с индометациновой гастропатией содержание сиаловых кислот было низким на 69,3%, а фукозы и белка на 55,3% и 48,0% соответственно. Индометацин значительно индуцирует ПОЛ. В этой группе содержание МДА увеличивалось на 130,4%, активность каталазы снижалась более чем в 2,5 раза, а СОД более чем в 2 раза. При лечении эналаприлом отмечали увеличение содержания сиаловых кислот на 60,8%, фукозы на 34,5%, белка на 29,7% и при этом содержание МДА снижалось на 38,5%, активность каталазы увеличивалась на 79,0%, а СОД на 42,8% от показателей группы с гастропатией без лечения. В плане коррекции нарушений взаимоотношения цитопротекции и окислительного стресса эффективным оказалось лечение каптоприлом. В этой группе содержание сиаловых кислот увеличивалось на 136,2%, фукозы на 69,7%, белка на 37,4%. Содержание МДА снижалось на 47,7%, активность каталазы увеличивалась на 103,0%, а СОД на 66,7%.

Выводы. Одним из причин нарушения синтеза нерастворимых гликопротеинов в слизистой желудка при индометациновой гастропатии является усиление процессов окислительного стресса. Эналаприл, лизиноприл и каптоприл оказывая антиоксидантный эффект стимулируют синтез гликопротеинов в слизистой желудка. Для коррекции этих взаимоотношений более эффективным является применение каптоприла.

ИЗУЧИТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

ШУКУРОВА Ф.Н., КАРИМОВ М.Ш.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. В связи со сложной эпидемиологической ситуацией по распространенности вирусных гепатитов, существенно возрастает риск развития внепеченочных патологий, в частности, ассоциированного артрита у больных с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ), который необходимо дифференцировать с инфицированием вирусами гепатита больных с ревматической патологией. Но вирусная инфекция ХВГ С и В так-

же может служить предиктором развития ассоциированного артрита, вследствие аутоиммунного процесса, клиническую картину которого трудно дифференцировать с истинным ревматоидным артритом (РА). Цель – выявление особенностей клинического течения и биохимических маркеров ассоциированного артрита на фоне хронического вирусного гепатита.

Материал и методы. В течение 12 месяцев наблюдались 50 больных ХВГ, которые лечились в многопрофильной клинике ТМА, терапевтическом и гастроэнтерологическом отделениях. Следует отметить, что гепатит В (ГВ) наблюдался у 20 (40%) больных, гепатит С (ГС) – у 27 (45%) больных, хронический идиопатический гепатит (ХИГ) – у 3 (5%) больных. В исследования были включены мужчины и женщины, средний возраст которых составил $46,52 \pm 6,58$ лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 70% (35). Все больные вирусным гепатитом ВГ были разделены в зависимости от наличия проявлений ассоциированного артрита на 2 группы: 1 группа – больные, у которых явления ассоциированного артрита отсутствовали и 2 – больных, у которых наблюдались явления ассоциированного артрита. Диагноз ХВГ верифицировался на основании исследования сыворотки крови на анти – HCV, HBsAg, HBeAg, определение HCV, HBV в сыворотке крови методом ПЦР.

Результаты исследования. По результатам анализа было выявлено, у 80% (40) больных с ХВГ развился ассоциированный артрит. В нашем исследовании у 22,5% (9) больных с ГВ, 40% (16) больных с ГС, у 5% (2) больных с ХИГ наблюдался ассоциированный артрит. В нашем исследовании локализация ассоциированного артрита у больных с ХВГ в зависимости от типа вируса распределялась следующим образом: плечевые суставы поражались в 53% случаев ГВ, 50% случаев ГС. Проявления ассоциированного

артрита в виде боли в локтевых суставах наблюдались у 20% больных с ГВ, 25% больных с ГС. У больных ХИГ в локтевых суставах боли не наблюдались. Боли в тазобедренных суставах наблюдались у 13% больных с ГВ и 13% больных с ГС, 33% больных криптогенным гепатитом. Коленные суставы были поражены у 7% больных с ГВ, 5% больных с ГС, 33% больных ХИГ. Боли в позвоночнике наблюдались у 7% больных с ГВ, у 7% больных с ГС, 33% больных криптогенным гепатитом. Следует отметить, что у больных с проявлениями ассоциированного артрита наблюдалась повышенная активность трансаминаз по сравнению с больными без артрита. Также наблюдалось достоверное увеличение содержания фибриногена, альбумина, всех фракций глобулинов и, соответственно, альбуминового/глобулинового коэффициента у больных с ассоциированным артритом.

Выводы. У больных с хроническими вирусными гепатитами В, С и ХИГ наблюдается одно из внепеченочных проявлений – ассоциированный артрит. Болевые ощущения отмечаются в плечевых, локтевых, тазобедренных суставах и реже в коленных и в позвоночнике. У больных с ХВГ с проявлениями ассоциированного артрита повышены активность трансаминаз, а также биохимические показатели, характерные для воспаления, по сравнению с больными ХВГ без ассоциированного артрита. Своевременное выявление данной группы больных будет способствовать адекватному активному лечению.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АССОЦИИРОВАННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ЮЛДАШЕВА Г.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние внешнесекреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сравнении с больными ХП с МС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 пациентов с ХП, 28 больных ХП с МС и 14 здоровых лиц. По значению ИМТ пациентов разделяли с нормальным весом тела $18,5-24,9$; предожирением $25,0-29,9$; ожирением: 1 ст. – $30,0-34,9$; 2 ст. – $35,0-39,9$; 3 ст. <40 . Для оценки внешнесекреторной функции ПЖ всем больным проводилось изучение копрограммы и фекальная эластаза (ФЭ) кала. Для визуализации ПЖ, проводилась трансабдоминальное УЗИ,

и для оценки структурные изменения ПЖ, а также денситометрической плотности органа проводилась КТ.

Результаты исследования. Среди больных обеих групп преобладали женщины (63,3%), чем мужчины. Избыточная масса тела выявлена у 26 больных ХП с МС (более $30,5 \text{ кг/м}^2$), средний ИМТ по группе составил $34,9 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$ и был достоверно выше, чем аналогичный показатель у больных ХП ($22,8 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$). У больных ХП с МС чаще наблюдалась изжога, а у больных ХП – снижение массы тела. Отмечены достоверные различия в частоте ЭНПЖ средней степени при ХП и ХП с МС – при наличии МС она встречалась чаще. По данным эластазного

теста, ЭНПЖ чаще диагностировалась у больных ХП с МС, по сравнению с больными ХП. Частота случаев стеатореи в группе больных ХП с МС оказалась также наибольшей, что коррелировало с относительно высокой частотой ЭНПЖ по данным ФЭ. Данные трансабдоминальной УЗИ показали, что в обеих группах имеются характерные изменения для ХП, но более неоднородной паренхимы выявлена при МС (87,9%) с наличием СПЖ.

Выводы. Таким образом, полученные данные можно объяснить тем, что при ожирении чаще, чем у здоровых людей, встречается СПЖ. Прямыми признаками СПЖ при КТ являются снижение денситометрических показателей, дольчатое строение железы с выраженными жировыми прослойками. Это можно объяснить тем, что СПЖ часто ассоциируются с ХП на фоне МС и играет существенной роли в генезе развития МС.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА АССОЦИИРОВАННОЙ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ ЛЕПТИНА

ЮЛДАШЕВА Г.Р., ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности показателя лептина в крови у больных хроническим панкреатитом (ХП) ассоциированной с инсулинорезистентностью (ИР).

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов с ХП, и 28 больных ХП с МС. Контрольную группу составили 14 человек. В опытную группу исследования были включены больные по критериям МС»: центральное ожирение, подтвержденное окружностью талии от 102см для мужчин и от 88 см для женщин, и любые два из нижеследующих критериев. Содержание инсулина и лептина определяли иммуноферментным методом, а свободных жирных кислот (СЖК) ферментативным методом.

Результаты исследования. Наряду с изменениями антропометрических данных, показателей углеводного и липидного обмена у пациентов с ХП сочетанной ИР имеется изменение функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Важным аспектом является связь ожирения и сахарный диабет II типа. Ожирение приводит к развитию ИР периферических тканей, что играет пусковую роль в развитии сахарного диабета II типа.

Самые высокие значения СЖК у обследуемых лиц выявлено в II группе (ХП с ИР). Так, при сравнении результатов исследования уровня СЖК с группой здоровых лиц, отмечено более 4 кратное увеличение. Межгрупповое сравнение больных различных групп было отмечено увеличение уровня СЖК при сравнении с группой I на 40%, и группой II – в 2,7 раза. Полученные данные указывают на повышение концентрации лептина у пациентов с ИР. Повышенный уровень лептина у таких пациентов может объясняться «резистентностью к лептину» -то есть основная причина ожирения не в недостатке лептина, а в нарушении чувствительности к нему.

Выводы. Уровень лептина отражает не только количество накопленного жира, но также изменения энергетического обмена: при голодании он снижается, при переедании – повышается. Это является сигналом для адаптации организма к изменившимся условиям существования. Измерение концентрации лептина в сыворотке крови могут быть рекомендованы для включения в алгоритм обследования больных с ХП сочетанной ИР и могут служить дополнительными маркерами этого состояния.

FEATURES OF THE CALCIUM-PHOSPHORIC EXCHANGE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE OF STAGE V IN UZBEKISTAN

KHUDOYBERDIYEVA G.A., MIRZAEVA B.M.

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

Objective. To study the features of calcium-phosphorus metabolism in the aspect of calcification of the coronary arteries in patients with chronic kidney disease stage V (CKD Vd) undergoing treatment with program hemodialysis.

Methods. The study included 36 patients with CKD Vd, the duration of hemodialysis for at least 3 months in Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan. All patients on the 2nd day after hemodialysis determined the concentration in the peripheral blood of calcium, phosphorus, parathyroid hormone, alkaline phosphatase activity, and also carried out a multislice computed tomography (MSCT) of the chest according to the Ca-score program with determining the mass and volume of coronary calcium and Agatston index. As a comparison group, 20 healthy volunteers of comparable age without signs of the pathology of the excretory system (CG) were examined.

Results. Clinical characteristics of patients included in the study. The average age of the patients included in the study was 36.22 ± 3.28 years. Men prevailed (21 patients–58.33%). Etiologically cause CKD minutes in 22 patients (61.11%) had chronic glomerulonephritis, 8 (22.22%) – chronic pyelonephritis, primary and secondary due to urolithiasis, 2 patients (5.56%)–polycystic kidney disease and 4 patients (11.11%) – lupus nephritis.

The average level of blood creatinine in patients on the 2nd day after hemodialysis was 660.18 ± 75.51 $\mu\text{mol} / \text{L}$ (versus 78.15 ± 3.12 $\mu\text{mol} / \text{L}$ in KG, $p < 0.001$). All patients included in the study, as well as representatives of the CG, underwent Ca-score MSCT (Table 2). Calcium in the coronary arteries was detected in 32 patients in the CKD group Vd (88.89%) and in 2 representatives of the CG (10%, the significance of the frequency difference between the chi square groups = 33.43, $p < 0.001$). The anterior interventricular artery was topically most susceptible to coronary calcification (814 (62.76%) of plaques in the HBPVd group, 5 (83.33%) of plaques in the CG, followed by the right coronary artery (311 (23.98%)).) and 1 (16.67%) of plaques, respectively), the envelope artery (151 (11.64%) and 0) and the trunk of the left coronary artery (21 (1.62%) and 0, the distribution of plaques in the coronary arteries between groups chi square = 1.33, $p > 0.05$ – nd).

Conclusion. In our study, in patients with CKD Vd, significant coronary calcification was detected, the severity of which correlates with impaired calcium-phosphorus metabolism (an increase in the concentration of parathyroid hormone, phosphorus, calcium-phosphorus product and alkaline phosphatase), and does not correlate with the age of patients, which confirms the role of CKD in the calcification of the coronary vessels and indirect, in increasing cardiovascular risk.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДОРСАЛГИЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ЮГАЙ Л.А., БАБАЕВ М.А., РАИМКУЛОВА Н.Р.,
ТУРСУНБАЕВ А.К., АСАДОВ Н.З.

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

Цель исследования. Оценка эффективности лечения некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний с включением хондропротектора и нестероидного противовоспалительного препарата.

Материал и методы. В исследование включили 30 пациентов (22 женщины и 8 мужчин) с дорсалгиями на фоне спондилоартроза, получавших в течение 5–7 дней

противовоспалительный препарат Атокса (теносикам) (ALLIANCE CZECHFARM s.r.o, Чешская Республика), 20 мг в/мышечно 1 раз в сутки, 7 дней и комбинированный хондропротектор Глюкофлекс (Windmill HP, USA) – по 1 каплете 1 раз в день в течение 3-х месяцев. Исходно и через 3 месяца изучали общие и биохимические анализы крови, мочи, С-реактивный белок (СРБ), данные рентген, при необходимости – магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной томографии (КТ). Оценивали боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм).

Результаты исследования. У пациентов преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние конечности, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц и их остистых отростков, паравerteбральных точек при пальпации. 21 (70%) пациентов оценили боль по ВАШ как сильную и 9 (30%) – как умеренную, соответственно $81,2 \pm 6$ и $59,7 \pm 8$ мм. Боли характеризовались широким спектром разнообразных ощущений. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных рентген, КТ или МРТ. Интенсивность боли по ВАШ через 7 дней у 26 (86,7%) снизилась до $25,3 \pm 6$ мм и у 4 (13,3%) до $33,9 \pm 8$ мм. У большинства пациентов восстановился объем движений, купировались явления корешкового болевого синдрома. Положительная динамика выявлена у всех пациентов. Применение комплекса Атокса и Глюкофлекс способствовало быстрому

улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Выраженный эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному и анальгетическому действию Атокса и многогранным свойствам Глюкофлекса, в состав которого, помимо хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида, входят кальций, витамин D, марганец, кислота аскорбиновая, магний, цинк, медь и бор. Глюкофлекс стимулирует синтез хондроцитами макромолекул матрикса хряща и гиалуроновой кислоты, снижает активность лизосомальных ферментов, ингибирует деградацию хряща, уменьшает интенсивность болей в суставах, приводит к обратному развитию воспаления в тканях сустава, увеличивает резистентность хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов и их устойчивость к негативному воздействию НПВП и создает предпосылки для формирования устойчивого хряща. Учитывая, что воспаление является важным фактором развития и прогрессирования дегенеративно-дистрофических заболеваний, в том числе остеоартрита. Глюкофлекс оказывает влияние на патогенетические звенья этих заболеваний, а применение его в течение трех месяцев не вызывало побочных эффектов.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать указанный комплекс (Атокса и Глюкофлекс) в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и дорсалгиями вертеброгенной этиологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

АБДУРАЗЗАКОВА Д.С., НАБИЕВА Д.А., МАТЧАНОВ С.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Среди инфекционных агентов урогенитального тракта влияющих на течение ревматоидного артрита (РА) важнейшее значение имеет *Chlamydia trachomatis* (Ch. trachomatis). РА протекает на фоне сопутствующей хламидийной инфекции не реже чем в 15% случаев. В настоящее время проблема хламидийной инфекции у пациентов с РА весьма актуальна и требует дальнейшего изучения с целью разработки четких критериев диагностики и эффективных методов лечения. Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования явилось изучение влияния хламидийной инфекции (*Chlamydia trachomatis*) на течение РА.

Материал и методы. В исследование были включены 96 больных РА, находившихся

на лечении в ревматологическом и кардиоревматологическом отделениях Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR/EULAR (2010).

Результаты исследования. Нами было установлено, что у 15 (15,6%) больных РА выявлена хламидийная инфекция. В ходе исследования обнаружено, что при сочетании РА с хламидийной инфекцией наряду с классическим проявлением РА встречались и атипичные поражения суставов. Поражение дистальных межфаланговых суставов выявлено у четырех пациентов, что составило 4,1% от общего количества больных. У 2 (2%) больных обнаружен

наличие припухшего с гиперемией кожи 5-го проксимального межфалангового сустава кистей. Асимметричное поражение локтевого сустава в дебюте заболевания встречалось у 5 (5,2%) больных. У 7 (7,2%) больных наблюдалось асимметричное, лестницеобразное поражение голеностопных и коленных суставов, у 2 (2%) больных – ахиллоидит. Также были установлены внесуставные проявления хламидийной инфекции у 4 (4,1%) больных РА в виде поражения глаз (конъюнктивит) и у 18 (18,7%) больных в виде хламидийных уретритов.

Выводы. Таким образом, сочетание РА с хламидийной инфекцией имеет свои клинические

особенности течения, проявляющиеся частым вовлечением в процесс «суставов исключения РА». Наличие *Chlamydia trachomatis* у пациентов с РА придает артриту своеобразную клиническую симптоматику, оказывая влияние на эффективность традиционно применяемых лекарственных средств, поскольку иммуносупрессивная терапия в данной ситуации не дает адекватного эффекта, способствуя активации хламидийной инфекции в организме. При обнаружении хламидийной инфекции у больных РА наряду с базисными препаратами необходимо проведение этиотропной терапии хламидийной инфекции.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

АКРАМОВА Н.Т., САИДРАСУЛОВА Г.Б.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка изменений в сердечно-сосудистой системе у пациентов с АС.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 55 пациентов, средний возраст которых составил $35,6 \pm 2,3$ года (из них мужчин 49 лет, женщин 6 лет, средний возраст мужчин $35,5 \pm 3,1$ года, женщин $36,6 \pm 1,2$ года), госпитализированных в отделение ревматологии и кардиоревматологии 1-й клиники Ташкентской Медицинской Академии за период 2017–2019гг. Все пациенты прошли клиническое обследование, ЭКГ и другие лабораторно-инструментальные исследования. У всех пациентов оценивали возраст, длительность заболевания, применения базисных и противовоспалительных препаратов, артериальное давление, пульс, форму и активность заболевания, недостаточность суставов.

Результаты исследования. В исследовании ЭКГ наблюдались следующие изменения: у 15 (27,2%) больных нарушены процессы реполяризации в задней стенке левого желудочка, у 1 больного – полный блок правого желудочка (1,8%), у 3 (5,4%) – неполная блокада правого желудочка, у 18 (32,7%) – синдром преждевременной реполяризации желудочков, у 11 (20%) – гипоксические изменения в миокарде, у 6 (11%) – Р-митрале. Только у 2 (3,6%) пациентов патологических изменений на ЭКГ не выявлено.

При сравнении полученных электрокардиографических данных с продолжительностью заболевания были получены следующие данные: у больных с длительностью заболевания АС в среднем 13,5 года наблюдались нарушения реполяризации в задней стенке левого желудочка, полная блокада правой ножки пучка Гисса – 12,5 года, неполная блокада правой ножки пучка Гисса – 4 года, синдром преждевременной

реполяризации желудочков – 8,7 года, гипоксические изменения в миокарде – 11,9 года.

При сравнении результатов электрокардиографических исследований с формой заболевания были получены следующие результаты: Нарушения проводимости (затруднения или замедление АВ проводимости, полная блокада или неполный блок пучков) наблюдались только у 14 больных. Из них 5 (9%) пациентов имели центральную форму АС, 3 (5,4%) имели – периферическую форму АС, 6 имели – смешанной формы АС. При исследовании количества метаболических и гипоксических изменений были отмечены следующие результаты: У 11 пациентов (20%) с гипоксическими и метаболическими изменениями миокарда была центральная форма АС, у 1 (1,8%) – периферическая форма АС и у 4 (7,2%) – смешанная форма АС.

Анализ электрокардиографических признаков синдрома преждевременной реполяризации желудочков показал, что 9 больные с признаками синдрома преждевременной реполяризации желудочков имели центральную форму АС, 7 больные – периферическую форму заболевания и 2 больных – смешанную форму АС.

Р-митрале наблюдался у 6 больных, из них: 2 пациента имели центральную форму и 4 пациента имели периферическую форму.

Выводы. На основании полученных данных выявлено, что при анкилозирующем спондилите также повреждается сердечно-сосудистая система, кроме того, нерегулярное применение пациентами основных и противовоспалительных препаратов негативно влияет на течение заболевания и усиливает повреждения сердечно-сосудистых органов.

ИЗУЧИТЬ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ В ЭРИТРОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АРИПОВА Н.А., БЕРДИЕВА Д.У., МУХАММАДИЕВА С.М., ГАНИЕВА Н.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Цель исследования. Изучить особенности показателей глутатионредуктазы в эритроцитах у больных с ревматоидным артритом.

Материал и методы. Обследованы 110 больных с достоверным РА (в соответствии с критериями АРА). Среди них 87 женщин и 23 мужчины. 1 степень активности определена у 37, 2 – у 41, 3 – у 32 больных. Из обследованных 71 был серопозитивен по ревматоидному фактору, 34 – серонегативны. Полиартрит обнаружен у 102, внесуставные проявления выявлены у 16 больных. При рентгенологическом исследовании 1 стадия установлена у 16, 2 – у 36, 3 – у 48, 4 – у 10 обследованных. Преобладал медленно прогрессирующий характер течения заболевания (83 больных). Контрольную группу составили 63 здоровых донора, впервые сдающих кровь. Для изучения эритроцитов методом ЭПР, кровь с гепарином брали из локтевой вены в количестве 10 мл и глутатионредуктазы производили на ЭПР-спектрометре при температуре жидкого азота.

Результаты исследования. В эритроцитах здоровых доноров, впервые сдающих кровь, зарегистрирован сигнал ЭПР с g-фактором 2,0030–2,0040, Н 1,2–1,5 мТ, обусловленный

флавиносемихиноном, являющимся кофактором глутатионредуктазы. Форма сигнала в эритроцитах больных РА не отличалась от здоровых лиц. Концентрация СР ГР достоверно повышалась с увеличением активности патологического процесса. В процессе динамического исследования на фоне проводимой комплексной терапии выявлены существенные изменения концентрации СР ГР.

Выводы. Результаты исследования показали что активность глутатионредуктазы в эритроцитах больных с РА повышена по сравнению со здоровыми донорами. Концентрация свободных радикалов глутатионредуктазы зависит от клинических проявлений заболевания: возрастает с увеличением активности РА, при серопозитивном варианте, снижается при внесуставных проявлениях. Исследование концентрации СР ГР в эритроцитах больных РА может быть использовано при определении лабораторной активности заболевания, а также для объективной оценки динамики состояния больных и эффективности проводимой терапии.

ОСОБЕННОСТИ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЕ

БАЙДУРИН С.А., НАКЫШ А.Т., БЛЯЛОВА Д.Б., ОТЕШ И.Ж., ТАЙМАНОВА Ж.Б.

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

Цель исследования. Представить информацию об особенностях уратснижающей терапии при хронической тофусной подагре и описание клинического случая.

Материал и методы. В связи со значительной распространенностью подагры, запоздалой диагностикой и неадекватным лечением важно понимание и знание особенностей терапевтической тактики при подагре. Ошибки в ходе лечения больных возникают, как правило, при проведении уратснижающей терапии. Представлен клинический случай хронической тофусной подагры, при котором показана недостаточная уратснижающая терапия, приведшая к осложнениям и ухудшению качества жизни пациента.

Результаты исследования. Подагра – системное тофусное заболевание, которое характеризуется отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и их

воспалением у людей с гиперурикемией. Около 50% пациентов нередко получают уратснижающую терапию в дозе недостаточной для достижения целевого уровня мочевой кислоты (МК). В качестве примера неадекватной уратснижающей терапии приводим одно из наших наблюдений.

Пациент О., 70 лет, поступил в терапевтическое отделение городской больницы №1 с болевым суставным синдромом и наличием опухолевых образований различных размеров вблизи суставов, головными болями и слабостью. Из анамнеза выяснено, что 20 лет тому назад впервые перенес острый приступ артрита с поражением ПФС 1-го пальца левой стопы. С тех пор ежегодно в период обострения получает амбулаторное и стационарное лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), аллопуринолом и строго соблюдает низкопуриновую диету. Несмотря на

это уровень МК периодически достигал до 1200 мкмоль/л на фоне приема в течение многих лет аллопуринола. Однако приступы подагрического артрита продолжались каждые 2–3 месяца с захватом всё новых суставов, стали появляться тофусы, которые увеличиваясь в размерах, стали подвергать их разрушению. В связи с инфицированием был ампутирован 1-ый палец левой стопы (2010 г.), затем удален крупный тофус в области левого предплечья (2012 г.) и в последующем возникли признаки тофусной нефропатии.

Приведенное клиническое наблюдение пациента с хронической тофусной подагрой представляет интерес в том плане, что несмотря на своевременную диагностику заболевания на всех этапах наблюдения в течении многих лет больной принимал лишь НПВП, а уратснижающая терапия проводилась без титрования дозы аллопуринола. Низкие дозы препарата способствовали учащению рецидивов подагры, а присоединение эссенциальной артериальной гипертензии привело к развитию

у пациента гиперурикозурической нефропатии. Недостаточная доза аллопуринола (100–150 мг/с при высоком уровне МК в сыворотке крови (1200 мкмоль/л) способствовала не только учащению обострений заболевания и полиартикулярности с вовлечением в процесс новых суставов, но и возникновению многочисленных тофусов. Хирургическое лечение показано только в исключительных случаях, таких как компрессия нервных стволов, механическое повреждение или инфицирование. В представленном клиническом случае ампутация 1-го пальца левой стопы и удаление крупного тофуса являются результатом неадекватного лечения подагры.

Выводы. 1. Основой эффективного лечения хронической тофусной подагры является постоянное поддержание целевого уровня (менее 360 мкмоль/л) мочевой кислоты в сыворотке крови.

2. Своевременная диагностика и адекватное лечение больных подагрой способствует предупреждению различных осложнений и улучшению качества жизни пациентов.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ТОМИРЛАРИ ҚАРШИЛИГИГА АНТИАГРЕГАНТ ДАВОНИ ТАЪСИРИ

БАРНОЕВ Х.Б., СОБИРОВ М.О., СУЛТОНОВ Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигида буйрак томирлари қаршилигида антиагрегант даво таъсирини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Текширув ишлари Тошкент тиббиёт академияси кўп тармокли клиникасида нефрология бўлимида олиб борилди. Кузатувга нодиабетик этиологияли сурункали буйрак касаллиги II-III босқичи билан оғирган беморлар олинди. Умумий беморлар сони 95 тани ташкил этади. Уларни икки гуруҳга бўлинган. 1 гуруҳ (А гуруҳ) 50 та беморни ўз ичига олади ва бу беморларга аънъавий даво билан бирга антиагрегант даво сифатида аллтромбосепин 200 мг/сут миқдорда берилди. 2 гуруҳ (В гуруҳ) 45 та беморни ўз ичига олади ва бу беморларга аънъавий даво билан бирга антиагрегант даво сифатида дипиридамоп 150 мг/сут берилди. Барча беморларда давонинг 1 куни ва даводан кейин 30 кунда буйрак томирлари доплерография текшируви утказилди ва олинган натижалар ўрганиб чиқилди..

Тадқиқот натижалари. Текширувлар натижаларида шуни аниқладикки, сурункали буйрак касаллигида буйрак томирлари қаршилиги ортиши кузатилди. Бу беморларга антиагрегант терапия қилганимиздан кейин куйдаги натижаларни олдик. 1 гуруҳда даводан олдин буйраклар асосий артерияси резистентлик индекси (RI)–0,61±0,007 бўлган

булса, 30 кунлик даводан кейин RI–0,53±0,006 гача яхшиланиши кузатилди. Пульсацион индекс эса даводан олдин (PI)–1,45±0,015 бўлган бўлса 30 кунлик даводан кейин PI–1,37±0,015 га пасайиши кузатилди. 2 гуруҳимизда эса буйраклар асосий артериясида резистентлик индекси (RI)–0,0,67±0,0018 булган булса, 30 кунлик даводан кейин RI–0,6±0,02 гача яхшиланиши кузатилди. Пульсацион индекс эса даводан олдин (PI) – 1,6±0,01 булган булса 30 кунлик даводан кейин PI–1,53±0,019 га пасайиши кузатилди. Олинган натижалардан кўриниб турибдики иккала гуруҳда ҳам антиагрегант даводан кейин буйраклар асосий томирлари қаршилиги камайиши кузатилди.

Хулоса. 1. СБК II-III босқичи билан касалланган беморларда буйрак томирларида қаршилиқнинг ортиши ҳисобига ушбу касалликнинг кучайишига таъсир қурсатади.

2. Антиагрегант даво сифатида Аллтромбосепин препаратини қўллаганимизда олинган барча кўрсаткичлар, аънъавий давода қўлланиб келинаётган курантил (дипиридамоп) дори воситаси қўлланилгандаги кўрсаткичлар каби яхши натижалар берганлигини кўришимиз мумкин. Олинган натижаларга асосланиб СБК даволашда антиагрегант даво сифатида Аллтромбосепин дори воситасини стандарт давога қўшиш мақсадга мувофиқ.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГУЛОМОВ Ш.Х., МИРАХМЕДОВА Х.Т., ШАЛАЕВА Е.В.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенность факторов риска в зависимости от наличия или отсутствия патологии системы органов дыхания у больных с ревматологическими заболеваниями

Материал и методы. В 2020 году на базе СКАЛ ревматология многопрофильной клиники ТМА было обследовано 156 больных с ревматологическими заболеваниями, в критерии заболевания которых не входили поражения легких. Больные дали письменное согласие на участие в исследовании, где были изучены немодифицируемые и модифицируемые факторы риска, в том числе антропометрия, коморбидность, сердечно-сосудистый риск и другие. Статистическая обработка результатов была проведена на программе GraphPad, Prism 8.

Результаты исследования. Возраст больных составил $43,8 \pm 9,7$ лет (32 мужчин и 124 женщин). Среди обследованных больных, заболевания органов дыхания наблюдались у 42, из них мужчин—10, женщин—32. Из заболеваний органов дыхания: хроническое воспаление верхних дыхательных путей—16, хронический бронхит—20 (из них обструктивный у 12); частая рецидивирующая пневмония—2; аллергический бронхит—2; отек легких—2. Не было разницы между группами по полу, возрасту, семейному положению, уровню образования, социально-экономическому статусу, курению, употреблению алкоголя. Значимыми факторами риска оказались: распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с заболеваниями респираторной системы

была 22 (52,4%), что в 2 раза выше, чем без заболеваний органов дыхания 30 (26,31%), $X^2=8,247$, $p \text{ value}=0,004$. Распространенность тяжелого труда у лиц с заболеванием дыхательной системы был в 1,8 раза больше, чем у лиц без заболевания дыхательной системы 18 (42,85%) против 26 (22,8%), $p \text{ value}=0,023$; $X^2=5,143$. Распространенность депрессии у лиц с заболеваниями органов дыхания был 1,45 раза выше, чем у лиц без заболевания органов дыхания 30 (71,43%) против 56 (49,12%) ($p \text{ value}=0,021$; $X^2=5,304$). Распространенность недостаточного приема фруктов и овощей (менее 2х порций в день) у лиц с заболеванием дыхательной системы был в 1,36 раза выше, чем у лиц без заболевания дыхательной системы 36 (85,71%) против 72 (63,15%) ($p \text{ value}=0,012$; $X^2=6,31$).

Выводы. Учитывая изученные факторы риска, рациональное питание (в т.ч. потребление фруктов и овощей), тяжелый физический труд и наличие депрессии имеют статистическую значимость в распространенности заболеваний органов респираторной системы. ХСН, ввиду застойных явлений как в большом, так и в малом кругу кровообращения возможно является потенциально причинным фактором большей распространенности поражений дыхательной системы у больных с ревматологическими заболеваниями. Дальнейшие исследования должны быть проведены, чтоб установить причинно-следственную связь и возможность снижения поражений органов дыхания при адекватной коррекции факторов риска.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

ИБРАГИМОВ А.Ю., ФАЗЫЛОВ А.В., РАХМАТОВ А.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить противовоспалительную эффективность антибактериального препарата (АБП) тазоцила и ремофлос-нео у больных с острым не обструктивным гнойным пиелонефритом (ОНГП).

Материал и методы. В обследование было включено 96-больных с ОНГП, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении 1-РКБ МЗ РУз. Среди обследованных

было — 66 женщин (68,75%) и 30 мужчин (31,25%). Средний возраст составил 34,6 года. Для верификации клинического диагноза и тяжести состояния, больные прошли необходимые клинические и лабораторно-инструментальные исследования.

Клиника ОНГП менялась в зависимости от возраста, пола, состояния организма, а также состояния почек и мочевых путей.

Все больные при поступлении получали АБП тазоцил (в составе цефоперазон натрия соль сульбактама 0,5 г), а также АБП ремофлос-нео (левофлоксацин гемигидрат) 500 мг в 100 мл. Эти препараты применяли внутривенно капельно 2 раза в сутки. При необходимости были подключены и другие резервные АБП.

Результаты исследования. Все больные при поступлении в отделение, на фоне стандартной базисной терапии получали антибактериальные, дезинтоксикационные, противовоспалительные и при необходимости другие препараты.

По данным клиники и лабораторно-инструментальных обследований, у больных ОНГП, получивших комплексную медикаментозную терапию с применением препаратов тазоцил и ремофлос-нео удалось ликвидировать признаки гнойно-воспалительного процесса в почках, которые выражались на положительную динамику общего состояния больных, нормализовались показатели крови (лейкоциты, СОЭ) и мочи (белок, лейкоциты), а также данные УЗИ почек. Продолжительность

терапии АБП 2–4 дня после нормализации температуры тела. До 96% больных, получивших комплексную медикаментозную терапию, не были подвергнуты оперативному лечению.

Исход заболевания ОНГП во многом зависел от времени обращения больных и сроков начала лечения. В раннем периоде ОНГП, при применении АБП удается остановить дальнейшее прогрессирование воспалительного процесса. Таким образом, вводя тазоцил и ремофлос-нео мы обрываем каскад патологических реакций организма в ответ на вторжение инфекционного агента.

Выводы. При лечении больных с ОНГП показано применение одновременно несколько АБП, что предотвращает развитие апостем и карбункулов почки.

Больные с ОНГП имеют прямое показание к применению тазоцила и ремофлос-нео для нормализации и улучшения кровотока в очаге воспаления. Контроль за эффективностью динамики лечения больных ОНГП наряду с клинико-лабораторными исследованиями показано проведение УЗИ почек.

УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

ИБРАГИМОВ А.Ю., РАХМАТОВ А.Т., ФАЗЫЛОВ А.В., РАСУЛОВА М.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить уровень сформированной антибиотико-резистентности среди патогенов при развитии обострений хронического необструктивного гнойного пиелонефрита (ОНГП).

Материал и методы. Исследования проводили количественным бактериологическим методом. 861 образец исследований мочи у стационарных больных, находившихся в урологическом отделении 1-РКБ с ОНГП. Из них женщин 607 (70,5%) и мужчин 254 (29,5%) в возрасте от 19 до 68 лет, средний возраст составил 34,6 года. Для верификации клинического диагноза все больные прошли необходимые клинические и лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи с бактериологическим исследованием, с посевом на чувствительность и другие методы.

Общее состояние больных до 95% случаев тяжелое с потрясающим ознобом до 1–2 раза в день, с повышением температуры до 40°C, проливным потом и адинамией.

Результаты исследования. Первичная идентификация проводилась в соответствии с Берги. При бактериологическом анализе мочи (по Гуолду) принято учитывать концентрацию микробов, и

анализ считается положительным лишь при концентрации микробов 10^{-4} и выше в 1 мл, за некоторым исключением грамположительных патогенов. Выделение культуры идентифицировали по морфологическим, тинкториальным и биохимическим признакам. Антибиотикоустойчивость культур и пограничные значения зон отсутствия роста определяли диско-диффузионным методом с использованием Европейских стандартов. В работе использован диско-диффузионный метод, стандартизированный EUCAST. Для оценки чувствительности бактерий с обычными питательными потребностями использовали агар Мюллера. Хинтона без дополнительных добавок, который готовится в соответствии с инструкцией производителя. В работе были использованы коммерческие диски с антибиотиками.

Из проведенных 861 бактериологических исследований мочи у стационарных больных, образцы с отсутствием роста составили в среднем 22,8% (197 из 861). Всего было выделено 764 культур микроорганизмов – 572 (74,77%) грамотрицательных, 89 (11,68%) грамположительных и 103 (13,55%) грибы.

Надо отметить, что наиболее значимыми при урининфекциях являются бактерии семейства Enterobacteriaceae, как видно среди которых

основной удельный вес занимает эшерихии до 79,2%, далее протей 12,98%, клебсиелы 5,19%. Следовательно, анализ результатов по изучению антибиотикорезистентности среди грамотрицательных возбудителей ОНЛП был получен относительно уронатогенных эшерихий.

Выводы. Установленная высокая резистентность среди антимикробных препаратов, по

всей вероятности, является региональной особенностью. В связи с этим необходимо решить вопрос о пересмотре стандартов в эмпирической антибактериальной терапии, а также расширения исследований по определению специфической лекарственной чувствительности в целях повышения эффективности лечения и преодоления формирования антибиотикорезистентности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА «ТИМОПТИН»

ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., ГАФУРОВА Н.Д., МУСАЕВА Ш.З., МАХМУДОВА З.Х., САЛИМОВА Б.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Институт биоорганической химии АН РУз, Городская клиническая больница № 1 имени Ибн Сино, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной терапии больных РЛ с применением иммуномодулятора «Тимоптин» (ИБОХ АН РУз).

Материал и методы. Обследованы больные с РЛ, $n = 107$, из них мужчин 32, женщин 74, возраст $27,5 \pm 6,5$ лет, длительность заболевания $10,1 \pm 5,2$ года. У всех имелись приобретенные пороки сердца и хроническая сердечная недостаточность. Согласно программе лечения больные разделены на 2 группы – основную (ОГ, $n = 85$) и контрольную (КГ, $n = 22$). Больные ОГ на фоне стандартной противоревматической терапии получали препарат «Тимоптин» по 100 мкг внутримышечно, на курс 5–10 инъекций. Больные КГ этот препарат не получали. Для сравнения были обследованы 20 здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту.

Методы исследования – общеклинические и лабораторные. Для оценки состояния двух звеньев иммунитета определены параметры Т-лимфоцитов (СД3+), Т-хелперов (СД4+), Т-супрессоров (СД8+) и общий пул В-лимфоцитов (СД19+), а также содержание иммуноглобулина G (Ig G), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), величины ФАН, ФЧ, АСЛО, СРБ. Использованы методы вариационной статистики ($M \pm m$, P , $t < 0,05$).

Результаты исследования. При поступлении у больных РЛ наблюдалась выраженная депрессия клеточного звена иммунитета и фагоцитарной

защиты: дефицит СД3+, СД4+, СД8+, СД19+, снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ, СД4+/СД8+), резкое снижение ФАН и ФЧ. Содержание ЦИК и IgG было увеличено. Значение острофазовых показателей воспаления (АСЛО, СРБ) было значительно выше, чем у здоровых. Проведенное лечение дало положительные результаты у всех больных РЛ. Иммунологические параметры в ОГ и КГ улучшились в различной степени. В ОГ достоверно увеличилось содержание СД3+, СД4+, СД8+, СД19+, нормализовался ИРИ, улучшились процессы фагоцитоза (увеличение ФАН, ФЧ), уменьшилось содержание ЦИК, Ig G, нормализовался уровень СРБ. В КГ улучшение показателей иммунитета было не столь отчетливым, достоверное увеличение отмечено по СД3+ и СД19+. Клинически это проявилось как позитивный результат в 92,7 % в ОГ, что достоверно выше, чем в КГ (68,1 %), $p < 0,01$.

Наблюдения в проспекте одного года (3, 6, 12 месяцев) у 30 больных ОГ выявили снижение параметров неспецифического иммунитета уже через 6 и 12 месяцев применения Тимоптина. Амбулаторное применение Тимоптина в составе противорецидивной терапии (меры вторичной профилактики РЛ) дало хороший эффект, предотвращая повторную атаку.

Выводы. Лечение и вторичная профилактика РЛ может быть оптимизированы включением в стандартную терапию иммуномодулятора Тимоптина.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., МУСАЕВА Ш.З., МАКСУДОВА М.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявление особенностей течения остеоартрита (ОА) у больных пожилого возраста по клиническим симптомам и степени выраженности рентгенологических и артрозонографических изменений в суставах и коррекция лечения.

Материал и методы. Больных первичным ОА коленного (гонартроз) и тазобедренного (коксартроз) суставов было 76 человек, возраст 37–78 лет ($66,2 \pm 7,8$). В зависимости от возраста больные разделены на 2 группы: основную группу (ОГ, $n=57$, возраст 60–78 лет, в среднем $67,2 \pm 10,1$ лет) и контрольную группу (КГ, $n=19$, возраст 37–59 лет, в среднем $47,5 \pm 7,2$). Длительность болезни была большей в ОГ, чем в КГ ($15,6 \pm 6,7$ лет против $6,3 \pm 2,4$ лет).

Инструментальные методы исследования включали рентгенографию (РГ) пораженных суставов (по J. Ktllgren et al.), УЗИ пораженных суставов на аппарате Aloka – SSD –630 (Япония). Выраженность болевого синдрома в суставах оценивалась по ВАШ (мм), суммарному индексу WOMAC (мм), индексу Lequesne (в баллах).

Сопутствующая патология у больных ОГ включала АГ (89,5%), ИБС (50,9%), центральное ожирение (52,6%), СД 2 типа (9,1%), остеопороз (68,4%), гастропатии (24,6%). В КГ число сопутствующей патологии было меньше: АГ – у 52,6%, ИБС – 15,8%, ЦО – 10,5%, остеопороз – 21,0%, СД 2 типа – 10,5% и гастропатии (21,0%).

Всем больным проводилось следующее лечение: симптом-модифицирующие – НПВП и хондропротекторы – хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат, при гастропатиях – H₂ блокаторы и блокаторы протонной помпы.

Обследование проводилось в 1-й день, после 10-дневного лечения и через 3 месяца после включения в программу исследования. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием t – критерия Стьюдента.

Результаты исследования. При сравнении данные клинико – инструментальных исследований у больных ОГ и КГ достоверно различались. Так, выявлено неравнозначное поражение суставов у больных обеих групп: в ОГ КА был в 24,6 %, ГА – в 65,9%, сочетанное поражение – в 10,5 %, в КГ – КА был в 5,3 %, ГА – в 94,7 % . РГ данные в ОГ при КА соответствовали II – III стадиям, при ГА преобладала III стадия изменений; в КГ при всех локализациях преобладала II стадия. Недостаточность функции суставов (НФС): в ОГ НФС I степени – у всех больных. При УЗИ выявлены синовиты, тендиниты, теносиновиты (всего почти в 100 % в обеих группах), бурситы (в 5,2 % больных ОГ). Показатели интенсивности боли до лечения были одинаковы. Эффективность лечения в ОГ и КГ была также практически одинаковой: все три индекса достоверно снизились : ВАШ среднем на 29,4 % на WOMAC – на 18,3 %, индекс Lequesne на 8–9 % (разница с исходными данными достоверна) На фоне лечения не отмечены значимые побочные реакции которые могли быть причиной отмены НПВП. У больных основной группы были повышения АД на фоне постоянной гипотензивной терапии, обострения гастропатий. При этом дозы НПВП были скорректированы. Терапия включала гастропротективные препараты (блокаторы H₂ рецепторов и ингибиторы протонной помпы).

Выводы. У лиц пожилого возраста остеоартроз характеризовался генерализацией поражения в тазобедренных, коленных суставах, их сочетаниями, выраженностью рентгенологических и артрозонографических изменений и большими нарушениями функции суставов, а также большим числом сопутствующих заболеваний. У лиц пожилого возраста стандартная терапия НПВП нуждается в коррекции (снижении) суточной дозы, усилении гипотензивной и гастропротективной терапии.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ

ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ., МУСАЕВА Ш.З., ГАФУРОВА Н.Д.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Институт биорганической химии АН РУз,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Определение эффективности комплексного лечения анемии при ревматоидном артрите (РА) с применением нового отечественного антианемического препарата «Эритим, раствор 0,001%» (Институт биорганической химии АН РУз).

Материал и методы. Больных РА было 54 человек (критерии диагноза ACR), мужчин 9, женщин 47, в возрасте $42,3 \pm 8,2$ года. Воспалительная активность заболевания по DAS 28 была умеренная у 12 и высокая у 44 пациентов. Проводилась комплексная стандартная терапия основного заболевания – РА. Больные разделены на группы соответственно степени анемии – легкой степени ($n=24$) и средне-тяжелой ($n=30$). Критерием анемии явилось снижение уровня гемоглобина (ГГ) ниже 120 г/л для женщин и ниже 130 г/л для мужчин (ВОЗ). Контроль – данные 12 здоровых лиц (доноров), референтных по полу и возрасту. Все больные были разделены на 4 группы – 2 основные (ОГ), $n=32$, и 2 контрольные (КГ), $n=22$. Больные ОГ получали в составе комплексной терапии препарат Эритим, больным КГ Эритим не назначался. Стандартная терапия препаратами железа во всех группах проводилась соответственно рекомендациям ВОЗ (перорально или парентерально). У всех больных РА для оценки состояния эритропоэза определены концентрация ГГ (г/л), количество эритроцитов ($\text{ЭЦ} \times 10^{12}$), ретикулоцитов (РЦ%), цветовой показатель (ЦП). Оценка анемиического синдрома (АС) проведена с использованием трёхбальной системы. Статистический анализ цифрового материала проведён отдельно по 4-м группам ($M \pm m$, $p \leq 0,05$).

Результаты исследования. Клиническое лечение основного заболевания – РА дало

положительный эффект – снизилась воспалительная активность болезни. Лечение анемии в основных и контрольных группах дало неоднозначные результаты. Так, исходно у 24 больных с лёгкой степенью анемии картина периферической крови была следующей: ГГ– $101,6 \pm 12,6$, ЭЦ– $3,7 \pm 0,2$, РЦ – $3,4 \pm 0,3$, ЦП– $0,8 \pm 0,02$. После проведённого десятидневного курса лечения анемии у больных ОГ прирост (Δ) показателей эритропоэза были выше, чем в КГ: Δ ГГ ОГ=15,4% vs Δ ГГ КГ=5,1 %, Δ ЭЦ ОГ =10,6% vs Δ РЦ КГ =24,5% (разница абсолютных величин после лечения «ОГ–КГ» достоверна, $p < 0,05$). У больных со средне-тяжёлой степенью анемии параметры были следующие: ГГ – $84,4 \pm 10,5$, ЭЦ– $3,2 \pm 0,1$, РЦ– $4,2 \pm 0,3$, ЦП – $0,7 \pm 0,02$. После проведённого лечения анемии положительные сдвиги были достигнуты у больных ОГ, у которых прирост показателей был выше, чем в КГ: Δ ГГ ОГ=18,4% vs Δ ГГ КГ =6,6%, Δ ЭЦ ОГ =7,6% vs Δ ЭЦ КГ = 1,8%, Δ РЦ ОГ =120,8% vs Δ РЦ КГ =32,4%, Δ ЦП ОГ =12,6% vs Δ ЦП КГ =0%. Разница абсолютных величин по ОГ и КГ после лечения была достоверной.

Благодаря оптимизации эритропоэза в основных группах астенический синдром уменьшился в 3,6 раза (с $6,6 \pm 0,8$ до $1,8 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$). В контрольных группах величина АС уменьшилась в 1,5 раза (с $6,5 \pm 1,5$ до $3,6 \pm 0,8$ балла, $p > 0,05$).

Выводы. Новый отечественный антианемический препарат Эритим повышает эффективность комплексной терапии анемии при ревматоидном артрите, усиливает антианемический эффект стандартной железосодержащей терапии. Эритим является положительным регулятором обмена железа при анемии, осложняющей течение ревматоидного артрита.

ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ИСМОИЛОВ У.И., ДЖУРАЕВА Э.Р., ЗИЯЕВА Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определение степени реактивной и личностной тревожности у больных с ревматоидным артритом и системной красной волчанкой.

Материал и методы. В исследование были включены 63 пациентов (35 пациентов с РА, средний возраст $39,5 \pm 11,8$ года и 28 пациентов с достоверной СКВ, средний возраст которых составляет $36,6 \pm 10,9$ года), получающих стационарное лечение в отделении ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. По иммунологической принадлежности РА серопозитивными были 19 больных (54,3%) а серонегативными 16 больных (45,7%), у всех пациентов с РА диагностирована II степень активности процесса. По давности заболевания больные с РА распределились следующим образом: до 1 года – 11 пациентов (31,43%), от 1 до 5 лет – 13 (37,14%), больше 5 лет – 11 больных (31,43%). Среди больных с СКВ I степень активности определена у 15 больных (53,57%); II степень активности у 13 больных (46,43%), а по давности заболевания преобладали пациенты больше 5 лет (64,3%). У больных с СКВ были диагностированы следующие клинические проявления заболевания: поражение кожи в виде «люпоидной бабочки» (14 пациентов), фотосенсибилизация (11 пациентов), поражение почек (9 пациентов), поражение сердца (6 пациентов), дискоидные высыпания (5 пациентов). Для исследования была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д.Спилбергеру-Ю.Д.Ханину, которая является надежным и информативным способом самооценки уровня реактивной и личностной тревожности. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Очень

высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что у больных с РА выраженность РТ и ЛТ прямопропорциональна длительности течения данного заболевания, т.е. чем продолжительнее болезнь, тем более выражена тревожность. Так, у больных с давностью заболевания более 5 лет отмечались более высокие показатели тревожности. Было установлено, что у больных с серонегативным РА по сравнению с серопозитивными ЛТ, и РТ превышает в 1,2 раза, хотя многие из них не замечали признаков повышенной тревожности. У больных с СКВ более высокая ЛТ и РТ отмечались при II степени активности заболевания. При сравнительной оценке уровня тревожности при РА и СКВ более высокие цифры показателей установлены при СКВ.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что основу психодинамического процесса при РА и СКВ формирует состояние хронически латентного бунта, полной тревожности. На начальных этапах больные пытаются контролировать свою агрессивность повышенным контролем, демонстрируя самообладание практически во всех жизненных ситуациях. Чувство ненависти, часто загоняет их в интенсивную мышечную работу по дому, в саду или в занятия спортом. Лишь на более поздних стадиях заболевания агрессивность сублимируется в позицию готовности оказания помощи окружающим. Агрессивные импульсы, переживаемые больными как угрожающие, при этом высвобождаются с все большим трудом и все менее доступны контролю. В этом своеобразном «вынужденном» состоянии происходит ступенчатое нарастание ригидности двигательного аппарата, пациент надевает на себя смиренную рубашку для защиты от агрессивных побуждений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ГОРМОНАМ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

КИРЕЕВ В.В., УСМАНБЕКОВА Х.Т., СУЯРОВ А.А.

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение определения чувствительности синовиальной жидкости к глюкокортикоидам.

Материал и методы. Было обследовано 10 больных с рецидивирующим синовитом коленного сустава, страдающих ревматоидным артритом. Материалом для исследования служила синовиальная жидкость, полученная путем аспирации из коленного сустава. В синовиальной жидкости определялась чувствительность к глюкокортикоидам. Принцип метода основан на определении чувствительности лимфоцитов, выделенных из синовиальной жидкости к глюкокортикоидам: гидрокортизону, преднизолону, метилпреднизолону, дексаметазону, кеналугу и бетаметазону. В качестве диагностикумов использованы стандартные ампулированные препараты глюкокортикоидов.

Результаты исследования. Из 10 больных у 2 обнаружена полная чувствительность ко всем глюкокортикоидам. У 2 пациентов выявлена высокая чувствительность к бетаметазону, средняя чувствительность к дексаметазону, малая чувствительность к преднизолону, метилпреднизолону, гидрокортизону и кеналугу. У 3 пациентов выявлена высокая чувствительность к кеналугу, средняя к метилпреднизолону

и малая чувствительность к остальным глюкокортикоидам. У одного больного оказалась высокая чувствительность лишь к гидрокортизону, а к остальным глюкокортикоидам была выявлена малая чувствительность. Еще у одного пациента оказалась средняя чувствительность к метилпреднизолону и малая ко всем остальным гормонам. У троих пациентов оказалась высокая чувствительность к бетаметазону и кеналугу, средняя к дексаметазону и малая к гидрокортизону, преднизолону и метилпреднизолону.

С учетом полученных данных чувствительности к глюкокортикоидам, больным вводились внутрисуставно глюкокортикоиды, к которым была выявлена наибольшая чувствительность. В результате у 8 больных прекратилось рецидивирование синовита, а 2 больных частота рецидивирования синовита не превышала двух раз в год.

Вывод. Таким образом, определение чувствительности к глюкокортикоидам, позволяет купировать или же значительно урезать частоту рецидивирования синовита, что значительно улучшает течение заболевания и качество жизни больных.

ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния препарата ритуксимаб на показатели кроветворения (гемоглобин и эритроциты у больных РА).

Материал и методы. Нами обследовано 76 больных РА в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст $54,23 \pm 6,38$ лет), имевших продолжительность заболевания от 1 года до 27 лет (средняя продолжительность $11,7 \pm 9,38$ лет), имевшими II-III степень активности заболевания ($СОЭ - 36,17 \pm 9,34$ мм/ч). Больные имели II-III рентгенологическую стадию заболевания (по Штейнброкеру). Многие пациенты были гормонозависимыми и принимали различные

глюкокортикоиды, в основном преднизолон и дексаметазон в суточной дозе 10 – 20 мг/сутки (в пересчете на преднизолон), а также различные иммунодепрессанты (метотрексат, лефлюнамид, азатиоприн). У всех пациентов была анемия: уровень гемоглобина составил $89,2 \pm 7,86$ г/л, а число эритроцитов было $3,02 \pm 0,25 \cdot 10^{12}/л$. Ранее пациенты получали различные препараты железа без особого эффекта.

Ритуксимаб назначался на 2–7 дни пребывания в стационаре после всестороннего клинико-иммунологического обследования. Препарат вводился согласно инструкции к применению с использованием премедикации.

Премедикация включала в себя внутривенное капельное введение 2 мл (8 мг) дексаметазона на 100 мл физиологического раствора с последующим введением 2 мл раствора супрастина. Затем осуществлялось внутривенное введение ритуксимаба в дозе 100 или 500 мг, которые вводились на 250 мл или 500 мл физиологического раствора в течении 1,5 – 3 часов соответственно. Доза ритуксимаба зависела от числа В-клеток. В день введения ритуксимаба другие препараты не вводились.

Повторное исследование крови проводилось на 3 день после введения препарата.

Результаты исследования. Отмечалось повышение уровня гемоглобина $105,2 \pm 8,33$ г/л, повышение уровня эритроцитов до $3,92 \pm 0,37 \cdot 10^{12}$ /л. Положительное влияние препарата обусловлено блокадой В-клеток, которые продуцируют различные цитотоксические цитокины и блокируют тем самым синтез костным мозгом клеток эритроидного ряда.

Вывод. Таким образом, ритуксимаб обладает положительным действием на гемопоэз у больных РА, обладая антианемическим действием.

ЗНАЧЕНИЕ АМЦВ ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТИТА

КИРЕЕВ В.В.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение значимости теста АМЦВ (модифицированному цитруллинированному виментину) для диагностики ревматоидного артрита (РА) при суставном синдроме неясной этиологии.

Материал и методы. Обследовано 50 больных с суставным синдромом неясной этиологии с продолжительностью заболевания (клинической симптоматики) от 3 дней до 7 мес ($67,2 \pm 14,8$ дней). Все пациенты имели умеренные показатели воспалительной активности $22,6 \pm 7,6$ мм/час, С-реактивный белок – составил $7,4 \pm 1,28$ мг/мл, все пациенты были серонегативными по ревматоидному фактору (РФ). Всем больным

с дифференциально-диагностической целью проводилось определение АМЦВ.

Результаты исследования. У 40 больных АМЦВ-тест был положительным и был выше 22 ме/мл, у 10 пациентов он был отрицательным и был меньше 20 ме/мл.

Выводы. с учетом результатов теста всем 40 больным была установлена ранняя стадия серонегативного варианта РА, что позволило начать раннее базисное лечение, причем в 5 случаях были назначены генно-инженерные препараты (ритуксимаб, актемра), что позволило значительно улучшить состояния и достичь ремиссии.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА КАЛЬЦИЙ КАНАЛ БЛОКАТОРЛАРИНИНГ НЕФРОПРОТЕКТИВ ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

КУЧКАРОВА Ш.А., СУЛТОНОВ Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги II–III боскич билан оғриган беморларда кальций каналлари блокаторлари амлодипин ва дилтиазем препарати қўллаганда буйраклар функционал ҳолатига таъсирини таққослама баҳолаш.

Материал ва усуллар. Илмий текшириш учун ТТА кўп тармокли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 50 нафар беморга оид клиник материаллар, лаборатория таҳлиллари ва инструментал текширувлар асос қилиб олинди. Барча беморлар шартли 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳда 27 та беморларга комплекс даво фонида гипотензив даво сифатида амлодипин 10 мг/кунига тавсия этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача

ёши $60 \pm 4,3$ га тенг. 2-гуруҳда 23 та беморларга комплекс даво фонида гипотензив даво сифатида дилтиазем 90 мг/кунига тавсия этилди. 2 гуруҳимиздаги беморларнинг ўртача ёши $59,1 \pm 3,6$ га тенг. Иккала гуруҳдан даводан олдин биринчи, даводан сўнг ўнинчи кунлари умум клиник (УСТ, АҚБ) ва биохимик (мочевина, креатинин, ум оксил) таҳлиллари линиб коптокча фильтрация тезлиги хисобланди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқод натижасига кўра I гуруҳдаги беморлар да давонинг 1-куни умумий пешоб таҳлилида оксил– $3,6 \pm 1,8$ г/л бўлди, 10-кунида оксил– $2,8 \pm 1,1$ г/л, бу эса протеинурияни 10 кунлик давода 9.8%га

яхшиланиши кузатилди. Қон биохимик тахлилида мочевино— 13.7 ± 3.2 ммоль/л, креатинин— 224.0 ± 15 ммоль/л, холестерин — 6.2 г/л ± 1.4 ммоль/л, КФТ — 27.71 мл/мин./ 1.73м^2 , 10-кунида эса қон биохимик тахлилида мочевино— 11.3 ± 1.1 ммоль/л, креатинин— 210.0 ± 10 ммоль/л, холестерин — 5.6 г/л ± 1.4 ммоль/л, КФТ— 29.85 мл/мин./ 1.73м^2 , бу эса даводан кейин КФТ ни 7.7% га ошганлигини ва холестеринни 9.7% га пасайганлигини кўрсатади. 1-куни АҚБ— $170/100 \pm 20$ мм.сим.уст. даводан кейин АҚБ — $130/90 \pm 10$ га пасайди,бу эса даводан кейин АҚБ ни 30.7% га пасайганини кўрсатади. II гурудаги беморлар 10 кун давомида стандарт даво билан бирга дилтиазем берилди. Давонинг 1 – куни умумий пешоб тахлилида оқсил— 3.1 ± 1.8 г/л бўлди, 10-кунида оқсил— 2.4 ± 1.1 г/л, бу эса протеинурияни 10 кунлик давода 29.2% га яхшиланиши кузатилди. Қон биохимик тахлилида мочевино— 11.9 ± 2.7 ммоль/л, креатинин— 228.0 ± 5.3 ммоль/л, холестерин — 6.4 г/л ± 1.4 ммоль/л, КФТ —

27.15 мл/мин./ 1.73м^2 , даводан кейин тахлилда қон биохимик тахлилида мочевино— 10.5 ± 1.1 ммоль/л, креатинин— 215.0 ± 4.5 ммоль/л, холестерин — 6.0 г/л ± 1.2 ммоль/л, КФТ— 29.05 мл/мин./ 1.73м^2 , бу эса даводан кейин КФТ ни 6.9% га ошганлигини ва холестеринни 6.6% га пасайганлигини кўрсатади. 1-куни АҚБ— $170/100 \pm 20$ мм.сим.уст.,10-кунида АҚБ — $150/90 \pm 10$ га пасайди,бу эса даводан кейин АҚБ ни 13.3% га пасайганлигини кўрсатади.

Хулоса. Юқоридаги аниқланган натижаларга асосланиб сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда гипотензив даво сифатида амлодипин ва дилтиазем дори воситалари берилганда, амлодипин қабул қилган беморларда КФТги сезиларли ошганлигини ва АҚБни сезиларли пасайганини кўришимиз мумкин. Бундан хулоса қилишимиз мумкинки, сурункали буйрак касаллигида гипотензив даво сифатида амлодипин фойдаланиш мақсадга мувофиқ хисобланади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «КАЛЬЦИЙ ТРИАКТИВ ДЗ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА И В ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

МАМАНАЗАРОВА Д.К., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности биологической активной добавки (БАД) «Кальций Триактив ДЗ» в комплексном лечении больных ревматоидным артритом (РА) и остеоартритом (ОА), а также в профилактике патологических переломов.

Материал и методы. Обследовано 93 больных РА и ОА с верифицированным диагнозом ОП, разделенных на 2 группы, сопоставимых по клинико-возрастным и анамнестическим параметрам – основную, ОГ, $n=43$ и контрольную, КГ, $n=48$. Мужчин было 27, женщин—66, средний возраст 55.7 ± 8.4 года (45;67).

БАД «Кальций Триактив ДЗ» назначался больным ОГ на фоне стандартной терапии РА и ОА, в сутки больные получали 1110 мг Ca^{+2} , 30 мг витамина Д₃ и 2.4 мг витамина В₆, комплекс пробиотических культур и биоадсорбенты (по 2 саше 3 раза в день в течение 1 месяца, согласно инструкции применения).

Больные КГ «Кальций ДЗ триактив» не получали. Сроки наблюдения – до лечения, через 1 и 3 месяца от начала лечения. Оценка состояния – по клинико-лабораторным и инструментальным параметрам.

Результаты исследования. Исследование закончили все больные. Клинический эффект у больных ОГ был лучше, чем у больных КГ. По данным денситометрии стабилизация показателей минеральной плотности костной ткани отмечена в ОГ, в КГ признаки ОП нарастали (по ВМС-Z на 12.3% , по ВМД-Z на 10.1%). Показатели маркеров у больных ОГ костного метаболизма (уровень щелочной фосфатазы и фосфора) были достоверно ниже, чем в КГ. В течение 3-х месяцев наблюдения зафиксированы 2 случая подтвержденных компрессионных переломов позвоночника.

Нежелательных явлений со стороны ЖКТ и мочевыводящего тракта (относительно риска камнеобразования в почках) при использовании БАД «Кальций Д₃ триактив» не выявлено.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об остеопротекторном действии БАД «Кальций Триактив Д₃», его безопасности относительно нарушений ЖКТ и камнеобразования в почках. Он не обладает почечными эффектами и может быть включен в стандартную программу терапии при ревматических заболеваниях, особенно при использовании гормонотерапии.

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ

МУМИНОВ Ш.К., НИГМАНОВ Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить роль сахарного диабета в развитии контраст-индуцированной (КИН) нефропатии у больных при проведении рентген эндоваскулярных процедур (РЭП).

Материал и методы. В исследование были включены 120 больных ИБС, которым проводились рентгенэндоваскулярные процедуры (РЭП) с использованием контрастного препарата юнигексон. Средний возраст больных составил $55,69 \pm 1,27$ лет, среди них мужчин было 73, женщин 47 человека, что составило соответственно 55,3% и 44,7% от общего количества больных. Сахарный диабет был выявлен у 73 больных (49%). Для выделения больных, у которых РЭП в послеоперационном периоде осложнилась КИН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось динамическое определение сывороточной концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. В настоящем исследовании КИН определялась как увеличение концентрации креатинина сыворотки на 25% через 24 и более часа после РЭП. По результатам все больные были распределены на 2 группы – больные с неосложненным послеоперационным периодом РЭП (группа КИН-, 99 больных, 66%) и больные, у которых развилась контраст индуцированная нефропатия (группа КИН+, 51 больных, 34%). В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых сравнений

проводилась с использованием критерия Стьюдента для парных и непарных различий.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что в группе больных, у которых развилась КИН достоверно больше лиц, у которых ИБС развилась на фоне сахарного диабета II типа ($p < 0,05$), что, вероятно объясняется их склонностью к развитию диабетической микроангиопатии, одним из вариантов которой является нефропатия. Изучение гликемических особенностей у больных ИБС, включенных в исследование продемонстрировало, что среди больных СД, у которых развилась КИН уровень гликемии достоверно выше, чем у больных с неосложненным течением РЭП ($p < 0,05$ для тощакowej и $p < 0,001$ для постпрандиальной гликемии), то есть более высокий уровень гликемии у больных ИБС группы КИН объясняется не только большим количеством больных СД, но и его меньшим контролем. Параллельно с более высокой гликемией, больные СД группы КИН+ отличались и более выраженной урикемией ($p < 0,01$). Увеличенная относительная плотность мочи у больных СД группы КИН+ по сравнению с больными КИН – ($p < 0,05$) объясняется осмотическим эффектом глюкозурии.

Выводы. Таким образом, наличие фонового СД, и особенно его декомпенсация является фактором риска развития КИН после проведения РЭП.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

МУТАЛОВ С.Б., ШАЛАЕВА Е.В., МИРАХМЕДОВА Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди больных с ревматологическими заболеваниями, оценить распространенность факторов риска среди ревматических пациентов с наличием или отсутствием АГ.

Материал и методы. Кросс-секционное исследование было проведено на базе СКАЛ ревматологии и отделения кардиоревматологии многопрофильной клиники ТМА. Был проведен анализ немодифицированных (в том числе, социально-экономический статус, профессия, урбанизация, и другие) и модифицированных

факторов риска (в том числе, курение, питание, физическая нагрузка, и другие) у 154 пациентов, кто дал письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов, мужчин было 48 (31,2%), женщин 106 (68,8%), средний возраст $44,5 \pm 13,2$ лет. Распространенность артериальной гипертензий среди обследованных лиц с ревматологическими заболеваниями составила 70 (45,5%) пациентов. Пропорция женщин, страдающих АГ была статистически значимо выше, чем выявляемость АГ у мужчин ($p = 0,016$). АГ чаще встре-

чалась у лиц старше 40 лет ($\chi^2=17.967$, $p=0.001$). Не было статистически достоверной разницы по месту жительства, социально-экономическому статусу, уровню образования, семейному положению, длительностью ревматологического заболевания, курению, приему алкоголя. Пациенты с избыточным весом и ожирением статистически достоверно имели повышенное АД 48 (75%) и 32 (39%) соответственно, $\chi^2=17.357$, $p=0.0001$. Такая же тенденция наблюдалась по Fuster-BEWAT score (выше 9 баллов) 26 (37%) пациентов с АГ против 66 (79%) пациентов без АГ ($\chi^2=22.552$, $p<0,001$) в основном за счет недостаточного потребления фруктов и овощей в пище ($\chi^2=3.941$,

$p=0.047$). Больные с АГ чаще страдали ожирением, $r=0,52$ ($p<0,001$) и ишемической болезнью сердца, $r=0.58$ ($p<0,001$).

Выводы. Чуть меньше половины обследованных больных с ревматологическими заболеваниями страдали АГ. Учитывая, что АГ является ведущей причиной смертности, проблема ее распространенности является актуальной. Среди лиц с АГ статистически значимо выделялась распространенность лиц женского пола, возраст старше 40 лет, балл по Fuster-BEWAT менее 9 баллов за счет неадекватного употребления фруктов и овощей, а также наличие стенокардии и ожирения.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕРОКСИБА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

МУХАММАДИЕВА С.М., НАБИЕВА Д.А., САИДРАСУЛОВА Г.Б., МИРАХМЕДОВА Х.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить противовоспалительную эффективность селективного ЦОГ-2-ингибитора – ВЕРОКСИБ у больных анкилозирующим спондилоартритом (АСА).

Материал и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники ТМА. В исследование были включены 46 пациентов АСА, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. Было обследовано 39 мужчин и 7 женщин, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент исследования была равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от применяемой противовоспалительной терапии АСА: в первой группе пациенты ($n=24$) ежедневно принимали вероксиб 90 мг 1 раз в сутки, во второй группе ($n=22$) получали диклофенак 150 мг/сут. У всех больных оценивали общепринятых клинических и лабораторных исследований и проводилась рентгенография позвоночника и костей таза. Период наблюдения за больными составил 12 нед. Исходно, через 6 и 12 нед. всем больным проводилось клиническое исследование на эффективность и переносимость препаратов. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в суставах и позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-CPB, уровнем С-реактивного белка (СРБ). Больные разных групп не различались по демографическим и большинству исходных клинических и лабораторных параметров. Полученные данные были внесены в компьютерную

программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для последующей статистической обработки.

Результаты исследования. При оценке динамики клинических и лабораторных показателей активности АСА в течение 12 нед. в первой группе не отмечалось статистически значимых изменений. Во второй группе через 12 нед. наблюдалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение боли при движениях по ВАШ с 25,1 [13,7; 42,5] до 68,3 [56,6; 78,9] мм ($p<0,05$) и содержания СРБ по сравнению с исходным уровнем с 4,2 [1,4; 6,7] до 14,91 [8,2; 21,7] мг/л ($p<0,05$). Также наблюдалась тенденция к снижению значений индексов BASDAI и ASDAS-CPB. В первой группе после 6 и 12 нед. лечения индексы BASDAI и ASDAS-CPB, интенсивность боли при движениях в суставах и уровень СРБ были достоверно ниже, чем во второй группе ($p<0,05$). Также в первой группе в процессе лечения были достигнуты достоверно более низкие значения индекса BASDAI, боли в суставах через 6 и 12 нед. и концентрации СРБ через 6 нед. по сравнению со второй группой ($p<0,05$). При сопоставлении переносимости препаратов диклофенак чаще вызывал нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта чем вероксиб (7,2% и 3,4% соответственно).

Выводы. Использование селективного противовоспалительного препарата Вероксиб показало значительное уменьшение боли в области позвоночника, положительную динамику общей активности болезни и функционального статуса пациентов, также обеспечивал существенное повышение качества жизни больных АСА.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

ОЧИЛОВА С.С., УМАРОВА З.Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности комбинированной антигипертензивной терапии у больных хронической болезнью почек III стадии на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 60 больных с ХБП III стадией I группа – 30 пациентов, которым был назначен леркамен в дозе –20 мг/сут. 30 пациентов II группы получили комбинацию гипотензивных препаратов, включающую леркамен 20 мг/сут и физиотенз 40 мг/сут. У всех пациентов до лечения была 2–3 степени АГ. Для оценки эффективности терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления -АД (СМАД) до начала исследования и через 10 дней терапии

Результаты исследования. У больных хронической болезнью почек III стадии на фоне сахарного диабета 2 типа, лучшая динамика снижения АД наблюдается в группе пациентов, получавших комбинацию леркамен с физиотензом. К 10-му дню исследования по данным СМАД среднее АД в I

группе пациентов составило 140 (135; 155) мм рт. ст. и 130 (125; 135) мм рт. ст. во II группе, соответственно, среднее АД равнялось 95 (100; 90) мм рт. ст. в I группе и 90 (95;85) мм рт. ст. во II группе. В I группе пациентов, которым был назначен леркамен в дозе –20 мг/сут также снижалось АД, но и индекс резистентности достоверно не изменился. Помимо снижения АД, в результате приема комбинации леркамена – 20 мг, в сочетании с физиотензом –0,4 мг пациенты отметили также улучшение самочувствия, снижение отеков.

Выводы. Достигнут положительный результат приема леркамена в сочетании с моксонидином у пациентов, что проявлялось более значительным и стойким снижением АД и улучшением общего самочувствия. Это еще раз доказывает эффективность указанной комбинации и снижение риска побочных эффектов при постепенной титрации дозы, у пациентов с ХБП и АГ на фоне сахарного диабета 2 типа.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ОЧИЛОВА С.С. УМАРОВА З.Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить особенности течения и коррекции АГ у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов с АГ на фоне ХБП, проходивших лечение в нефрологическом отделении 3-клиники ТМА в 2019г., среди которых – 60% женщин и 40% мужчин. Средний возраст больных составил 56±1,3 лет. Среди обследованных преобладали лица с АГ 2 степени (63%). АГ 1 ст. отмечена у 16% пациентов, АГ 3 ст. – у 21 % пациентов.

Результаты исследования. Структура пациентов с ХБП и АГ включала в себя больных с хроническим пиелонефритом (56%) и хроническим гломерулонефритом (28%). У 8 % пациентов с АГ отмечен поликистоз почек, у 8% – подагрическая нефропатия. У 36,4% лиц выявлена ХБП 5 ст., у 28,2% – ХБП 4 ст.,

у 21,5% – ХБП 3 ст., у – 13,9% – ХБП 1 и 2 ст. Для коррекции АГ у обследованных чаще всего применяли (блокаторы рецепторов АТ1) АРА (45%), ингибиторы АПФ (39%), диуретики (39%). Антагонисты Са -каналов использовались в терапии 35 % пациентов, препараты центрального действия (моксонидин) – 18% пациентов, β-адреноблокаторы – в 16% случаев.

При помощи монотерапии удалось достигнуть целевых цифр АД у 16 % пациентов, причем необходимо отметить, что 92% лиц данной группы в качестве антигипертензивного препарата использовали антагонист рецепторов к ангиотензину (II) (АРА) лозартан. В связи с этим для адекватной коррекции АГ у преобладающего большинства обследованных использовалась комбинированная терапия из двух (у 30% пациентов) и трех (у 41% пациентов)

препаратов. В 11% случаев использовалось 4 антигипертензивных препарата, в 2% случаев – 5.

В терапии пациентов с нефрогенной АГ преобладали следующие комбинации антигипертензивных препаратов: АРА + диуретик (19 %); ингибитор АПФ + диуретик (10%); блокатор Са каналов + диуретик + АРА (28%), АРА + блокатор Са каналов + препараты центрального действия (21 %). Это позволило существенно повысить эффективность терапии .

Выводы. Таким образом, среди обследованных пациентов с нефрогенной АГ преобладали больные с пиелонефритом, большую часть из которых составили женщины (57 %). В терапии пациентов оказались наиболее эффективными комбинации двух или трех антигипертензивных препаратов, таких как АРА (иАПФ)+диуретик или АРА + блокатор Са каналов + препараты центрального действия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПУЛАТОВА Ш.Б., АЛИЕВА К.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клиники, активности и функционального статуса больных анкилозирующим спондилитом и нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом (нр-аксСпА) и результатов мониторинга данных показателей на фоне лечения.

Материал и методы. Было обследовано 119 пациентов (1-я группа) с анкилозирующим спондилитом (АС), средний возраст $36,4 \pm 0,9$ лет, и 34 нр-аксСпА (2-я группа) $-27,0 \pm 1,6$ лет. Для оценки активности использовался индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), функционального статуса – BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Обследование включало: определение HLA-B27, уровень скорости оседания эритроцитов (СОЭ), рентгенографию костей таза, для больных нр-

аксСпА дополнительно проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) крестцово-подвздошных суставов (КПС).

Результаты исследования. Диагноз больным АС выставлен, в среднем, через $11,6 \pm 0,6$ лет, нр-аксСпА – $3,1 \pm 0,4$ года ($p < 0,001$). Индекс BASDAI у больных АС составил $4,0 \pm 0,1$, через 12 месяцев $2,4 \pm 0,12$, нр-аксСпА $-3,4 \pm 0,2/0,15 \pm 0,04$ ($p < 0,01$). BASFI среди пациентов 1-й группы был $3,3 \pm 0,2$ через год $1,7 \pm 0,1$, 2-ой – $1,6 \pm 0,2$ через год $0,1 \pm 0,04$ ($p < 0,001$). Уровень СОЭ у больных АС $25,5 \pm 1,3$, через год $35,1 \pm 2,1$ ($> 0,05$), нр-аксСпА $-21,8 \pm 2,1$ через год $8,2 \pm 0,3$ ($p < 0,001$).

Выводы. Пациенты нр-аксСпА имели более низкие показатели активности и функциональных нарушений и быстрее достигали клинического и функционального улучшения на фоне лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ПУЛАТОВА Ш.Б., АЛИЕВА К.К., ДЖУРАЕВА Э.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. На клиническом примере продемонстрировать особенности назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при анкилозирующем спондилите (АС).

Материал и методы. Больной Н., 34 года, обратился для консультации с жалобами на боли в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, преимущественно в ночные часы, в покое, ограничение движений в шейном и поясничном отделах позвоночника, боль в

области наружной поверхности бедра, утреннюю скованность более 2 часов. Беспокоили также боли в области живота после приема пищи. Первый эпизод боли воспалительного характера был 10 лет назад. Диагноз АС установлен 2 года назад, назначены НПВП, которые больной принимал нерегулярно. На основании клинико-инструментального обследования поставлен следующий диагноз. Основное заболевание: анкилозирующий спондилит, поздняя стадия, двусторонний сакроилеит III стадии, передний

спондилит, активность высокая (BASDAI 5, 7, ASDAS-CPБ 2, 7), HLA-B27-ассоциированный, с внеаксиальными проявлениями (двусторонний коксит II стадии, тендинит мышц вращающей манжеты плеча – надостной, подостной, малой круглой мышц, трохантерит с обеих сторон). Сопутствующий диагноз: НПВП-гастропатия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом, гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*. Назначен Камелот (мелоксикам) 15 мг/сут в постоянном непрерывном режиме, метотрексат 7,5 мг 1 раз в неделю, фолиевая кислота 1 мг 5 дней в неделю, Магнецин по 2 таблетки 2 раза в сутки, эрадикационная терапия *H. Pylori*, введение глюкокортикоидов в область воспаленных энтезов.

Результаты исследования. При визите пациента через месяц отмечалась значительная положительная динамика: уменьшились боли в поясничном, шейном, грудном отделах позвоночника, уменьшились боли в области плечевых суставов, купировались боли в области больших вертелов, объем активных и пассивных движений в плечевых суставах полный. Продолжительность утренней скованности 1,5 ч. Боли в эпигастральной области не беспокоят. В анализе крови: показатели клинического и

биохимического анализов крови без отклонений от нормы, С-реактивный белок снизился с 62,5 до 20 мг/л. BASDAI 4, 3, ASDAS-CPБ 2,0. Лечение НПВП, метотрексатом, препаратом магния, ингибитором протонной помпы, фолиевой кислотой продолжено.

Выводы. НПВП являются ведущими препаратами при АС, назначение которых способствует купированию боли и скованности в позвоночнике, уменьшает выраженность энтезита, экссудативных изменений в суставах, позволяет предотвратить или замедлить развитие структурных изменений позвоночника. Очень важным моментом в лечении является информирование больного как о необходимости длительного непрерывного приема НПВП и базисных препаратов, так и о возможных нежелательных эффектах, регулярном лабораторном контроле, необходимости приема гастропротективных препаратов. Эффективность Камелота в терапии АС доказана в ряде многоцентровых исследований на большом числе пациентов. По силе своей эффективности Камелот соответствует традиционным НПВП – «золотому стандарту» (диклофенаку, пироксикаму, напроксену), а по безопасности превосходит их.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

САДИКОВА А.С., ОМОНОВА З.Т., СИБИРКИНА М.В.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить структуру и частоту коморбидной патологии у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 100 больных РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении многопрофильной клиники ТМА в 2019 году. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Проводился ретроспективный анализ историй болезни. Соотношение Ж: М 9:1. Средний возраст пациентов составил $52,07 \pm 9,02$ года. Длительность РА от 1 года до 30 лет (средняя $9,15 \pm 7,6$).

Результаты исследования. Коморбидные состояния выявлялись у 97% больных; у 92% пациентов имелось сочетание двух и более коморбидных заболеваний. Примерно в равном соотношении встречалось сочетание 2 (22%) и 3 (24%) коморбидных патологий. Наиболее часто встречаемой коморбидной патологией является патология пищеварительной

системы – у 36% больных, на втором месте по частоте встречаемости выявлена патология сердечно-сосудистой системы (31%), несколько реже у больных РА отмечалась патология мочевыделительной системы (20%), патология костно-суставной системы встречалась – у 7%, на долю эндокринной системы приходится – 4%. Наличие коморбидной патологии ассоциируется с длительностью анамнеза заболевания, так в группе больных с длительностью ревматического анамнеза до 5 лет число пациентов с наличием 4-х и более коморбидных патологий составило 41,5%, с длительностью ревматического анамнеза от 5 до 10 лет – 54,2%, у больных с ревматическим анамнезом более 10 лет у 59,7% больных РА имеется 4 и более коморбидные патологии.

Выводы. У больных РА отмечена высокая частота коморбидной патологии. Наличие коморбидной патологии у больных РА ассоциируется с патологией с длительностью анамнеза.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

САИДРАСУЛОВА Г.Б., МУХАММАДИЕВА С.М., МИРАХМЕДОВА Х.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность различных видов базисной противовоспалительной и генно-инженерной биологической терапии анкилозирующего спондилоартрита (АСА).

Материал и методы. Исследование проводилось в ревматологическом центре на базе многопрофильной клиники ТМА за 2017–2019 гг. Обследованы 52 стационарных пациентов с АСА периферической и аксиальной формой (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) в развернутой или поздней стадии заболевания с высокой степенью активности по BASDAI $\geq 4,0$, ASDAS < 3.5 и с высокой степенью ограничения функциональной активности по BASFI ≥ 4.0 . Возраст пациентов в исследуемых группах был от 23 до 66 лет. Средняя длительность заболевания на момент обследования – $11,95 \pm 1,25$ года. Клиническую оценку эффективности различных видов базисной терапии у больных АСА проводили в конце 3-го и 12-го месяца лечения по динамике таких общепринятых клинических признаков поражения позвоночника, по индексам активности болезни BASDAI, ASDAS, индексам повседневной функциональной активности суставов и позвоночника BASFI, BASMI, критериям ремиссии ASAS, динамике позвоночных индексов. Все больные методом адаптивной рандомизации были разделены на четыре группы в зависимости от вида базисной терапии: I-я группа больных ($n=9$) получала лефлуномид (Леф.) 20 мг/сут, II-я группа ($n=10$) – сульфасалазин (ССЗ) 2,0 г/сут, III-я группа ($n=18$) – метотрексат (МТ) 15 мг/нед и IV-я группа ($n=15$) – ингибиторы фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) (инфликсимаб (ИНФ) 5 мг/кг/нед. со схемой).

Результаты исследования. После трех месячной терапии, полученные данные оценивали по вышеуказанным параметрам у всех групп. В I, II и III группах больных АСА к концу 3-го месяца лечения снижение всех клинических признаков поражения позвоночника было статистически не достоверной, а к концу 12-ти

месячного лечения – достоверной ($p < 0,05$). При этом, клинический эффект лечения у больных АСА с периферическими формами II и III групп не отличался от больных АСА I группы и не действовал при АСА с аксиальной формой. В IV группе больных АСА к концу 3-го месяца лечения отмечено достоверное снижение показателей клинических признаков поражения позвоночника по индексам BASDAI на 50 % установлено у 65 % пациентов ($p < 0,05$) и дальнейшее их снижение к концу 12-ти месячного лечения ($p < 0,01$). Уменьшилась активность АСА, определяемая по индексу ASDAS, у 69 % и стала минимальной у 51 % пациентов в IV группе. Среднее значение индекса BASFI снизилось более чем в два раза как в группе на ИНФ, так и в II и III группах на ССЗ и МТ, низкий уровень его констатирован соответственно у 67, 58 и 55 % больных. Кроме I группы, в остальных группах установлено достоверное увеличение объема движений в позвоночнике после 12-ти месяца терапии ($p < 0,05$). К концу исследования достоверно улучшилась функция локомоторного аппарата (индекс BASMI) по сравнению с исходными значениями: в II группе с $18,3 \pm 7,4$ до $14,2 \pm 3,6$, III группе с $17,8 \pm 6,3$ до $15,7 \pm 5,3$ и IV группе с $18,4 \pm 7,9$ до $12,2 \pm 4,5$. Частичная ремиссия в соответствии с критериями ASAS достигнута у 73 % пациентов на терапию ИНФ, у 44,5 % – в группе МТ, у 40 % – в группе ССЗ и у 22,3 % – в группе Леф.

Выводы. При АСА длительное применение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) обладает достоверным клиническим эффектом. Наибольший клинический эффект при АСА отмечен при использовании ингибиторов ФНО- α . ССЗ и МТ при АСА обладают достоверной клинической эффективностью при периферических формах. Леф. был неэффективным при аксиальной форме АСА. Использование ФНО- α в лечение больных при всех формах АСА приводит к снижению активности заболевания и улучшению качества жизни по сравнению с другими БПВП.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСИТА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

САИДРАСУЛОВА Г.Б., АКРАМОВА Н.Т., МУХАММАДИЕВА С.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить динамику клинических, рентгенологических показателей состояния тазобедренных суставов (ТБС) у больных анкилозирующим спондилоартритом (АСА), подбирая более безопасные и эффективные препараты.

Материал и методы. Исследование проводилось в ревматологическом центре на базе многопрофильной клиники ТМА за 2016–2019 гг. В исследование были включены 46 пациентов АСА, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. и воспаления ТБС. Всего обследовали 39 мужчин и 7 женщины, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент назначения лечения препаратами равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. Все больные были разделены на три группы в зависимости от применяемой терапии АСА: в первой группе пациенты (n=15) ежедневно принимали ацеклофенак по 100 мг/сут., во второй группе (n=16) помимо ацеклофенака по 100 мг/сут. получали сульфасалазин (ССЗ) 4 раза в сутки по 500 мг, в третьей группе (n=15) проводилось лечение ацеклофенак по 100 мг/сут. и инфликсимаб (ИНФ) внутривенно со схемой (по 5 мг/кг внутривенно капельно в течение минимум 2 часа, затем препарат вводил в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первого введения (иницирующая фаза лечения), и далее каждые 8 недель (поддерживающая фаза лечения)). У всех больных оценивали общепринятых клинических и лабораторных исследований и проводилась рентгенография с оценкой индекса BASRI-Hip ТБС. Период наблюдения за больными составил 12 мес. Исходно, через 6 и 12 мес у всех больных проводилось клиническое и радиологические исследования. Рентгенография ТБС в прямой проекции выполнялась в начале наблюдения и через 12 мес. Индекс BASRI-Hip определялся у всех пациентов. У 39 из 46 больных, включенных в исследование, наблюдалось двустороннее поражение ТБС, при оценке рентгенологической динамики учитывалось наибольшее значение индекса BASRI-Hip. У 7 пациентов поражение ТБС было односторонним и III рентгенологическими степенями. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в ТБС по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением

индекса BASDAI, ASDAS-CPБ, уровнем С-реактивного белка (СРБ). Больные разных групп не различались по демографическим и большинству исходных клинических и лабораторных параметров, хотя некоторые показатели активности болезни в 3-й группе были выше, чем в 1-й и во 2-й, а во 2-й – выше, чем в 1-й. Полученные данные были внесены в компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для последующей статистической обработки. Различия оценивались по критерию Манна–Уитни.

Результаты исследования. При оценке динамики клинических и лабораторных показателей активности АСА и коксита в течение 12 мес в первой группе не отмечалось статистически значимых изменений. Во второй группе через 12 мес наблюдалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение боли при движениях в ТБС по ВАШ с 25,1 [13,7; 42,5] до 68,3 [56,6; 78,9] мм ($p<0,05$) и содержания СРБ по сравнению с исходным уровнем с 4,2 [1,4; 6,7] до 14,91 [8,2; 21,7] мг/л ($p<0,05$). Также наблюдалась тенденция к снижению значений индексов BASDAI и ASDAS-CPБ. У больных третьей группы была зафиксирована более выраженная позитивная динамика: статистически достоверное снижение индексов BASDAI и ASDAS-CPБ, значений СРБ и боли при движении в ТБС после 6 и 12 мес лечения. В 3-й группы после 12 мес назначение ИНФ привело к уменьшению боли с 13,2 [4,2; 25,7] до 71,9 [64,3; 88,1] мм ($p<0,05$), BASDAI и ASDAS-CPБ с 1,6 [1,1; 2,96] и 1,4 [1,1; 2,24] до 7,5 [5,8; 8,5] и 3,1 [2,6; 3,8] соответственно ($p<0,05$), содержания СРБ с 2,6 [0,2; 5,8] до 23,3 [16,4; 35,6] мг/л ($p<0,05$). В 3-й группе после 6 и 12 мес лечения индексы BASDAI и ASDAS-CPБ, интенсивность боли при движениях в ТБС и уровень СРБ были достоверно ниже, чем в первой группе ($p<0,05$). Также в третьей группе в процессе лечения были достигнуты достоверно более низкие значения индекса BASDAI, боли в ТБС через 6 и 12 мес и концентрации СРБ через 6 мес по сравнению со второй группой ($p<0,05$). Несмотря на то, что большинство показателей во 2-й группе после 6 и 12 мес лечения были ниже, чем в первой, статистически достоверных различий между ними не было. Через 12 мес отмечалось увеличение индекса BASRI-Hip на 1 у трех больных 1-й группы (20,0%) и у одного больного 2-й группы (6,25%).

В 3-й группе BASRI-Hip не увеличивался. ССЗ и ИНФ не оказывали существенного воздействия на динамику рентгенологического индекса BASRI-Hip и процесс образования новых остеофитов в ТБС.

Выводы. Использование ССЗ и ИНФ в комплексе лечения больных кокситом, ассоциированным с АСА, приводит к снижению активности синовиита ТБС.

СОВРЕМЕННЫЙ ФТОРХИНОЛОН В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН

САПАЕВА З.А., ЖАББАРОВ А.А., КАДЫРОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить сравнительном аспекте антибактериальную эффективность левофлоксацина и цiproфлоксацина у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии активного воспаления.

Материал и методы. В исследование были включены 40 женщины фертильного возраста с клиническим установленным диагнозом: хронический пиелонефрит в стадии активного воспаления. Средний возраст больных составил $25,5 \pm 4,5$ лет. Длительность заболевания составила в среднем $4,7 \pm 0,8$ года. Все больные находились на стационарном лечении в отделении нефрологии III клиники ТМА. Пациенты были разделены на две группы. С учетом результатов бактериологического посева мочи, больные обеих групп получали этиотропную терапию, включающую антибиотики из группы фторхинолонов. 20 больные 1-й группы назначали фторхинолон 3-го поколения «Левамаг» (левофлоксацин) в суточной дозе 500 мг 1 таб. 1 раз в сутки, 20 пациенток 2-й группы получали фторхинолон 2-го поколения «Ципрокс» (Цiproфлоксацин) 500 мг 2 раза в сутки.

Результаты исследования. Выделенные у больных патогенные микроорганизмы оказались

чувствительными к фторхинолонам. При этом у 18 больных отмечалась высокая чувствительность к левофлоксацину, у 12 – умеренная к цiproфлоксацину. Проведенная комплексная терапия с Левофлоксацином приводила к более раннему в среднем на $1,5 \pm 0,7$ дня улучшению по субъективным и объективным проявлениям заболевания с купированием большинства клинических проявлений болезни к 8–9 дню, что коррелировало с положительной динамикой лабораторных параметров (нормализация лейкоцитов в крови и снижение СОЭ до субнормальных и нормальных значений, исчезновение протеинурии с одновременным резким снижением интенсивности лейкоцитурии) чем при лечении с Цiproфлоксацином.

Выводы. Возбудители хронического пиелонефрита у женщины фертильного возраста проявляют достаточно высокую чувствительность к Левомуагу. Препарат Левофлоксацин хорошо переносится женщинами и больными с хроническим пиелонефрит. Включение Левомуага в комплексную терапию хронического пиелонефрита у женщин фертильного возраста приводит к эффективному купированию в короткий срок основных проявлений болезни.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА И РАЗГАРА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

САФАРОВ У.Б., АЛИМУХАММЕДОВ У.А., ТОИРОВ Э.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Проведение анализа клинко-лабораторных особенностей дебюта и развернутой стадии ревматоидного артрита (РА), основываясь на данных анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Материал и методы. Было обследовано 94 больных РА. Исследование было проведено в ревматологическом отделении клиники №1 Самаркандского медицинского института

(кафедра Внутренних болезней №1). Среди всех больных женщины составили 68,1% (64 пациентов), мужчины – 31,9% (30 пациентов). Средний возраст больных составил – $42,1 \pm 1,3$ года, продолжительность заболевания – $6,5 \pm 0,5$ года.

Результаты исследования. Согласно классификации ВНОР ACR/ELUAR ранняя стадия РА (продолжительность заболевания

от 6 месяцев до 1 года) отмечалась у 33,0% больных, развернутая стадия (продолжительность заболевания от 1 до 2 лет) – у 22,3% и поздняя стадия (продолжительность заболевания более 2 лет) – у 44,7% пациентов. По нашим данным ревматоидный артрит характеризуется клиническим полиморфизмом. Дебют заболевания отличается разнообразием как суставного синдрома, так и внесуставных проявлений, кроме постепенного начала заболевания, часто наблюдается острое и подострое начало, вовлечение в дебюте заболевания не только мелких суставов кистей, но и крупных суставов, в том числе и в виде асимметричного артрита. Развёртывание клинической картины РА может растянуться на несколько лет, что существенно влияет на своевременную постановку диагноза, на начало базисного лечения и на прогноз заболевания. В отличие от дебюта в развёрнутой стадии

болезни чаще наблюдаются общие симптомы, как повышение температуры тела, быстрая утомляемость, снижение массы тела, повышенная потливость, различные нарушения сна. По сравнению с дебютом, развернутая стадия РА характеризуется более тяжелыми лабораторными проявлениями, о чем свидетельствуют высокие показатели СОЭ, фибриногена, С-реактивного белка, ревматоидного фактора и ЦИК.

Таким образом, особое внимание необходимо уделять дебюту ревматоидного артрита, как решающему периоду для дальнейшего течения болезни. Только ранняя диагностика и своевременное назначение базисного лечения способно в какой-то мере остановить появление костных деструкций. К сожалению, именно начальный период болезни характеризуется атипичной клинической картиной, что затрудняет так необходимую раннюю постановку диагноза.

ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С НАСЛЕДСТВЕННЫМ ПРЕМОРБИДОМ

САФАРОВ У.Б., АХМЕДОВ И.А., ТОИРОВ Э.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенности течения РА в зависимости от наличия у исследуемых больных наследственной отягощённости по системным ревматическим заболеваниям.

Материал и методы. Под наблюдением находились 100 (12 мужчин, 88 женщин) больных РА. Средний возраст лиц, включённых в исследование, составил $47,2 \pm 1,1$ лет ($46,8 \pm 1,2$ для женщин и $50,4 \pm 2,9$ для мужчин). Средняя длительность заболевания была $8,07 \pm 0,71$ лет.

Результаты исследования. В наших исследованиях у 37% пациентов среди родственников первой и второй линии были обнаружены одно или несколько системных ревматических заболеваний. Это позволило нам разделить больных на 2 подгруппы: первая группа – больные РА без наличия среди родственников системных ревматических заболеваний ($n=63$), вторая группа – больные РА с отягощённой наследственностью ($n=37$).

Среди больных II группы встречаемые заболевания в их семьях распределялись следующим образом: РА был отмечен у родственников 48,5%, хроническая ревматическая болезнь сердца 16,6%, системные васкулиты – 8,3%, системные заболевания соединительной ткани у 19,4% и псориатический артрит – 2,8% исследуемых. Что касается

степени родства, было зарегистрировано наличие системных ревматических заболеваний у 22% матерей больных II группы, у 3% отцов, 4% бабушек, 6% тётей, по 3% у братьев и сестёр и у 2% двоюродных сестёр, что демонстрирует известный факт преимущественного наследования системных ревматических заболеваний по женской линии. По нашим данным у больных, имеющих отягощённую наследственность по системным ревматическим заболеваниям, РА дебютирует раньше, чаще подостро или постепенно, с олигоартикулярным поражением крупных суставов, но с тенденцией к быстрому распространению суставного синдрома, с большим числом болезненных и припухших суставов, продолжительной утренней скованностью, что существенно отражается на качестве жизни этих больных. Пациенты с отягощённой наследственностью более чувствительны к эмоциональным, физическим перегрузками и гормональным колебаниям.

У пациентов с отягощённой наследственностью лабораторные показатели активности воспаления – уровень СОЭ, С-реактивного белка и ревматоидного фактора во все периоды РА оказываются выше чем, у больных без наследственного преморбида.

Наряду с тяжелыми функциональными поражениями суставов и у пациентов с

наследственным преморбидом преобладают частота общих признаков РА. Это подтверждает факт, что своевременная диагностика РА и раннее начало базисного лечения может предотвратить инвалидизацию больных сотягощённой наследственностью.

Выводы. Итак, РА развивается в результате сложного и во многом вероятного взаимодействия генетических факторов и факторов внешней

среды. По нашим данным представляется обоснованным поиск причин клинического полиморфизма среди генетических факторов. В последние годы активизировались исследования, касающиеся генетической предрасположенности к ревматическим заболеваниям. Многочисленные исследования направлены на выявление молекулярно-генетических маркеров, которые могут привести к убедительным результатам.

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРЕДВЕСТНИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

СУЛЕЙМЕНОВ А. К., КУАНЫШЕВА А.Г., ТАЛҒАТҚЫЗЫ А., СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»,
г. Семей, Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана»,
г. Нурсултан, Республика Казахстан*

Цель исследования. Разработать и внедрить тактику (критерии) рационального ведения беременных с инфекцией мочевой системы с учетом биометрических характеристик (критериев) почек

Материал и методы. На амбулаторном этапе обследовано 423 с инфекцией мочевой системы (ИМС). У пациенток взято информированное согласие и разрешение на исследование. Беременные женщины прошли критерии и исключения исследования. Взято этическое заключение комиссии. УЗИ почек проводилось всем беременным на амбулаторном этапе, были определены следующие линейные размеры почек: продольный размер во фронтальной проекции (L), толщина (Т) и ширина (Н) правой (R) и левой (L) почек в плоскости поперечной, продольной оси на уровне ворот органа, толщина паренхимы, коркового слоя, определялось соотношение ширины/толщине кортикомедуллярного слоя, индекс формы почек (ИФП), ренально-кортикальный индекс (РКИ). Исследование проводилось на аппаратуре Logic 5,8 M-TURBO, FUJIFILM SONOSITE, по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

Результаты исследования. На УЗИ при ИМС преимущественно выявлялось увеличение объема правой почки, гидронефротическая трансформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), дилатация ЧЛС, микронефролитиаз, деформация ЧЛС, уплотнение ЧЛС, гидрокаликоз

преимущественно правой почки. Длина почки (см): правая – $12,5 \pm 0,5$ см (9,8–12,20), левая – $11,2 \pm 0,6$ см (10,1–12,3). Ширина почек (см): правая – $6,2 \pm 0,5$ см, левая – $5,7 \pm 0,6$ см. Толщина почек (см): правая–3,3см, левая–4,2см. Соотношение ширина/толщине кортикомедуллярного слоя – 1,7 (0,8–1,6). ИФП вычисляется по формуле: ИФП = длина почки/ ширина почки + толщина почки. ИФП правой почки $1,14 \pm 0,01$, левой почки $1,1 \pm 0,01$ (1,05–1,1). РКИ вычисляется по формуле: РКИ = площадь паренхимы почки/площадь почечного синуса. У беременных он увеличивается, что составляло $3,91 \pm 0,02$ (2,5–3,1)

Выводы. На УЗИ почек при ИМС можно выделить следующие изменения: дилатация и деформация ЧЛС, гидрокаликоз правой почки. УЗИ почек при ИМС необходимо для определения биометрических показателей почек как дополнительных факторов прогнозирования риска преэклампсии, диагностировать раннее формирование и прогрессирование нефропатии и определить дальнейшую тактику наблюдения за беременными и последующие пролонгации беременности. У беременных увеличивается РКИ на 21%, соотношение ширины к толщине кортикомедуллярного слоя на 0,1, длина правой почки была не существенно больше нормы на 0,3 см, ИФП ПП больше на 0,03.

УЗИ параметры почек помогают предвидеть риск нефропатии у беременных.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

СУЛЕЙМЕНОВ А. К., КУАНЫШЕВА А.Г., ТАЛФАТҚЫЗЫ А.

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»,
г. Семей, Республика Казахстан*

Цель исследования. Определить биометрические показатели почек при инфекции мочевой системы у беременных второго и третьего триместров беременности

Материал и методы. Базы наблюдения: «КГП на ПХВ Поликлиника №1, КГП на ПХВ Поликлиника №7» г. Семей

На амбулаторном этапе обследовано 423 с инфекцией мочевой системы (ИМС), 93 без ИМС с нормальной физиологической беременностью по протоколу РЦРЗ РК второго и третьего триместров беременности. У пациенток взято информированное согласие и разрешение на исследование. Пациентки с ИМС разделены на 2 группы: с высевом и без высева бактериурии, контрольная группа без ИМС и патологии почек. Все обследования проводилась на базах поликлиник, за исключением бактериологического анализа мочи (Лаборатория «Invivo») с определением чувствительности к антибактериальным препаратам и минимальной ингибирующей концентрации (МИК) в течение 3–7 дней. Основным исследованием было ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Во внимание были включены корковый слой почек, линейные размеры: продольный размер, толщина, ширина почек, эхоструктура, наличие свободной жидкости, диаметр чашечек, антропометрические показатели и их соотношения, в единичных случаях определялся почечный кровоток и индекс резистентности. Исследование проводилось на аппарате Logic 8 по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Терапия была назначена протоколу РЦРЗ РК № 27 «Инфекция мочевых путей при беременности, родах», тем пациенткам, у которых была высеяна бактериурия свыше 10^5 колониеобразующих единиц (КОЕ) с упором на МИК преимущественно. Предпочтение отдавалось нитрофурантоинам, цефепиму, амоксициллину, клавуланату, фосфомицину, цефтриаксону, цефтазидиму во втором триместрах,

ко-тримоксозолу только в третьем триместре. Выбор препарата шел от самой наименьшей МИК и подбирался каждой пациентке индивидуально

Результаты исследования. На УЗИ при ИМС преимущественно выявлялось увеличение объема правой почки, гидронефротическая трансформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), дилатация ЧЛС, микронефролитиаз, деформация ЧЛС, уплотнение ЧЛС, гидрокаликоз преимущественно правой почки. Эхоструктура почек была однородная, правая почка была выше нормы, в 7 случаев был выраженный отек паренхимы – имелся риск развития карбункула почки на фоне интоксикации, однако в динамике через неделю на фоне терапии УЗИ картина была иначе. В бактериологическом анализе мочи (БАМ) преимущественно высевалось: *E. coli*, *Proteus vulgaris*, *St. aureus*, *St. epidermal is* и т.д. В большинстве случаев терапия была успешна, так был упор лечения на МИК. Повторного высева бактериурии у всех беременных не наблюдалось. У пациенток с нормальной физиологической беременностью на УЗИ почек выявлялось – микронефролитиаз, нефроптоз одной-обеих почек, гидронефротическая трансформация правой почки и без эхоструктурных особенностей.

Выводы. Важно при ИМС определение БАМ с высевом бактериурии и определением МИК для точной и адекватной терапии. На УЗИ почек при ИМС можно выделить следующие изменения: дилатация и деформация ЧЛС, гидрокаликоз правой почки. При высева бактериурии при ИМС ведущее место занимает *E. coli*. В лечении преимущество отдавалось цефепиму и нитрофурантоинам, так как большинство БАМ на эти группы препаратов не определялось резистентности. УЗИ почек при ИМС необходимо для рационального ведения беременных и определения биометрических показателей почек.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЗИЛИЦУМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В., УСМАНБЕКОВА Х.Т.

Институт иммунологии и генетики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности тозилицумаба (актемры) в лечении РА.

Материал и методы. Обследовано 15 больных РА, имевшим I-II степень активности. Средний возраст пациентов составил $35,27 \pm 6,78$ лет, с продолжительностью заболевания от 2 до 13 лет (средняя медиана $9,74 \pm 4,28$ года). 11 больных серопозитивными, а остальные серонегативными. Ранее пациенты получали различное лечение, включая метотрексат, лефлунамид, азатиоприн, сульфосалазин, глюкокортикоиды. 6 больных получали ранее ритуксимаб. Всем больным проводилось, наряду с клиническим, иммунологическое исследование. На основании данных иммунного статуса, выбирали показания к назначению актемры: уровень В-клеток ниже 400/мкл, повышение числа естественных киллеров больше 400/мкл, наличие лимфоцитоза.

Противопоказаниями к применению актемры были следующие: наличие гепатита В и С в анамнезе, ВИЧ, туберкулеза, очага местного микробного воспаления (отит, пиелонефрит).

Результаты исследования. В зависимости от степени активности подбиралась доза актемры. Пациентам, у которых была I степень воспалительной активности (СОЭ не превышало

25мм/час, СРБ не выше 8 мг/дл), актемра вводилась в дозе 80 мг. У пациентов со II степенью активности актемра вводилась в дозе 200 мг.

Введение препарата осуществляли согласно инструкции по применению внутривенно капельно на 100 мл физиологического раствора в течении 1 часа без использования премедикации. В момент введения пациенты каких-либо жалоб не предъявляли.

Эффективность применения препарата оценивали на следующий день. На фоне применения актемры отмечалось улучшение состояния: уменьшались боли в суставах, уменьшалось чувство скованности в суставах, улучшалось общее самочувствие, происходила нормализация лабораторных показателей. Отмечался положительный эффект в течении 2 мес, что согласуется с инструкцией по применению. Авторами не отмечена какая-либо зависимость эффективности применения актемры от продолжительности заболевания и серологического варианта РА.

Вывод. Таким образом, применение актемры при РА способствует наступлению ремиссии и улучшает состояние больных.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЁ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

ТУХТАЕВА Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние микробиоценоза желудка у больных ревматоидным артритом (РА) и оценить характер влияния лекарственной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 22 больных РА, получавших нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), глюкокортикостероиды (ГКС) и сочетание НПВС и ГКС. Проведено микробиологические исследования желудочного сока и биопсийного материала.

Результаты исследования. Из 20 больных у 8 имело место I-степени активности РА, а у остальных 12 больных – II-степени активности. 10 больных РА из 20 получали для лечения НПВС,

3 больных ГКС, а остальные получали сочетание НПВС с ГКС.

Результаты микробиологического исследования показывают, что у подавляющего большинства больных имеют место дисбиотические сдвиги в микробиоценозе желудка. Эти нарушения характеризуются преимущественным снижением удельного веса сапрофитной флоры. В динамике лечения происходят дальнейшие ухудшения дисбиотических нарушений. Это сравнительно выражено в группе больных, получавших НПВС. Результаты микробиологического исследования биопсийного материала указывают на наличие *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в желудке у 85% пациентов РА на фоне проводимого ле-

чения. Причем, у подавляющего большинства из них обсемененность *H. Pylori* была выраженной. Анализ гастродуоденальных нарушений у больных РА в зависимости от проводимой фармакотерапии показывает, что наиболее высокая частота их встречаемости отмечается в группе больных, которые для лечения получали только НПВС. При этом если в группе больных, получавших ГКС, эти осложнения имели место у 4 больных, то в группе больных, получавших толь-

ко НПВС имели место соответственно у 14 больных.

Выводы. Таким образом на основании исследования можно сделать следующий вывод: степень выраженности дисбиотических сдвигов в желудке и обсемененность *Helicobacter pylori* находится в определенной зависимости от применяемых для лечения РА лекарств. При этом негативный эффект по отношению микробиоценоза желудка сравнительно высок у НПВС.

ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРУВЛАРДА СЕМИЗЛИК БОР БЕМОРЛАРДА ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

УРАЛОВ Р.Ш., ХАМРАЕВ Х.Х.

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Функционал тестлар ва инструментал белгилар натижаларини ҳар томонлама таҳлил қилиш асосида беморларда семизликнинг тизза бўғими ОА клиник кечувига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллари. 48 ёшдан 75 ёшгача бўлган тизза бўғими ОА билан 80 нафар беморлар (23 (28.8%) эркак, 57 (71.2%) аёл) текширилди. ОА ташҳиси АРА (Америка Ревматологлар Ассоциация) ташҳис мезонлари асосида қўйилган (Altman, R. et al., 1986). Беморларнинг ўртача ёши $58,5 \pm 0,8$ йил бўлган бўлса, ўртача касаллик давомийлиги $6,7 \pm 0,3$ йилни ташкил қилди (1 йилдан 15 йилгача).

Аёлларнинг ўртача ёши – $57,5 \pm 0,5$ йил (48 ёшдан 74 ёшгача), касалликнинг ўртача давомийлиги – $6,1 \pm 0,4$ йил, касалликнинг дебюти – $51,3 \pm 0,4$ ёшда кузатилди. Эркакларнинг ўртача ёши – $51,0 \pm 0,6$ йил (48 ёшдан 75 ёшгача), касалликнинг ўртача давомийлиги – $7,8 \pm 0,5$ йил, касалликнинг дебюти – $54,0 \pm 0,6$ ёшда кузатилди.

Шикоят, анамнез, антропометрия маълумотлари (бўйи, вазни, тана масса индекси), клиник текширув, бўғим синдроми ва ҳамроҳ касалликлар кўриб чиқилди. Бўғим синдроми текширувлари қабул қилинган стандартлар бўйича (зарарланган бўғимларни аниқлаш, оғриқ индекси, экссудация, бўғимнинг функционал қобилияти, бўғимнинг тўғри ва ён проекциядан рентгенографияси) ва тизза бўғимини ультратовуш текшируви ўтказилди.

Тадқиқод натижалари. Оғриқнинг интенсивлиги ВАШ бўйича (0 дан 100 мм гача) баҳоланди. Юрганда оғриқнинг интенсивлиги ўртача $59,2 \pm 18,8$ мм ни ташкил қилди: аёлларда – $48,2 \pm 2,4$ мм, эркакларда – $54,8 \pm 3,1$ мм ($P < 0,05$). Кучли оғриқ (ВАШ бўйича > 70 мм) – 12 (15.0%), ўртача оғриқ (40 – 70 мм) – 43

(53.8%), енгил оғриқ (< 40 мм) – 25 (31,3%) беморларда кузатилди.

ОА билан беморларда тана масса индекси (ТМИ) 19 дан 39 гача кўрсаткични ташкил қилди. БССТ тавсиясига кўра 22 (27.5%) беморда ТМИ нормал кўрсаткич (18,5–24,9), 23 (28.8%) – ортиқча тана массасига (25–29,9 – семизлик олд ҳолати), 15 (25,0%) – семизлик биринчи даражаси (30–34,9) ва 20 (12,2%) – семизлик иккинчи даражаси (35–40) аниқланди.

Семизлик аниқланган беморлар ичида аёллар кўпчиликни ташкил этди. I ва II даражали семизлик билан беморларнинг 26,7% ва 40,0% да олигоартритик зарарланиш, полиартритик зарарланиш – 46,7% ва 15,0% да кузатилди. I ва II даражали семизлик билан иккиламчи реактив синовитнинг учраши 46,7% ва 70,0% ни ташкил этди. I даражали семизлик билан беморларда иккинчи ва учинчи даражали оёқ веналарининг варикоз кенгайишининг учраши 33,0% ва 20,0% ни, II даражали семизлик билан беморларда 40,0% ва 25,0% ни ташкил қилди.

Хулоса. Бизнинг натижаларимизга кўра, семизлик ОА ривожланишига, тизза бўғимининг функционал қобилиятини бузилишига, реактив синовит ва оёқ веналарининг варикозига олиб келадиган жиддий хавф омилларидан бири ҳисобланади. Беморларнинг тана вазнининг ошиши ОА оғирлашувига олиб келади. Семизликда беморларни юриши ўзгаради, юришнинг патологик тури пайдо бўлади, бўғимда ҳаракатнинг кескин чекланишига, жамоат транспортларидан фойдаланишда қийинчиликлар туғдиради ва қўшимча воситаларни қўллаш зарурати пайдо бўлади.

Лекен индекси ва WOMAC тестини жорий этиш семизлик билан касалланган беморларда ОАнинг

оғирлик даражасини, бўғимларнинг функционал қобилиятларини эрта аниқлашга ёрдам беради. EQ–5D (EuroQol) ҳалқаро сўровномаси бўйича беморлар ҳаёт сифатининг барча параметрларини ўрганиш семизлик, оёқ веналари

варикози ва бошқа ҳамроҳ касалликларга чалинган шахсларда ОАнинг оғирлик даражасини аниқлаш имконини беради, бу ўз вақтида керакли индивидуал даволашга имкон беради.

ОПЫТ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНОЛТРЕКС У БОЛЬНЫХ АРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

УСМАНБЕКОВА Х.Т., КИРЕЕВ В.В.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и переносимости препарата инолтрекс у больных с артрозами крупных суставов.

Материал и методы. Препарат инолтрекс применен у 15 больных (20 суставов) с артрозами коленных суставов. Перед введением препарата пациенты обследовались на наличие сахарного диабета. Всем больным проводилось рентгенологическое исследование для определения рентгенологической стадии заболевания.

Результаты исследования. Препарат вводился в асептических условиях манипуляционной. Перед введением препарата с целью обезболивания и профилактики попадания геля в мягкие ткани, что нежелательно, т.к. он не рассасывается, предварительно вводилось 4–5 мл 0,5% новокаина или 2% лидокаина. Убедившись в его свободном попадании, не вынимая иглы, присоединяют шприц с препаратом инолтрекс и вводят его внутрисуставно с наложением асептической повязки.

За исключением одного случая сопровождавшегося болями в суставах через несколько часов после введения, что согласуется с Инструкцией по применению препарата, у остальных пациентов каких-либо побочных реакций не было. Уже на следующие сутки после введения отмечалось увеличение объема движения в суставах, улучшение плавности движения в суставах, уменьшение боли в суставах.

Необходимо отметить, что инолтрекс предназначен для введения только в крупные суставы – коленные, тазобедренные, плечевые, локтевые. Причем введение в тазобедренные суставы во избежание попадания в мягкие ткани возможно лишь под рентгенологическим или ультразвуковым контролем.

Вывод. Таким образом, применение препарата инолтрекс является существенным дополнительным методом лечения артроза коленных суставов, что ускоряет наступление ремиссии заболевания и улучшает качество жизни пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НА ПОСТДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ФАЗЫЛОВ А.В., ИБРАГИМОВ А.Ю., МАХМУДОВА Д.Н., НОРКОБИЛОВ А.Н., УСМАНОВА Д.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных до и после проведенного программного гемодиализа, страдающих хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. В исследование было включено 128 больных в возрасте от 19 до 66 лет, из них 76 мужчин и 42 женщины с установленным клиническим диагнозом ХБП, осложненным терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) V стадии, находившихся в РКБ №1 в отделении гемодиализа и

реабилитации больных с трансплантированными органами. Почечный анамнез составил от 3 до 29 лет. У всех обследованных больных до начала и через 2–6 месяцев после проверенного гемодиализа по программе 3 раза в неделю оценивали уровень тяжести депрессии и тревоги с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), до начала и через 2–6 месяцев после гемодиализа. При этом выделяли три уровня суммарного показателя: 0–7 баллов – «норма», 8–10

баллов – «субклиническая тревога/депрессия», 11 и выше – «клиническая выраженная тревога/депрессия».

Результаты исследования. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) установлено, что до начала программного гемодиализа у мужчин расстройств депрессивного характера в виде субклинической и клинически выраженной депрессии встречались у 22 (28,0%) и 6 (7,9%), а у женщин 8 (19,0%) и 9 (21,4%) соответственно. Субклиническая тревога и клинически выраженная тревога была обнаружена у 15 (19,7%) и у 9 (17,1%) мужчин, а у лиц женского пола субклиническая – у 7 (16,7%) и клинически – у 5 (11,9%). В итоге, различные расстройства тревожно депрессивного состояния с учетом полового соотношения

составил до 36,8% у лиц мужского пола и до 40,4% у женского пола. После проведенного 2–6 месяцев программного гемодиализа происходит резкое уменьшение встречаемости данных расстройств примерно до 3-х раз, что сочетается с уменьшением частоты и интенсивности интоксикации, повышением толерантности к физической нагрузке.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о распространенности расстройства тревожно-депрессивного состояния у больных до проведения программного гемодиализа. В связи с этим необходимо своевременно выявить коморбидные психопатологические расстройства и своевременно провести лечебно-профилактические мероприятия, что улучшит качество жизни больных.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

ШАРАПОВ О.Н., ДАМИНОВ Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение структуры сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ХБП V стадии на ГД городского населения Республики Узбекистан.

Материал и методы. В ходе научного исследования были обследованы 72 пациента постоянно проживающих в городе Ташкенте. Исследование проводилось в отделениях гемодиализа Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нефрологии и трансплантации почки в течение 2018 года. 49% (n=34) обследованных пациентов составили мужчины и 51% (n=37) составляли женщины. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 11,1$ лет. В исследование были включены пациенты с клинически установленным диагнозом ХБП V стадии (по NKF K/DOQI 2002)[9] в исходе нефропатий различного генеза. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали, основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле CKD-Epi. Мы исключили пациентов в возрасте до 18 лет и пациентов, проживающих в сельской местности. Всем пациентам проводили сеансы ГД с аппаратами Fresenius Medical Care4008S 12 часов в неделю. Длительность ГД составила 24 (6–91) месяцев. Основными исходными заболеваниями явились – хронический гломерулонефрит (n=32), сахарный диабет (n=27), системные васкулиты (n=5), хронический пиело-

нефрит (n=3), системная красная волчанка (n=2), поликистоз почек (n=2) и подагра (n=1). Для анализа сердечно-сосудистой системы все пациенты прошли обследование в соответствии с международными рекомендациями.

Результаты исследования. По результатам исследования 72 пациентов, у 66,6% (n=48) обследованных была обнаружена сердечно-сосудистая патология. Самой частой встречаемой сердечно-сосудистой патологией оказалась артериальная гипертензия (АГ), ею страдали почти 57% (n=41) пациентов (см. Таблица 1). Немного меньше оказалось пациенты со стабильной стенокардией напряжения (С СН) – 51% (n=37) обследованных. Хроническая сердечная недостаточность обнаружилась у более 26% (n=19) пациентов. Также наблюдалось нарушение ритма и проводимости: у 3 (4,2%) обследованных пациентов были обнаружены фибрилляция предсердий, у 2 (2,7%) пациентов была диагностирована желудочковые экстрасистолы, а также 2 (2,7%) пациентам диагностировали полную блокаду левой ножки пучка Гиса. В ходе обследований 1 пациенту был выставлен диагноз очаговый миокардит. Также 1 пациент имел приобретенный порок сердца, по данным эхокардиографии ему был диагностирован митральный порок сердца, с преобладанием

стеноза. Сахарный диабет встречался у 38% (n=27) обследованных пациентов. Необходимо отметить, что 93% обследованных нами пациентов с сердечно-сосудистой патологией имели анемию. В нашем контингенте больных ей был представлен ренальная анемия, что характерно для пациентов с ХБП V стадии.

Выводы. Сердечно-сосудистые осложнения занимают ведущее место среди патологий у больных ХБП на программном ГД. На основании анализа 72 пациентов ХБП на программном ГД, можно предположить что основными патологиями

ССС у больных являлись ХСН, АГ, стенокардия и различные аритмии. Особенно высокая частота встречаемости наблюдались у таких патологий как ИБС и АГ, что примерно соответствует международным исследованиям. Также было выявлено, коморбидная патология сердечно-сосудистой системы занимает ведущее место в структуре сердечно-сосудистых поражений у пациентов с хронической болезнью почек терминальной стадии, получающих программный гемодиализ.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА ПЛАЗМОФЕРЕЗ АМАЛИЁТИНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ БАҲОЛАШ

ЭШОНОВ Ш.Н., ЖАББОРОВ А.А., СУЛТОНОВ Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали гломеруло-нефрит касаллигида плазмоферез муолажасини самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Илмий текшириш учун ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 66 нафар беморга оид клиник материаллар, лаборатория таҳлиллари ва инструментал текширувлар асос қилиб олинди. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳда 36 та беморга патогинетик даво сифатида преднизалон, курантил, гепарин ва комбинирланган пульс терапия тавсия этилди. 2-гуруҳда 30 та беморга эса патогинетик даво сифатида преднизалон, курантил, гепарин ва плазмоферез амалиёти ўтказилди. Иккала гуруҳдан даводан олдин биринчи, даводан сўнг ўнинчи кунлари умум клиник (УКТ, УСТ,) ва биохимик (мочевина, креатинин, ум оксил, АлТ, АсТ, билирубин), таҳлиллар олинди.

Тадқиқод натижалари. Тадқиқод натижасига кўра I гуруҳдаги беморлар давонинг биринчи куни пешоб умумий таҳлилида оксил— $3,7 \pm 1,7$ г/л бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни оксил— $2,1$ г/литргача пасайиши кузатилди. Бу эса протеинурияни ўн кунлик давода 43,2% яхшиланиши кузатилди. Қондаги мочевина миқдори эса биринчи кун $11,6 \pm 2,1$ ммоль/литр бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни бу кўрсаткич $10,3 \pm 1,9$ ммоль/литргача тушиши кузатилди. Даво курсидан кейин мочевина миқдори 11,2% камайиши кузатилди. Қондаги креатинин миқдори эса даводан олдин $150 \pm 3,2$ ммоль/литр бўлган бўлса, ўн кунлик даводан кейин $131 \pm 2,9$ ммоль/литргача камайиши кузатилди. Бундан қурилиб турибдики ўн кунлик даводан кейин қондаги креатинин миқдори 12,6%

яхшиланиши кузатилди. Иккинчи гуруҳимиздаги беморларга 10 кун давомида патогинетик даво ва бир курс (беш марта) плазмафарез амалиёти ўтказилди. Даволашдан сўнг натижалар самараси биринчи гуруҳимизга нисбатан яхшилиги кузатилди. Бунг кўра давонинг биринчи куни пешоб умумий таҳлилида оксил— $3,9 \pm 1,9$ г/л бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни оксил— $1,8 \pm 1,4$ г/литргача пасайиши кузатилди. Бу эса протеинурияни ўн кунлик давода 53,8% яхшиланиши кузатилди. Қондаги мочевина миқдори эса биринчи кун $12,1 \pm 1,8$ ммоль/литр бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни бу кўрсаткич $9,5 \pm 1,6$ ммоль/литргача тушиши кузатилди. Даво курсидан кейин мочевина миқдори 21,5% камайиши кузатилди. Қондаги креатинин миқдори эса даводан олдин $158 \pm 2,7$ ммоль/литр бўлган бўлса, ўн кунлик даводан кейин $120 \pm 2,3$ ммоль/литргача камайиши кузатилди. Бундан қурилиб турибдики ўн кунлик даводан кейин қондаги креатинин миқдори 24,1% яхшиланиши кузатилди.

Хулоса. Юқоридаги аниқланган натижаларга асосланиб, сурункали гломеруло-нефрит билан касалланган беморларда плазмоферез амалиётдан даво сифатида фойдаланиш, касалликни клиник белгиларини камайишига ва касалликни эрта ремиссияга тушишига катта ёрдам беради.

Сурункали гломеруло-нефрит билан оғриган беморларда пульс терапияга қарши кўрсатма бўлган ҳолатларда ва пульс терапиянинг асоратларидан қочиш мақсадда, беморларга плазмоферез амалиётини тавсия этиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ВЫСОГОРЦЕВА О.Н., ИСКАНДЕРОВА С.ДЖ.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить эффективность применения магниторезонансной терапии (МРТ) и физических тренировок в программах реабилитации больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 115 больных (средний возраст $51 \pm 4,5$ года), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Давность ИМ составила от 1 до 5 лет. Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) установлена в 25 случаях, III – в 90, ХСН I ФК – в 2, II – в 66, III – в 47. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию (антиагреганты, β -блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты). Больные были рандомизированы на 4 группы. В 1-ю включены 28 человек, получавших курс МРТ, во 2-ю – 29 больных, проводивших физические тренировки, в 3-ю – 30 пациентов, в реабилитационном комплексе которых МРТ сочетали с физическими тренировками. Контрольную группу составили 28 больных, которым назначали только стандартное медикаментозное лечение. Обследование проводили до и после лечения. Для определения физической работоспособности использовали тесты с физической нагрузкой: велоэргометрию (ВЭМ) и тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ) по стандартной методике. Для оценки качества жизни больных применялся Миннесотский опросник качества жизни (MLHFQ).

МРТ назначали по общей методике на аппарате «Синхростар-2000», применялись 4 режима по 10 мин, общей продолжительностью 40 мин, 5 раз в неделю, на курс 10-12 процедур. Физические тренировки, включавшие динамические и статические упражнения, проводили индивидуально в условиях спортивного зала 5 раз в неделю по 15 мин в течение 14-16 дней с нагрузкой 50% от максимальной.

Результаты исследования. При оценке влияния МРТ и/или физических тренировок на выраженность клинической симптоматики и

качество жизни больных с ПИКС с дисфункцией ЛЖ выявлено улучшение самочувствия и уменьшение приступов стенокардии. В 1-3 группах установлено статистически достоверное увеличение времени нагрузки (в 1-й – на 19%, во 2-й – на 23%, в 3-й – на 32%, в контрольной – на 8%) и мощности (соответственно на 13%, 16%, 19% и 5%), а также ДП на пике нагрузки. После лечения количество значимых колебаний сегмента ST при нагрузке во всех группах достоверно уменьшилось (с 58 до 23% в 1-й группе больных, с 48 до 18% во 2-й, с 53 до 15% в 3-й), тогда как контрольной изменилось статистически незначимо. По данным ТШХ, после лечения протяженность дистанции, преодолеваемой больными, увеличилась, причем наиболее значимо в 3-й группе – на 28%, (в 1-й – на 23%, во 2-й – на 22%, в 4-й – на 5%). У больных с нормальной систолической функцией ЛЖ время нагрузки достоверно увеличилось: в 1-й группе на 18%, 2-й – на 31,7%, 3-й – на 36,9%, в контрольной – на 16,5%. У инвалидов со сниженной систолической функцией из 1-, 2- и 3-й групп время нагрузки достоверно повысилось соответственно на 20,8%, 20,7% и 29,2%, в отличие от такового в контрольной группе. Мощность пороговой нагрузки достоверно увеличивается у больных с сохраненной (в 1-й группе на 15,6%, во 2-й – на 20,3%, в 3-й – на 21,1%, в контрольной – на 10,8%), а также со сниженной ФВ (в 1-й группе на 11,8%, 2-й – на 12,6%, 3-й – на 19,1%), за исключением таковой в контрольной группе (на 1,08%).

Выводы. Таким образом, применение МРТ, физических тренировок или их сочетания у больных ИБС приводит к повышению физической работоспособности, проявляющейся в увеличении времени выполнения нагрузочной пробы на велоэргометре, увеличении мощности пороговой нагрузки, в снижении частоты возникновения критериев прекращения пробы, а также увеличении дистанции ходьбы при проведении ТШХ.

ФИЗИОТЕРАПИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ ЎРНИ

ИСЛОМОВА К.А., УРАЛОВ Р.Ш., ТОИРОВ Э.С.

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигида физиотерапия ва даволовчи жисмоний тарбия машқлари билан биргаликда олиб бориладиган комплекс даволаш муолажаларини беморларнинг умумий ахволи ва буғимлар фаолиятига таъсирини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Текширувлардан тизза буғими остеоартроз касаллиги – гонартроз аниқланган 80 бемор (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) ўтказилди. Беморларнинг ёши 42 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, ўртача $51,5 \pm 5,8$ йилни ташкил этди. Остеоартроз касаллигининг даволаш Европа ревматология лигаси (EULAR, 2016) томонидан ишлаб чиқилган тавсиялар асосида буғим тоғайи дегенациясини ривожланишини олдини олишга («базис терапия»), буғимлардаги оғриқни камайтиришга ва буғим ҳаракатини яхшилашга қаратилди. Физиотерапевтик даво – анальгин, салицилатлар, новокаин эритмалари билан электрофорез 43 беморда қўлланилди, тизза буғими учун тавсия этилган 5 хил гимнастика машқларидан иборат даволовчи жисмоний тарбия барча беморларга тавсия этилди.

Тадқиқод натижалари. Даволаш натижаларини баҳолаш иккита гуруҳда олиб борилди. Биринчи гуруҳга дори воситалари ва даволовчи гимнастика машқларини қабул қилган 37 бемор, иккинчи гуруҳга дори воситалари, даво гимнастikasi ва электрофорез қўлланилган 43 бемор киритилди. Эксперт мезонлари бўйича даволашдан олдин жами 80 нафар бемордан 50,0% беморда кам оксокланиш, 42,5% беморда – сезиларли оксокланиш, 7,5% беморда – кучли оксокланиш аниқланди. Даволаш кейин эса (10–12 кун) даво муолажаларини самараси натижасида 73,8% беморда кам оксокланиш ёки умуман оксокланмаслик кузатилди.

Биринчи гуруҳдаги 37 нафар бемордан 19 (51,4%) нафари умумий ахволини ижобий томонга ўзгарганини таъкидлаб, даво натижаларини «яхши» натижа сифатида баҳолади. 15 (40,5%) нафар бемор даволаш муолажалари наф берсада, ҳаракат билан боғлиқ муаммолар сақланиб қолганлигини таъкидладилар (қоникарли натижа). 3 (8,1%) нафар беморда эса даволаш муолажалари наф бермаганлиги қайд этилди (ўзгаришсиз натижа). Иккинчи гуруҳда (жами 43 нафар бемор) эса ВАШ шкаласи бўйича жами 43 нафар бемордан 26 (60,5%) нафарида даво муолажалари «яхши», 15 (34,9%) нафарида – қоникарли, 2 (4,7%) нафарида ўзгаришсиз баҳоланди.

Иккала гуруҳда ҳам ижобий натижалар кўпроқ ирсиятида ОА касалликлар бўлмаган, анамнездан оғир травмалар олмаган, йўлдош касалликлар (веналарнинг варикоз касаллиги, семизлик) қайд этилмаган беморлар учун хос бўлса, салбий натижалар аниқланган 5 бемордан 1 нафарида коммуникант веналар варикози, 4 нафарида эса иккинчи даражадаги семизлик кузатилди.

Хулоса. Демак, эрта ривожланган ОА касаллигини даволашда номедикаментоз ва медикаментоз даво муолажалари комбинация ҳолида олиб борилганида даво самарадорлиги анча ошади. Комплекс медикаментоз, физиотерапевтик муолажалар ва гимнастика машқлари буғим ва бўғимолди тўқималарида оғриқни камайтиришда, мушакларнинг спазмини яхшиланувида ва енгил даражадаги синовитларни даволашда ижобий самара беради. Бунинг натижасида тизза буғимининг функционал ҳолатини яхшилануви (эксперт мезонлари бўйича), касаллик кечув оғирлик даражасини камайтириш (Лекен алгофункционал индекси бўйича), синовит ривожланиш хавфини пасайиши (Л.М. Носкова мезонлари бўйича) кузатилади.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

САФАРОВ А.Ж., КАМИЛОВА У.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективности комплекса нагрузочных физических тренировок у больных остеоартритом (ОА).

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных с ОА. Лечебный комплекс в группах больных ОА уже на начальном этапе восстановительного лечения состоял из разгрузки пораженных суставов (ограничение пребывания на ногах, использование палочки, бандажей при ходьбе). Назначался лечебный массаж соответствующего отдела позвоночника и мышц, окружающих пораженный сустав, избегая при этом воздействия на сам сустав. Критерии эффективности основывается на оценке динамики боли, функциональной активности и общем состоянии пациента. Для оценки эффективности курса восстановительного лечения больных с ОА использовался балльная оценки функционального состояния суставов по шкале WOMAC в абсолютных величинах, алгофункциональный индекс Lequesne.

Результаты исследования. Лечебный комплекс у больных ОА на начальном этапе восстановительного лечения состоял из разгрузки пораженных суставов (ограничение пребывания на ногах, использование палочки, бандажей при ходьбе). Для снятия болевых миогенных контрактур и восстановления мышечного корсета, обеспечивающего уменьшение на 50–60% динамической нагрузки на костно-хрящевые структуры суставов, назначался лечебный массаж соответствующего отдела позвоночника и мышц,

окружающих пораженный сустав, избегая при этом воздействия на сам сустав. Использование упражнений на изотоническое напряжение для укрепления мышц улучшает кровообращения в области суставов, не прибегая к нагрузочным тренировкам.

Анализ полученных данных показал, что у больных ОА индекс по шкале WOMAC составил $5,36 \pm 1,17$, после лечения данный показатель снизился до $2,41 \pm 0,87$ баллов. Индекс Lequesne до начала лечения составил $10,73 \pm 1,76$ баллов, после лечения $5,37 \pm 1,98$ баллов. По завершению комплекса физических упражнений большинство больных отметили улучшение клинического состояния, которое проявлялось в уменьшении боли в суставах, повышении функциональных возможностей и физической работоспособности больных ОА.

Таким образом, учитывая вышесказанное, представляется актуальной проблема разработки реабилитационных программ для больных ОА с учетом многофакторности лечебно-диагностического процесса, применением как медикаментозных, так и немедикаментозных методов воздействия (диетотерапии, физических тренировок, физических факторов, психосоциальной реабилитации и др.). У больных ОА применение комплекса физических тренировок способствует улучшению общего самочувствия, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам и улучшает клиническое состояние больных.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛОВЧИ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ АЭРОБИК ТУРИ

ЮНУСОВА Н.Ш., КАМИЛОВА У.К., ТАГАЕВА Д.Р.

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

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлган беморларда даволовчи жисмоний тарбия (ДЖТ) машқларини аэробик юкламаларининг жисмоний юкламага чидамлилиги ва ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқод материал ва усуллари. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) СЮЕ нинг I-III ФС билан асоратланган 70 нафар бемор текширилди. Беморларнинг ўртача ёши $62,3 \pm 1,5$ ёшда. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳ – СЮЕ I ФС (15), II ФС (16), III ФС (4) бўлган 35 бемор; 2-гуруҳ – СЮЕ I ФС (13), II ФС (17), III ФС (5) бўлган 35 бемор. 3 ой давомида иккала гуруҳга

стандарт асосий терапия (спиронолактон, бета-блокаторлар, антиагрегантлар, ангиотензиноген II рецепторлари антагонистлари) киритилган.

Биринчи гуруҳ билан ДЖТ нинг аэробик турдаги машқлари билан машғулотлар ўтказилди, иккинчи гуруҳ билан фақатгина стандарт терапия амалга оширилди. Аэробик машғулотлар велосипед эргометрида ҳафтасига 3 марта ўтказилди. Машғулотлар 6 дақиқалик юриш синамаса масофаси, ҳаёт сифати кўрсаткичлари Миннесота сўровномаси ва «Ҳаёт сифати индекси» (Quality of life Index) сўровномаларига мувофиқ баҳоланди.

Тадқиқод натижалари. Даволашдан олдин ҳаёт сифатини баҳолаш шуни кўрсатдики, II ФС бўлган беморларда СЮЕ бўлган беморларнинг жисмоний соғлиғининг умумий кўрсаткичи 17,1% ва 15,4% га ($p < 0,01$), III ФС бўлган беморларда 38% ва 37,7% га 1-ва 2-гуруҳдаги I ФС бўлган беморларга нисбатан мос равишда паст эди. Беморларнинг 1-гуруҳида 3 ойлик даволанишдан сўнг, ҳаёт сифатининг умумий кўрсаткичи дастлабки кўрсаткичлардан яхшиланди – I ФС бўлган беморларда 32,4% ($p < 0,001$), II ФС бўлган беморларда 25% ($p < 0,001$), III ФС бўлган беморларда 23,8% ($p < 0,001$). 2-гуруҳдаги беморларда ушбу кўрсаткичлар қуйидаги кўрсаткичларни кўрсатди – I ФС бўлган беморларда 12,8% ($p < 0,001$), II ФС бўлган беморларда 13,9% ($p < 0,001$), III ФС

беморларда 8,5% ($p < 0,001$). I ФС СЮЕ бўлган беморларга нисбатан II ФС СЮЕ бўлган 1 ва 2 гуруҳ беморларида 6 дақиқалик юриш синамаси масофасининг мос равишда 17,1% ва 15,4% ($p < 0,01$) ва III ФС СЮЕ 48% ва 47,7% ($p < 0,001$) га камайганлиги кузатилди. 3 ойлик даволанишдан сўнг биринчи гуруҳ I, II ва III ФС бўлган беморларда 6 дақиқалик юриш синамаси масофасининг 16,3%, 9,4% ва 13% га ($p < 0,005$), иккинчи гуруҳ беморларида 13,1%, 14,5 ва 16,6% ($p < 0,001$)га мос равишда ошди.

Хулоса. аеробик юкламалар билан мунтазам равишда машғулотлар ўтказиш функционал имкониятларни янада самарали оширишга ёрдам беради, ҳаёт сифатини яхшилади ва СЮЕ билан касалланган беморларни реабилитация қилишнинг жуда самарали усули ҳисобланади.

MAIN RISK FACTORS OF OSTEODEFICIENCY IN MODERN SOCIETY

ANDRUSHA A.B.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose. To analyze the leading modified risk factors for osteoporosis in patients with varying degrees of osteodeficiency.

Materials and methods. 37 patients (23 women and 14 men aged 45–67 years) from a risk group for systemic osteoporosis were examined. To study the risk factors for osteoporosis, we used the «Minute Test» developed by the International Osteoporosis Foundation, to estimate the probability of osteoporotic fractures, also we used standardized extended questionnaires: IOF, Osteoporotic Fracture Risk Questionnaire, Adult Osteoporosis Risk Assessment, online calculators FRAX and QFracture. Since the main mechanism for the development of osteoporosis of any type is the negative balance of calcium and vitamin D in the body, we paid special attention to the analysis of products consumed by patients. Instrumental diagnostics of osteoporosis was carried out using ultrasound densitometry (ultrasonic densitometer LUNAR Achilles express, USA, 2008). The diagnosis of osteoporosis was established by the T-criterion, namely, when its value is from -2.5 SD and below; the value of the T-test from -1.1 to -2.4 SD corresponds to osteopenia, the T-value in the range of $+2.5$ to -1 SD is the norm. We identified a varying degree of osteodeficiency in 83.8% of the examined patients.

Results. Among the examined patients, the leading modified risk factors for osteoporosis were smoking, alcohol abuse, hypodynamia, taking certain medications, insufficient use of foods rich in calcium and vitamin D3. In a detailed analysis of the dietary habits in 29.7% of patients, we identified insufficient intake (including due to intolerance) of dairy products, vegetables, herbs, sea fish, legumes, sesame and nuts. 10.8% of patients were supporters of the modern

hypogalactose diet, they deliberately excluded dairy products from their diet.

Possible explanations for vitamin D deficiency in the body of the examined patients were: 18.9% of patients have insufficient sun exposure due to photosensitization or medical contraindications; the use of a small amount of products with a high content of vitamin D (including due to the high cost for the main category of patients).

Studying the eating habits of the examined patients, in 37.8% we found an abuse of some products containing red meat (in the form of sausages), and drinks with a high content of phosphates.

Our patients had other eating habits: eating frozen foods, canned goods, pickles, lard and hydrogenated fats (margarine, spread, mayonnaise). 24.3% of the examined patients indicated excessive salt intake.

The vast majority of patients lead a sedentary lifestyle. Only 1/3 of the respondents are fond of various kinds of sports (as amateurs) or have visited the gym.

Conclusions. The main modifiable risk factors for systemic osteoporosis in the examined patients are certain nutritional and lifestyle features. These include the use of insufficient amounts of dairy products, the conscious rejection of milk due to individual intolerance or as a tribute to a «fashionable» diet. Inadequate exposure to the sun due to various circumstances, addiction to certain foods and drinks that interfere with calcium absorption, excessive salt intake and lack of exercise are also risk factors, which are associated with impaired bone mineral density. In order to improve the effectiveness of measures for the primary prevention of systemic osteoporosis, it is advisable to increase public awareness of modern risk factors for osteoporosis associated with diet and lifestyle.

FACTORS FOR INCREASED RISK OF OSTEOPOROSIS AND OSTEOPOROTIC FRACTURES IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND SARCOPENIA

ANDRUSHA A.B.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objective is to assess the incidence of osteodeficiency and osteoporotic fractures risk in patients with non-alcoholic fatty liver disease and sarcopenia in the presence of visceral obesity.

Materials and Methods. 49 patients (mean age 61 ± 7.1 years) with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) were examined. When managing a patient with a high risk of osteoporosis, we used various tools – a minute test for osteoporosis (developed by the International Osteoporosis Foundation); FRAX algorithm, (for calculating the 10-year probability of a major osteoporotic fracture and the 10-year probability of a femoral neck fracture in a patient); QFracture calculator (with an additional opportunity to calculate the risk of a bone fracture from 1 year to 10 years, including a more extended list of conditions associated with fractures than FRAX special the patient's tendency to fall). The estimation of the 10-year probability of the main osteoporotic fracture was made using the FRAX and QFracture models specific to the respective ethnic group. All patients were exposed dual-energy X-ray absorptiometry, which determined bone mineral density and the content of visceral fat in the body. Diagnosis of sarcopenia was based on the assessment of the content of muscle mass (bioimpedance method) and the determination of the index of muscle strength. The statistical significance of differences in the studied parameters was evaluated by the nonparametric method (by χ^2 criterion).

Results. All examined patients with non-alcoholic fatty liver disease and sarcopenia were divided into subgroups depending on the absence/presence of visceral obesity. In the presence of visceral obesity, the risk of osteoporotic fracture is significantly lower ($\chi^2 = 8.947$, $df = 1$, $p = 0.003$) than with the normal content of visceral fat in the body, but osteodeficiency (osteopenia and osteoporosis) is more common ($\chi^2 = 7.139$, $df = 1$, $p = 0.007$). In patients with non-

alcoholic fatty liver disease and sarcopenia, bone mineral density is significantly lower ($\chi^2 = 4.864$, $df = 1$, $p = 0.027$) and the probability of major osteoporotic fracture is significantly higher when evaluated with the QFracture calculator ($\chi^2 = 9.01$, $df = 1$, $p = 0.003$).

Conclusions. The presence of visceral obesity and sarcopenia in patients with non-alcoholic fatty liver disease can be considered as potential factors contributing to the development of osteodeficiency and as prognostic indices that increase the probability of osteoporotic fractures. In patients with visceral obesity, there is a discrepancy between the lowered risk of osteoporotic fracture and low bone mineral density indices, thus in this category of patients, an additional determination of bone mineral density is recommended. A more sensitive tool for assessing osteoporotic fracture probabilities at non-alcoholic fatty liver disease and sarcopenia is the QFracture calculator. Possible factors that may affect bone mineral density and the risk of osteoporotic fractures in patients with non-alcoholic fatty liver disease may be impaired liver function. First of all, there is an increase in the production of cytokines in the damaged liver, which affects the microenvironment of the bone. Liver dysfunction also leads to insufficient synthesis or accelerated catabolism of vitamin D_3 , which increases vitamin D deficiency and adversely affects the level of physical activity. Among other functional disorders should be noted disorders in bone metabolism in patients with NAFLD. The results of the study will contribute to a better understanding of the relationship between NAFLD and changes in bone metabolism, as well as to become a basis for the development of pathways for the prevention of osteoporosis in patients with NAFLD. The prospect of our further research will be to study the polymorphism of the genes responsible for the formation of bone mass peak and bone quality.

ASSESSING THE BENEFITS OF A SCREENING PROGRAM FOR BREAST CANCER

ASYL D.K., SEIDAKHMETOVA A.A.

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Objective. Increasing the effectiveness of a screening program for breast cancer.

Materials and methods. The study was conducted in patients.

GKP City Oncology Dispensary. Shymkent. During the study, questionnaire and interview methods were used. The study involved 50 women

aged 40 to 70 years. The main causes of malignant neoplasms are 80–90% of environmental exposure and 10–15% of genetic factors. The questionnaire was distributed among them. According to a survey of 10 (20%) pensioners, 18 (36%) employees, 12 (24%) unemployed, 6 (12%) disabled people in 2 groups, 4 (8%) in 3 groups. To assess the likelihood

of developing the oncological process, we used the rapid diagnostic screening method, including questionnaires. Questionnaire screening was conducted on a specially designed questionnaire by the International Association for Research on Cancer (IARC). When drawing up questions, the production unit (profession, presence of harmful factors, length of service, etc.), the biomedical unit (age, history, chronic diseases, complaints) and the social unit (presence of bad habits, eating habits, lifestyle) were taken into account. Each question and gradation of answers had its own diagnostic feature and informativeness. Odds were scored. In the process of testing, 4 risk groups for the onset of oncology are identified, the determination of which is based on the identification of symptoms that are alarming against tumor pathology, and factors that increase the likelihood of oncological diseases.

Results. By ranking the level of probability of development of cancer, groups of cancer risk are formed. There are 4 risk groups: 1 – there are symptoms characteristic of cancer; 2 – there are symptoms of concern for cancer; 3 – there are currently no signs of the disease, but there are factors that significantly increase the likelihood of developing

cancer; 4 – no symptoms, as well as factors significantly increasing the likelihood of developing cancer, were identified. As a result of questionnaire screening, M1 was found in 40% of women, M2 in 45%, M3 in 10%, and M4 in 5% of women.

Conclusion. The test system scientifically substantiates the criteria for the formation of risk groups for the occurrence of malignant neoplasms among women and increases the effectiveness of early diagnosis. Public health policies aimed at early detection and treatment of breast cancer, monitoring behavioral hazards, and limiting behavioral risk factors will help reduce mortality from breast cancer. According to the results obtained during the questionnaire screening, the percentage ratios of risk groups for the development of malignant neoplasms were determined for all organs and systems covered by the study. Bodies at 1 risk group, in which there are no symptoms of the oncological process of breast cancer. The World Health Organization defines screening as «the continuous management of conditions over several years or decades by providing and improving the necessary resources and support to enable patients to acquire self-management skills.

FREQUENCY OF HAPTOGLOBIN PHENOTYPES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

KHUZHAYEV R.B., PULATOV KH.KH., ALIEVA K.K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. Determine the carriage frequency of different Hp phenotypes in SLE patients with APS, and reveal a correlation between the level of serum Hp and clinical manifestations.

Methods. The study is based on the follow-up results of 103 SLE patients at the Republican Centre of Rheumatology in Tashkent Medical Academy. Entry criteria: reliable diagnosis of SLE, verified with SLICC (2012) criteria. The diagnosis of secondary APS (SAPS) was based on the Sydney (2006) Classification Criteria for APS. Hp test was performed using disc polyacrylamide gel electrophoresis (PAGE).

Results. We have defined APS in 44 of 103 (42.7%) SLE patients. In 29 of 44 (65%) cases the APS diagnosis was based on major manifestations, and in 15 of 44 (35%) – by the presence of two or more additional signs. Distribution of SLE patients with APS, depending on the Hp phenotype: 38 (86.4%) patients with APS had Hp 1–1, 6 (13.6%) – Hp 2–1, 0 (0%) – Hp 2–2 ($P < 0.01$, 95% CI). Distribution of SLE patients without APS depending on the Hp: 23 (39%) patients – Hp 1–1, 27 (45.8%) – Hp 2–1, 9

(15.3%) – Hp 2–2. After distribution of the patients into groups according to the Hp value, more than 3 g/l (I group) and less than 3 g/l (II group), we have analysed the correlation between Hp and clinical manifestations of APS: thrombocytopenia: I – 7 (22.5%), II – 3 (23.07%), HM – I – 13 (41.9%), II – 4 (30.7%), livedo reticularis: I – 15 (48.3%), II – 5 (38.4%), finger gangrene: I – 5 (16.1%), II – 0 (0%); finger necrosis: I – 6 (19.3%), II – 1 (7.6%); migraine: I – 20 (64.5%), II – 5 (38.4%); chorea: I – 5 (16.1%), II – 2 (15.3%); transitory ischemic attack (TIA): I – 16 (51.6%), II – 7 (53.8%); chronic ulcers of lower extremities: I – 22 (70.9%), II – 8 (61.5%) ($P < 0.05$, 95% CI).

Conclusions. Results of our investigation showed that development of SLE and APS is characteristic for Hp 1–1 phenotype. Apparently, it Hp 1–1 a predisposing factor to the development of autosensitisation and is a genetic marker for APS. The results related to clinical manifestations of APS, depending on the level of Hp showed expressed correlation between Hp level and clinical manifestations of APS.

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

АБАЙ Г.А., ШУГАИПОВА К.И., САРКУЛОВА С.М., АХМЕТЖАНОВА Ш.К., БЛЯЛОВА Д.Б., ЕСЕНГЕЛЬДИЕВА А.Е.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Цель исследования. Изучить структуру коморбидной патологии у пациентов молодого возраста мужского пола с сахарным диабетом 2 типа

Материал и методы. Исследование выполнено на базе эндокринологического отделения 1 городской больницы города Нур-Султан. Проанализированы данные 62 пациентов мужского пола молодого возраста (18–44 лет) с сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов составил $39,54 \pm 6,15$ лет, рост $175,32 \pm 5,13$ см, ИМТ $27,77 \pm 3,80$. Обработка полученных данных производилась с помощью программ Microsoft Excel 2018 и Statistica 8.0.

Результаты исследования. По результатам анализа данных выявлено, что наиболее часто у исследуемых пациентов встречались заболевания сердечно-сосудистой системы ($n=46$; 74%). Среди всей кардиологической патологии наибольшее число пациентов страдало артериальной гипертензией ($n=32$; 51,6%), 14 пациентов имели диагноз хронический коронарный синдром (22,5%), из них 12,9 % перенесли инфаркт миокарда. На втором месте в структуре коморбидной патологии у мужчин молодого возраста с СД 2 типа преобладают заболевания органов желудочно-кишечного тракта ($n=38$; 61,2%). Большинство пациентов наблюдались с патологией желчного пузыря и поджелудочной железы, в виде хронического холецистита и панкреатита. Язвенная болезнь желудка выявлена у 38,7%. Заболевания органов

дыхания наблюдались у 41,9 % мужчин, причем в основном в виде хронической обструктивной болезни легких. Патология со стороны мочевыделительной системы обнаружена у 38,7 % пациентов. Следует отметить, что 16,1 % пациентов страдали ожирением. Жировой гепатоз был выявлен у 9,6 % больных. Индекс коморбидности составил $3,7 \pm 1,44$, что при расчете 10-летней выживаемости составляет 53–77%.

Выводы.

1. В общей структуре коморбидности у пациентов молодого возраста мужского пола преобладают болезни системы кровообращения, органов желудочно-кишечного тракта, и патология органов дыхания.

2. У исследуемых пациентов имеется неблагоприятные прогностические показатели 10 летней выживаемости (индекс коморбидности $3,7 \pm 1,44$).

3. Оценка коморбидности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа является важной составляющей клинического прогноза. Несмотря на то, что исследуемая группа пациентов была молодого возраста выявлено достаточно сопутствующей патологии со стороны многих органов и систем, что ухудшает клиническое течение и прогноз данного заболевания. Сахарный диабет 2 типа как полиморбидная патология требует комплексного подхода как в диагностике, так и в лечении.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОГО КУРСА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

АБДУРАХМАНОВ О.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту встречаемости и характер дисфункции миокарда у пациентов с острыми лейкозами на фоне индукционного курса полихимиотерапии (ПХТ).

Материал и методы. Для реализации поставленной цели за период 2018–2019 года было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование 93 пациентов с диагнозом острый лейкоз (ОЛ). Было отобрано 35 больных с ОЛ в возрасте от 18 до 55 лет (медиана возраста составила $36,5 \pm 6,4$), госпитализированных в 1 – и 2 –

взрослые гематологические отделения Научно-Исследовательского Института Гематологии и Переливания Крови МЗ РУз имеющих различные признаки дисфункции миокарда.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 15 мужчин и 20 женщин. Диагноз у всех пациентов был подтвержден лабораторными и морфологическими исследованиями. Таким образом пациенты разделились на 2 группы – острый миелолейкоз (ОМЛ ($n=16$)) и острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ ($n=29$)). Все пациенты получали

индукционный курс ПХТ согласно стандартным протоколам и им проводилось ЭКГ – мониторинг и контроль артериального давления.

У отобранных пациентов из группы с ОЛЛ были зарегистрированы следующие сердечно-сосудистые осложнения возникшие во время получения курса химиотерапии: тахикардия встречалась в 85% случаев, аритмии в 48% случаев, понижение показателей кровяного давления в у 3 пациентов –11% случаев, желудочковая аритмия развилась у 6 пациентов (по данным ЭКГ).

В группе с ОМЛ на фоне ПХТ были выявлены следующие осложнения – гипертония в 89% случаев, жалобы на ноющие боли в области сердца – 16 пациентов – 45% случаев, отеки на нижних конечностях – у 4 пациентов. У 1 пациента развился острый инфаркт миокарда который привел к острой сердечно сосудистой недостаточности и завершился летальным исходом.

По-видимому, повышение АД у пациентов в период разгара клинических проявлений и после проведения индукционного курса ПХТ

является приспособительным механизмом к функционированию сердечно-сосудистой системы в условиях гипоксии.

Данные электрокардиографии в обеих группах имели примерно одинаковые нарушения – увеличение ЧСС от 100 до 130 уд/мин, синусовая тахикардия, нарушение сердечного ритма, уменьшение амплитуды зубцов R и T.

Выводы. На разных стадиях ПХТ на миокард воздействуют различные факторы и их сочетание, в том числе опухолевая интоксикация, анемия, инфекционные осложнения, действие комбинации химиотерапевтических препаратов, побочное действие лекарственных средств сопроводительной терапии. Нарушения функций сердечно-сосудистой системы могут быть связаны как с непосредственным токсическим действием на ее звенья, так и с изменением деятельности других органов и систем. Мониторинг сердечной функции при проведении химиотерапии и своевременное назначение кардиотропной терапии позволит во многих случаях снизить выраженность острой кардиотоксичности.

ИЗУЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА АЛЛЕРГОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

АЙДАРОВА Н.П., АХМЕДОВ Х.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение аллергической заболеваемости населения Республики Узбекистан посредством анализа первичной обращаемости, госпитализации по поводу аллергической патологии. За последние десятилетия аллергия приняла масштабы настоящей эпидемии – согласно данным Всемирной организации по аллергии (WAO), до 40 % жителей развитых стран мира болеют аллергическими заболеваниями, а по прогнозам экспертов, через 15–20 лет страдать от аллергии будет каждый второй житель планеты.

Материал и методы. По статическим данным Республиканского Научно-Специализированного центра аллергологии общая заболеваемость аллергическими заболеваниями возросла в 2,5 раза как среди взрослых, так и детей. Известно, что в нашей республике аллергологическая служба поставлена не на должном уровне.

По данным Всемирной организации по аллергии на 100.000 населения должна быть минимум 1 штатная единица аллерголога-иммунолога.

Результаты исследования. В нашей республике количество специалистов примерно 80. Должно быть на 33 млн. населения минимум

330. Имеются ряд проблем как недостаток кадрового потенциала, поздняя диагностика, несоответствие диагностических материалов Международным стандартам, недостаток диагностических методик и технологий.

Но конечно, же нас специалистов радует, что правительство уделило надлежащее внимание реформированию медицины в нашей стране.

Доказательством этому служит Постановление Президента Ш.М. Мирзиёева № 3715 от 11 мая 2018 года (ПП № 37–15 от 11 мая 2018 года)

«О мерах по коренному реформированию профилактики, диагностики и лечения аллергических заболеваний». Это постановление очень вдохновило нас специалистов аллергологов и для решения проблем нами намечены цели и задачи, которые поэтапно находят своё решение.

Выводы. Впервые создана самостоятельная кафедра аллергологии и иммунологии, увеличены квоты клинической ординатуры, готовится программа для подготовки магистров по аллергологии и иммунологии, что решит самую глобальную проблему нехватки кадров.

Установлена вертикальная связь с региональными специалистами и начата работа на основании Приказа № 559 Минздрава РУЗ

от 24.09.2018 года «О проведении Единой Государственной Акции в республике среди детей 0–18 лет для раннего выявления аллергических

заболеваний с 1 января по 1 июля 2018 года». Скрининговая программа проводится в нескольких этапах.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

АЛИЕВА З.Х., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г.Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить клинический статус и параметры центральной и внутрисердечной гемодинамики у больных после химиотерапии.

Материал и методы. Нами обследовано 10 пациентов (8 женщин, 2 мужчин), обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского Специализированного Центра Кардиологии. Средний возраст больных составил $47,33 \pm 15,17$ лет. Из них 6 больных после мастэктомии, 1 больной с диагнозом Ходжкинская лимфома, 1 больная после экстирпации матки, 1 больная с неходжкинской лимфомой, 1 больной с диагнозом острый миелобластный лейкоз. Онкологический стаж составил в среднем 4 года. Всем пациентам химиотерапия основного заболевания проводилась по стандартным схемам: ABVD (6 больных), BEACOPP (2 больных), CHOP (2 больных). Давность последнего курса составила 1 месяц у 4х пациентов, 3–4 месяца у 6 пациентов.

Клиническое обследование включало осмотр пациента, оценку общего клинического состояния, с определением ФК ХСН по NYHA. Стандартную ЭхоКГ проводили всем пациентам на аппарате Phillips clear vue 350. Гипертонической болезнью I степени страдали 2 больных. 5 больных до настоящего обращения наблюдались у кардиолога по месту жительства.

Результаты исследования. У 2 (20%) пациентов данные ТШХ соответствовали ФК II NYHA, у оставшихся 8 (80%) пациентов ФК III NYHA. При этом давность возникновения симптомов у 6 больных составила 3–4 месяцев, у 4 больных 1–2 месяца. Средняя ЧСС при осмотре составила $91 \pm 10,6$ ударов минуту, среднее систолическое АД $110 \pm 8,5$ мм.рт.ст., диастолическое АД $72 \pm 7,2$ мм.рт.ст. У 3 (30%) больных по данным физикального осмотра, аускультации и рентгенографии грудной клетки отмечались явления застоя только в малом круге кровообращения, у 2 (20%) больных только по большому кругу кровообращения, у 5 (50%) больных недостаточность кровообращения

выявлена по обоим кругам. По данным ЭКГ у 1 (10%) пациента отмечалась полная блокада ПНПГ, у 1 (10%) признаки рубцовых изменения миокарда, у 4 (40%) наблюдалось нарушение процессов реполяризации. Анализ показателей ЭхоКГ у 8 больных показал дилатацию полостей сердца с выраженным снижением систолической функции левого желудочка, у 2х больных снижение фракции выброса без дилатацией полостей сердца. Так, в среднем показатели конечно-диастолического размера (КДР) составил $55,41 \pm 6,24$ мм, конечно-систолического размера (КСР) $44,65 \pm 9,18$ мм, конечно-диастолического объема $148,18 \pm 35,54$ мл, конечно-систолического объема $95,38 \pm 41,55$ мл, ФВ в среднем по группе составила $38,25 \pm 16,64\%$. У 5 (50%) больных размеры ЛП превышали нормативные значения на 12–15%. В отношении толщины стенок отклонения от нормативных значений не наблюдалось. У всех больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). При это у троих (30%) выявлен ее I тип, у 4 (40%) больных II и в трех (30%) случаях III тип ДДЛЖ.

Прием препаратов до обращения в поликлинику был нерегулярный. Так, только 5 (50%) больных принимали сердечные гликозиды и мочегонные, еще 2 (20%) изредка бета-блокаторы, 3 (30%) принимали только мочегонные препараты. иАПФ или БРА не принимал ни один пациент.

Выводы. согласно предварительным данным, из 10 обратившихся в поликлинику РСЦК, получавших химиотерапию, ХСН высоких классов выявлена в 80% случаев, что подтверждается как клинически, так с помощью ЭхоКГ, со значительным увеличением полостей ЛЖ и снижением ФВ. У половины больных отмечались изменения на ЭКГ в виде нарушения реполяризации и внутрижелудочковой проводимости.

Патогенетическая медикаментозная терапия в подавляющем большинстве случаев недостаточна и некорrekтна.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

АЛЛАБЕРДИЕВ А., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., ХУДАЙГУЛЫЕВА Э.Т.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Изучить эффективность растительных сборов в лечении метаболического синдрома.

Материал и методы. Был обследован 31 больной с МС (22 женщины и 9 мужчин). Заболевание было диагностировано на основании абдоминального ожирения в сочетании как минимум с двумя из следующих 4 факторов: повышение триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижение липопротеидов высокой плотности менее 1,03 ммоль/л у мужчин и менее 1,29 ммоль/л, повышение АД более 130/85 мм рт.ст., повышение глюкозы крови натощак более 5,6 ммоль/л или выявленный сахарный диабет 2 типа. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа получала гиполипидемические (статины), антигипертензивные (ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, антагонисты кальция), препараты для снижения инсулинрезистентности (метформин). 2 группа дополнительно к основному лечению получала фитосбор (3 столовые ложки (ст. л.) плодов шиповника, 2 ст. л. плодов боярышника, 2 ст. л. листьев крапивы, 1 ст. л. травы зверобоя).

Результаты исследования. МС проявлялся повышенной утомляемостью, слабостью и сонливостью (89,2%), повышением аппетита (67,3%), полидипсией (25,8%), головной болью и головокружением (41,4%). Выявлена связь болезни с ожирением у 23, артериальной гипертензией – у 19, сахарным диабетом – у 8 больных. В группе, принимавшей только лекарственные препараты, отмечены положительные результаты на 7 сутки терапии в виде снижения головной боли и головокружения (49%), уменьшения полидипсии (36% больных). Остальные жалобы сохранялись. Группа, получавшая наряду с основным лечением фитотерапию, дала положительные результаты уже на 3 сутки лечения в виде уменьшения слабости и сонливости (75%), снижения полидипсии (29%), головной боли и головокружения (56%).

Выводы. Сочетание основного лечения МС с фитотерапией проявляет свою эффективность уже на раннем этапе лечения, улучшает течение заболевания и снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

МЕНСТРУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АННАЕВ Б.Х., МУРАТОВА Ш.Д., АННАМУХАММЕДОВА Б.А.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, ТГМУ имени М. Гаррыева, Научно-клинический Центр охраны здоровья матери и ребенка, г. Ашгабат, Туркменистан

Цель исследования. Усовершенствование мероприятий по выявлению расстройств менструального цикла с нарушениями функций щитовидной железы у девочек-подростков, относящихся к группе высокого риска и профилактика осложнений данного заболевания.

Материал и методы. В отделении патологии пубертатного периода Научно-клинического центра охраны здоровья матери и ребенка, у 144 подростков, получавших стационарное лечение за период 2016–2019 годы, были проведены глубокие исследования в плане диагностики и профилактики нарушения функции щитовидной железы и расстройств менструального цикла. Из них 104 девочки городские и 40 девочек живут в сельской местности. Больным 14–18 лет, по возрасту были разделены на две группы: 1 группа – 14–16 лет (93 больных), 2 группа 17–18 лет (51 больных). Больным, находящимся под наблюдением, кроме общеклинических и

биохимических исследований, были проведены исследования гормонов щитовидной железы и антител к тиреоидным тканям, а также, ультразвуковые исследования органов гениталий и щитовидной железы. Некоторым больным также были проведены электрокардиографические, рентгенологические исследования и консультации узких специалистов.

Показатели качества жизни оценивались на основании Международных анкет по рекомендациям ВОЗ (2016 г.).

Результаты исследования. При оценке функционального состояния щитовидной железы у 12,6 % подростков отметили низкие показатели свободного тироксина и трийодтиронина при нормальном содержании тиреостимулирующего гормона, у 11,2% выявлен субклинический гипотиреоз.

Анализ результатов качества жизни показал достоверную разницу больных 1-ой и 2-ой группы.

То есть, чем дольше расстройств менструального цикла, тем ниже показатели качества жизни подростков.

У подростков с нормальным содержанием тиреоидных гормонов показатели качества жизни намного выше, который позволяет им быть более активными, с интересом участвовать к учебе в школе, в творческих и спортивных мероприятиях. Это в свою очередь улучшает физическое,

эмоциональное, психическое и социальное состояние подростков.

Выводы. Таким образом, полученные результаты создали возможность разработки индивидуального и комплексного подходов профилактики расстройств менструального цикла у девочек-подростков с нарушениями функций щитовидной железы, а также использованию современных методов лечения нарушений функции щитовидной железы.

БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ КАСАЛЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ЯНГИ ИННОВАЦИОН ТИББИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

БАФОЕВА З. О.,ТУЛЯГАНОВА Ф.М.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқод максади. Ўзбекистонда ногирон болаларга махсус марказларни сонини купайтириш, уларни замонавий янги инновацион асбоб – ускуналар билан жихозлаш ва ўз вақтида болаларга реабилитация курсини кўрсатиш. Ота -оналарга курс самарадорлигини кўрсатиб бериш ва болалар церебрал фалажи касаллигида комплекс даво чораларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллари. Илмий текшириш ишлари РБИММ да олиб борилди. Тадқиқот ўз ичига 84 та 5 – 12 ёшгача БЦФ нинг пастки диплегия тури билан хаста болаларни ўз ичига олди. Улар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи назорат гуруҳи 42 та бемордан ташкил топган бўлиб, уларга 21 кун давомида реабилитация курси олиб борилди. Реабилитация курси ўз ичига анаънавий давони яъни ДЖТ, психолог, логопед, дефектологлар ва ноанъанавий даво муолажасидан механотерапияни (LOCOMAT, COSMOS, MotoMed)ни олди. Иккинчи назорат гуруҳи ҳам 42 бемордан ташкил топган бўлиб, уларга ҳам 21 кун реабилитация курсини ўтказилди. Биринчи гуруҳдан фаркли ўларок, уларга факатгина анъанавий даво чоралари олиб борилди. Уларни баҳолаш учун махсус кўрсаткичлар яъни ташки кўрув, бўғим бурчакларини ўлчаш, gross motors каби бир неча хил усуллар қўлланилди.

Тадқиқод натижалари. Олинган натижалар 21 кунлик реабилитация курсидан кейин баҳоланди. Шу маълум бўлдики, биринчи назоратга олинган гуруҳ болаларида ўзгаришлар кўпроқ кўзга кўринди. Болаларда ўтиришга уриниш, бошини ушлаб туриш, туркча ўтириш ҳаракатлари аста-секин ривожланишни бошлаган. Улардаги ўзгариш $32,4 \pm 2$ ни, одатдаги даво муолажасини олган болаларда ўзгариш $24,4 \pm 5$ ни ташкил этди. Иккинчи гуруҳ болаларида ҳам ўзгариш бор, лекин уларда бу кўникмалар ривожланиши учун анча кўпроқ вақт сарфланар экан.

Хулоса. Биз кўрсаткичларга қараб аниқ бир хулосани айта олмаймиз, чунки бу вақт бир кўникма шаклланиб, одатий ҳаракатга айланиши учун жуда кам. Камида болаларда кўникма шаклланиши учун 3–6 ой сарф бўлар экан. Бу ҳам мунтазам олиб борилса. Лекин биз ноанъанавий даво самарадорлиги кўпроқ эканлигини кўришимиз мумкин. Бу шуни англатадики механотерапия билан даволаниш ҳам вақтни ҳам кучни кам талаб қилади. Ногирон болалар ота-онасига енгилроқ бўлади. Муолажа камчилиги бундай аппаратлар ҳамма жойда йук, ундан ҳар доим ҳам фойдаланиб бўлмайди. БЦФ билан тузилган болалар даво муолажасини эрта бошлаши мақсадга мувофиқ ва барвақт олиб борилган комплекс даво, ўз натижасини беради.

УСТАНОВЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ТЯЖЕСТЬЮ ДЕПРЕССИИ КРОВЕТВОРЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

БЕРГЕР И.В., МАХМУДОВА А.Д.

Научно исследовательский институт гематологии и переливания крови, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить соотношение степени тяжести апластической анемии и показателей цитокинов в периферической крови.

Материал и методы. Были проанализированы данные, отражающие состояние 60 пациентов

с апластической анемией (АА), находившихся в НИИ Гематологии и ПК МЗ РУз в период развернутых клинических проявлений болезни. Обследованные больные были разделены на две группы: пациенты с тяжелой и нетяжелой

формами заболевания (ТАА (n=41) и НАА (n=19), соответственно). Группу контроля составили 20 кадровых донора. Для исследования цитокинового статуса использовался метод твердофазного «сэндвича» – вариант иммуноферментного анализа, с помощью тест систем «Вектор – Бест» Россия.

Результаты исследования. Продукция мультиколониестимулирующего фактора ИЛ–6 клетками больных по сравнению с донорами ($2,37 \pm 0,2$ пг/мл) был повышен в группе с НАА в 10 раз ($29,1 \pm 7,4$ пг/мл), а в группе с ТАА – в 20 раз ($43,1 \pm 4,9$ пг/мл), что явилось уже статистически достоверным. Продукция ИЛ–1, составляя $12,7 \pm 2,8$ пг/мл и $10,7 \pm 4,8$ пг/мл в группах с ТАА и НАА, соответственно, существенно и достоверно превышала аналогичный показатель в группе доноров ($1,17 \pm 0,2$ пг/мл).

Спонтанная продукция ИФН γ мононуклеарами периферической крови в донорской группе составила $8,33 \pm 0,1$ пг/мл. У больных НАА этот показатель составил ($9,0 \pm 1,7$ пг/мл), а у больных ТАА – несколько выше ($11,2 \pm 1,4$ пг/мл), однако диапазон этих колебаний был невелик, и уровень спонтанной продукции ИФН γ не имел достоверных различий ни в группах больных ТАА и НАА, ни в сравнении с донорской группой. Что касается другого негативного регулятора – ФНО α , то выявлено резкое повышение спонтанной продукции данного цитокина по сравнению с донорской группой ($0,02 \pm 0,003$ пг/мл) как при нетяжелой форме АА ($8,8 \pm 2,0$ пг/мл), так и, особенно, при тяжелой форме заболевания ($18,02 \pm 4,54$ пг/мл).

Негативный регулятор гемопоэза ФНО α оказывает существенное влияние на спонтанную продукцию цитокинов у больных АА (в 700 раз превышал среднее значение). Таким образом, можно считать, что мононуклеары периферической крови при АА характеризуются

сверхвысокой выработкой негативного гемопоэтического фактора ФНО α .

Спонтанная продукция ИЛ–4 мононуклеарами периферической крови обеих групп больных АА по сравнению со здоровыми была снижена и составила у больных НАА $0,8 \pm 0,12$ пг/мл (против $0,1 \pm 0,03$ пг/мл в контроле), а у больных ТАА – $0,11 \pm 0,05$ пг/мл, и это снижение явилось уже статистически значимым. Уровень продукции ИЛ–8, напротив, был достоверно повышен в обеих группах больных и составил у больных НАА $31,0 \pm 3,9$ пг/мл (против $3,61 \pm 0,64$ пг/мл в контроле), а у больных ТАА повышение достигло $47,24 \pm 3,1$ пг/мл.

Выводы. Полученные данные позволяют утверждать, что клетки иммунной системы больных как нетяжелой, так и тяжелой формой АА синтезируют нормальное и даже повышенное количество положительных гемопоэтических факторов. Синтез количества антагониста негативных регуляторов – ИЛ–4 был сопоставим с нормой, а ИЛ–8 как фактор миграции Т-лимфоцитов в зону воспаления – повышен.

Анализ показателей отношения между спонтанной продукцией гемопоэтических факторов у больных и доноров показывает, что интенсивность синтеза негативного регулятора ФНО α превалирует над продукцией других цитокинов как при нетяжелой АА, так, в особенности, и при тяжелой форме заболевания. Данные результаты позволяют установить, что ТАА достоверно отличается от группы с НАА лишь по одному параметру: интенсивности синтеза негативного регулятора гемопоэза – ФНО α , которая у больных с тяжелым нарушением кроветворения настолько велика, что делает статистически значимой различия не только между группой больных с ТАА и донорской, но и между группами больных с тяжелой и нетяжелой формой АА.

К ВОПРОСУ ОБ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

БОБРО Л.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить алиментарные факторы риска остеопороза у пациентов с сахарным диабетом, имеющих высокий риск остеопоротических переломов в течение ближайших 10 лет.

Материал и методы. Обследовано 65 женщин в постменопаузе с СД 2 типа, имеющих высокий риск остеопоротических переломов в ближайшие 10 лет. Для определения вероятности переломов использовался алгоритм FRAX® (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Средний возраст

женщин – $60,4 \pm 1,9$ года. Анамнез СД – $13 \pm 2,5$ лет, индекс массы тела – $32,4 \pm 0,51$ кг/м². Изучена распространенность следующих алиментарных факторов риска остеопороза: недостаточное потребления кальция, избыточное – фитатов, неоптимальное соотношение кальция и фосфора. Для уточнения потребления кальция, фосфора и фитатов в рационе пациентов применяли компьютерную базу данных суточных норм потребления витаминов и минералов для женщин и содержания минералов в 100

г продуктов, специально разработанный калькулятор потребления кальция (IQF Calcium Calculator). При оценке потребления кальция использовали данные о средней потребности в этом макроэлементе и коррелирующем с ней риске недостаточного его потребления по методике Оглоблина Н.А., 2006 г. Согласно этой методике, потребление кальция менее 400 мг/сут. соответствует риску недостаточного его потребления выше 98%, >401<500 мг/сут. – риску недостаточного потребления от 98 до 50%, потребление >500<700 мг/сут. – риску от 50 до 2%, >700 мг/сут. – риску менее 2%. Обработка результатов исследования осуществлялась методами вариационной статистики, реализованными стандартным пакетом прикладных программ SPSS 17.0 for Windows.

Результаты исследования. По данным результатов обследования, недостаточное потребление кальция отмечалось лишь у 10 (15,3%) пациенток. При анализе риска недостаточного потребления кальция было обнаружено, что у 3 (4,6%) пациенток потребление этого макроэлемента не достигало 400 мг/сут., что соответствует риску выше 98%. У 5 (7,6%) пациенток потребление кальция было в пределах 450–500 мг/сут., что соответствует риску от 98 до 50%. У 2 (3,1%) пациенток потребление этого макроэлемента находилось в пределах 550–700 мг/сут., что соответствует риску от 50 до 2%. Потребление кальция выше 700 мг/сут., соответствующее минимальному риску недостаточного потребления кальция (менее 2%), было выявлено у 55 (84,7%)

обследованных. При достаточном потреблении кальция в среднем по группе, потребление фосфора у 52 (80%) обследованных женщин превышало рекомендуемый уровень в 1,3–2 раза. Вследствие этого соотношение Са:Р составило 1,0:1,3 у 56 (86,1%) пациенток, что не соответствует оптимальному (1:1) для всасывания кальция в тонкой кишке. Превышение среднесуточной потребности в фосфоре происходило за счет одновременного включения в суточный рацион овсяных отрубей, брынзы, творожный массы и/или адыгейского сыра, сулугуни, гречневой крупы, куриных яиц в количествах, превышающих среднесуточную потребность человека в фосфоре, что соответствовало диетическим предпочтениям опрашиваемых. Потребление фитатов в среднем по группе составляло 326 ± 321 мг/сут, что можно расценивать как нормальное.

Выводы. Из проанализированных алиментарных факторов риска остеопороза у больных с сахарным диабетом наиболее распространенными были избыточное потребление фосфора и неадекватное соотношение кальция и фосфора в рационе. Лишь у 4,6% пациентов наблюдался высокий риск недостаточного потребления кальция (более 98%), в то время как минимальный риск (менее 2%) обнаруживался у 84,7% обследованных. Диетические рекомендации для пациентов с сахарным диабетом обязательно должны учитывать возраст, пол пациента, содержание в суточном рационе кальция и фосфора в наиболее оптимальном соотношении (1:1).

РОЛЬ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ (В+С+D) У ДЕТЕЙ

ВАЛИЕВА Н.К., ИНОЯТОВА Ф.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценка серологических маркеров HBV, HCV, HDV в зависимости от длительности заболевания у детей, больных хроническим вирусным микст гепатитом В+С+D (ХВМГ).

Материал и методы исследования. Обследовано 63 детей с ХВМГ В+С+D в возрасте от 7 до 18 лет. Длительность заболевания колебалась в среднем $7,6 \pm 1,1$ лет. Больные были расформированы в зависимости от давности заболевания в следующие группы: 24 (38,1%) больных ХВМГ В+С+D с давностью заболевания до 5 лет (I – группа) и у 39 (61,9%) детей, больных ХВМГ В+С+D с давностью заболевания свыше 5 лет (II – группа). Вирусологическую верификацию проводили на основании обнаружения HBsAg,

HBsAb, HBeAg, HBeAb, суммарные HBcorAb, HCVAb, HDVAb – методом ИФА с использованием наборов фирмы «Human» (Германия). Анализ крови на предмет обнаружения HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA проводился методом ПЦР с гибридизационно-флюоресцентной детекцией в режиме «реального времени» на амплификаторе «BIO-RAD iQ5» (США) с использованием наборов «Ампли Сенс[®] HBV-FL, HCV-FL, HDV-FL» (Россия).

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что картина маркерного профиля у детей, больных ХВМГ В+С+D характеризовалась наличием выявления всех вирусов в той или иной частоте. Среди маркеров, частота обнаружения (HDV-RNA) составила у 97,4% у больных с давностью заболевания

свыше 5 лет, что в 1,6 раза чаще относительно детей с давностью до 5 лет. При этом HDVAb определялись у всех больных обеих групп, т.е. независимо от давности заболевания. Наряду с этим, маркеры активной репликации HBV: HBV-DNA достоверно чаще (в более чем 1,6 раза) обнаружился среди детей с I-группы (95,8% против 58,9% детей с II-группы, ($p < 0,01$). Выявление маркера, свидетельствующего о высокой инфицированности – HBeAg – превалировало у больных с давностью заболевания до 5 лет (91,7% против 53,8% детей из смежной группы, $p < 0,05$). Суммарные HBsAg не отличались статистической разницей и определялись большинства больных в исследуемых группах (87,5% и 84,6% соответственно больным с I и II группы, $p > 0,05$). С нарастанием давности заболевания, частота обнаружения HBsAg принимала тенденцию к снижению, где HBsAg был выявлен в 83,3% случаев у детей I-группы и у 51,2% – II-группы. Данные обнаружения маркеров HCV свидетельствовали о 100,0% выявляемости HCVAb вне зависимости от давности заболевания. Выявление маркера

активной репликации HCV: HCV-RNA имело место у 87,1% больных детей с давностью свыше 5 лет, а до 5 лет отмечалось относительно реже у 54,1% больных ($p < 0,05$). Взаимообусловленность между вирусами, что в случае B+C+D – превалирование вирусной активности HBV – 79,2% с HBV-DNA (10^6 – 10^{10} копий/мл) с давностью до 5 лет и HCV – 74,3% с HCV-RNA (10^6 – 10^9 копий/мл) свыше 5 лет, при этом в обоих случаях относительно высокий уровень HDV-RNA (10^4 – 10^5 копий/мл) определялся соответственно у 37,5% и 48,7% детей.

Выводы. В результате исследований нами выявлены, что вирусная активность при ХВМГ у детей зависит от давности болезни. При ХВМГ с персистенцией трех (B,C,D) вирусов на начальных стадиях болезни, HBV в HBeAg – положительной фазе активнее HDV и особенно HCV, репликация которых подавлена. С увеличением длительности сочетанной инфекции репликативная активность HCV увеличивается, а HBV – уменьшается. При этом, репликация HDV выходит на первый план и поддерживает патологический процесс.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В Г. ШЫМКЕНТ

ЖАКАНША Л.Ж., СЕЙДАХМЕТОВА А.А., ҚАУЫЗБАЙ Ж.Ә., СЕРИКОВА Б.Д., КАЛМЕНОВ Н.Д.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Цель исследования. Оценка неврологического дефицита с помощью шкалы NIHSS у больных с ишемическим инсультом в трудоспособном возрасте и исследование степени выраженности по шкале Рэнкина.

Материал и методы. Исследование проводилось среди больных инсульта центр города клинической больницы №1 г. Шымкент. В ходе исследования был проведен опрос и применены шкалы NIHSS, Рэнкина, общеклинические методы исследования: АД, пульс, температура тела, контроль частоты дыхания и диуреза, компьютерная Томография (КТ) и магнитно-резонансная-томография (МРТ). На исследование было взято 80 больных в возрасте 18–58 лет (средний возраст $35,7 \pm 10,3$), пострадавших от ишемического инсульта. Половые показатели больных: 57 мужчин (71,25 %), 23 женщин (28,75%). Больным, участвовавшим в исследовании, была проведена оценка состояния с помощью шкалы «National Institutes of Health Stroke Scale» (Шкала Инсульта Национального Института Здоровья). Шкала оценивается от 0 до 22 баллов. Легкая степень по шкале – 0–4 балла. Чем ниже количественный показатель шкалы, тем выше вероятность неврологического дефицита больного

оценивается как «легкая» степень. По шкале Рэнкина в пределах 0–5 баллов указывается степень тяжести состояния больного. Кроме того, по общему клиническому показателю у большинства больных в большинстве случаев: АД 130–150/80–90 мм.рт.ст., температура тела составляет 37,5–38,0 градусов, пульс менее 75–82 раза в 1 минуту, тахипноэ менее 35–40 1 минуты, брадипноэ менее 12 раз в 1 минуту.

Результаты исследования. При определении риска наступления паралича у больных ишемическим инсультом в трудоспособном возрасте 23 больных (28,75%) – легкой стадии 0–4 по шкале NIHSS, больные хорошо ответили на поставленные вопросы, чувствительность конечностей оценивалась как «хорошо». 45 больных (56,25%) – среднего уровня 5–21 баллов по шкале NIHSS, больные получили удовлетворительные ответы на поставленные вопросы, оценены как «умеренные нарушения» чувствительности конечностей. 12 больных (15%) по шкале NIHSS 22 балла были оценены как тяжелая стадия, речь у больных, низкий уровень восприятия сознания при ответе на вопрос, «выраженные расстройства» чувствительности в конечностях. По шкале Рэнкина у мужчин 10 (12,5%) и женщин 13 (16,25%) – 2 легкие

двигательные нарушения; могут обслуживать себя, но не полный паралич. У больных второй степени не удалось полностью выполнять при ходьбе по лестнице и приеме ванны. 38 (47,5%) мужчин и женщин 7 (8,75%) – 3 нарушения движения средней степени; в некоторых действиях нуждаются в посторонней помощи, но не нуждаются в постоянном постороннем уходе. Пациенты третьей степени нуждались в наблюдении при необходимости – в туалет и питании. Установлено, что мужчины 9 (11,25%) и женщины 3 (3,75%) – 4 двигательные нарушения тяжелой степени; постоянно нуждаются в

посторонней помощи. Выяснилось, что у больных четвертой степени затрудняются самовольное передвижения и ходьба, при умывании и одевании.

Выводы. Оценка по показателю для определения состояния паралича со шкалой NIHSS позволила выявить наибольшую потребность в заболевании ишемическим инсультом в трудоспособном возрасте, эффективно организовать до и последующее лечение и оценить реальное состояние здоровья больного.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗИЯЕВ Ю.Н., МАДРЕЙМОВ А.К.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Нукусский филиал,
г. Нукус, Узбекистан*

Цель исследования. Улучшение и совершенствование качества оказания скорой медицинской помощи населению.

Материал и методы. В основу исследования взяты годовые отчеты и журналы регистрации вызовов деятельности отделения СМП Нукусского филиала РНЦЭМП с 2010 по 2019 гг., и проведен анализ методом количества и сравнения.

Результаты исследования. За 2010 год население города Нукус составляло 278100 человек, обращаемость в «103» – 62383 (100%), выполнено вызовов – 61933 (100%), смертность – 309 (0,5%). Эти же показатели в 2019 году составили следующее: население 319800 (115%), обращаемость – 136496 (219%), выполнено вызовов – 134392 (217%), смертность – 398 (0,6%). Среди выполненных вызовов, большинство составляют домашние, квартирные вызова (74%). Укомплектованность штатного расписания постоянными работниками, врачами СМП составляет – 45%, остальные штатные вакансии заполнены по

совместительству 0,5 ставки врачами из других лечебно – профилактических учреждений. Наличие огромного количества штатного вакансий говорит о том, что работа врача СМП не престижна и низкого статуса во врачебной среде.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что за 10 летний период деятельности отделения СМП Нукусского филиала РНЦЭМП, приросте населения на 15%, количество выполненных вызовов повысилась на 117% и смертность на 0,1%.

Выводы. 1. В целях эффективного использования бюджетных средств, необходимо внести изменения в штатное расписание отделения СМП и ввести до 50% самостоятельные фельдшерские бригады скорой помощи.

2. Для повышения статуса специальности врача СМП, предлагается создание социального лифта в виде льготного ипотечного кредита без первоначальной оплаты, для врачей СМП с 10 летним и более стажем работы на скорой помощи.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 В УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ОЖИРЕНИЕМ

ИВАНОВА Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. проанализировать взаимосвязь углеводного обмена с показателями ФРФ 21 у пациентов с ИБС в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. в исследование было включено 98 пациентов с ишемической болезнью

сердца. С учётом ИМТ, который рассчитывали по формуле Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$), все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные с ИБС и нормальной массой тела ($n=19$), вторую – с ИБС и предожирением ($n=24$), третью – с ожирением I степени ($n=31$)

и четвертую (n=24) – с ИБС и ожирением II-III степени. Показатели контроля были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Анализ углеводного обмена проводили с учетом содержания глюкозы и инсулина в сыворотке крови. Наличие инсулинорезистентности (ИР) рассчитывали по формуле: $HOMA-IR = \text{инсулин} \times \text{глюкоза} / 22,5$. Исследование содержания ФРФ 21 проводилось иммуноферментным методом с использованием реактивов ELISA Kit AVISCERA BIOSCIENCE SK00145–01, USA. При анализе статистических данных использовали программу «Statistica 10.0».

Результаты исследования. Уровень глюкозы натощак был наивысшим у пациентов с ожирением II-III степени и составил 5,7 (5,2;6) ммоль/л. Он достоверно отличался от показателей в группе пациентов с ИБС и нормальной массой тела 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л и предожирением 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л, $p < 0,05$. Наиболее высокие показатели инсулина были у пациентов с высокими степенями ожирения 41 (37;52) мкЕ/мл. Эти данные достоверно отличались от группы пациентов с ИБС и нормальной массой 20 (18;22) мкЕ/мл, предожирением 28 (25;31) мкЕ/мл и ожирением I ст. 31,5 (28;34) мкЕ/мл, $p < 0,05$. Уровни глюкозы и инсулина у пациентов с ИБС были статистически значительно выше контрольных значений, $p < 0,05$. Индекс HOMA-IR был достоверно выше в группе пациентов с ожирением высоких степеней 7,8 (6,8;8,8), против

4,93 (4,22;5,6) в группе с нормальной массой тела, 5,5 (3,8;6,9) у больных с предожирением и ожирением I ст. 6,0 (5,3;6,6), $p < 0,05$. Показатели контрольной группы 4,3 (2,99;4,9) достоверно отличались от всех групп пациентов с ИБС и $IMT > 25 \text{ кг/м}^2$, $p < 0,05$. Содержание ФРФ 21 было наивысшим у пациентов с ожирением I ст. 305,63 (271,92;361,12) пг/мл, и достоверно отличалось от контроля – 110,65 (97; 117) пг/мл, $p < 0,05$. Низкий уровень этого цитокина был диагностирован у больных с ИБС и ожирением II-III ст. – 106,4 (72;115) пг/мл. При проведении корреляционного анализа у пациентов с предожирением наблюдалась обратная умеренная корреляция с ФРФ21 по уровню глюкозы крови ($r = -0,3$) и прямая слабая по индексу HOMA ($r = -0,21$). В группе с ожирением I ст. установлена слабая обратная связь между ФРФ21 и глюкозой ($r = -0,21$) и инсулином крови ($r = -0,23$). Анализ пациентов с высокими степенями ожирения установил слабую положительную связь между уровнем глюкозы ($r = 0,18$), слабую отрицательную для инсулина ($r = -0,23$) и обратную связь средней силы для индекса HOMA ($r = -0,37$) по отношению к ФРФ21.

Выводы. Наличие ИР-состояний в большей степени присуще пациентам с высокими степенями ожирения. Уровень ФРФ21 сыворотки крови достоверно связан с углеводным обменом. Увеличение числа больных с гиперинсулинемией при ИБС и ожирения II-III ст. ассоциируется со снижением концентрации ФРФ21 вследствие формирования резистентности рецепторов жировой ткани к данному цитокину.

ТУРЛИ ГУРУҲ ПЕСТИЦИДЛАР БИЛАН ИШЛОВЧИЛАР ҚОНИДАГИ БАЪЗИ БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАР ҲОЛАТИ

ИЛЯСОВА М.М.

Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий тадқиқот институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Турли гуруҳ пестицидларнинг замонавий дончиликда фаолият юритаётган ишчилар организмига таъсирида қондаги биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгаришини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тошкент вилояти Оккўрғон туманида ғалла экинларига март апрел ойларида хар хил синф (Гранстар, Тайфун, Багира ва Далатэ плюс) пестицидлари билан ишлов беришнинг турли босқичларида аралашма тарзида, алоҳида ва кетма-кет таъсир кўрсатиш даврида ишчилар қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари текширилди. Жами 54 нафар пуркагичли трактор хайдовчилари, кимёвий заҳарлар омборлари ишчилари, агроном-энтомологлар, қишлоқ хўжалиги экинлари зараркунандалари билан курашувчи агротехник касбдаги шахслар текширувдан ўтказилди.

Текширилган ишчиларнинг пестицидлар билан алоқадаги иш стажи 5 – 10 ва ундан кўп йилни ташкил қилган. Назорат гуруҳидаги шахслар жами 28 нафар бўлиб, улар (администрация, ҳисобчилар) пестицидлар таъсирига алоқаси бўлмаган шахсларидан иборат. Донли экинларни етиштириш ва бегона ўтларга қарши ишлов бериш жараёнларида пестицидлар билан ишловчи шахсларда функционал ва биокимёвий ўзгаришларни аниқлаш учун қон зардобиди пируват, лактат, глюкоза, гликоген, сийдикчил, АЛТ, АСТ ферментлари, дегидрогеназалар-ГДГ, МДГ, СДГ фаоллиги ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Донли экинларга ишлов беришда пуркагичли трактор хайдовчилари организмига турли синфга мансуб (Гранстар, Тайфун, Багира ва Далатэ плюс) пестицидлар ишлов беришнинг турли босқичларида аралашма

тарзида, алоҳида ва кетма-кет таъсир кўрсатади. Тракторчиларнинг қондаги биокимёвий ўзгаришлари ва саломатлик ҳолати текширувлари тушликдаги танаффус вақтида ва донли экинларга ишлов бериш якунида олиб борилди.

Бунда қон зардобдаги глюкоза, эркин фосфор миқдори назорат гуруҳига нисбатан 120,6 ва 195,6% гача ортди. Ишқорий фосфатаза ва амилаза ҳам 128,5 ва 187,1% гача. Демак пестицидларнинг турли гуруҳи билан мулоқотда бўлувчи шахсларда, қонда глюкоза синтезининг камайиши ва гликоген парчаланишининг ортиши, организм томонидан фосфор сарфининг камайиши, ишқорий фосфатаза ва амилаза ферментлари фаоллигининг камайиши кузатилди. Пестицидлар билан мулоқотда бўлувчи шахслар қон зардобдаги умумий оксил миқдори айтарлиқ ўзгармади, сийдикчил миқдори эса 140,3% гача ортди. Трансаминазалар фаоллиги АЛТ ва АСТ кескин ортди ва $0,80 \pm 0,05$ ва $0,55 \pm 0,04$ мкмоль/л.с, назоратда – $0,36 \pm 0,07$; $0,27 \pm 0,06$ ммоль/л.с ни ташкил этиб, қондаги аланин ва аспарагин аминокислоталарининг қайта аминланиш

жадаллигидаги бу ўзгаришлар жигар функционал ҳолатининг бузилишларидан дарак берди.

Пуркагичли трактор механизаторларининг қон зардобдаги холестерин миқдори, назоратдагилар кўрсаткичлари бўсағасида қолди. Пестицидларнинг турли гуруҳи билан ишловчи шахслар қонидаги билирубинлар даражаси, айниқса боғланмаган билирубин конентрацияси (229,0% гача) сезиларли ортди. Умумий ва боғланмаган билирубиннинг қонда тўпланиши ўт йўлларидаги бузилишлар ва қон зардобда унинг даражасини ортишидан дарак беради.

Хулоса. Ўтказилган текширувлар натижасида донли экинларни турли касалликлар, зараркунанда ва бегона ўтлардан кимёвий химоялаш билан банд бўлган ишчиларда хужайра вазифалари ва тузилмаларини зарарланиши, учкарбон кислоталар энергетик цикли ферментлари фаоллиги, оксиллар синтези, организмнинг химоя-мослашув механизмларига ингибирловчи ва индуцирловчи таъсир кўрсатувчи биокимёвий силжишлар ривожлананиши аниқланди.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС МАЛЬЧИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТОМ В

ИНОЯТОВА Ф.И., АХМЕДОВА А.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Выявить особенности полового развития (ПР) и функциональное состояние гипофизарно-гонадной системы у мальчиков с хроническим гепатитом В (ХГВ).

Материал и методы исследования. Обследовано 131 мальчиков, больных ХГВ в возрасте от 12 до 15 лет, находившихся на лечении в отделении гепатологии РСНПМЦП МЗ РУз. Диагноз ХГВ верифицирован на основании анамнеза, клинических данных, современных методов серологического, биохимического и инструментального исследования. Специальные методы включали оценку ПР по Таннеру (1967) и генитометрию. Методом ИФА с помощью тест-систем фирмы «Алкор-Био» (Санкт-Петербург) на микропланшетном ридере «Stat-Fax 2100» (США) определяли: ФСГ, ЛГ, Э, Т, П у 90 мальчиков. Диагноз задержки ПР (ЗПР) ставился, если к 14 годам длина яичек была менее 2,5 см и в 15 лет отсутствовали вторичные половые признаки (ВПП). Контролю ПР явились данные Камиловой Р.Т. (2016).

Результаты исследования. Генитометрией установлено, что в группе 12-летних больных длинник тестикул составил $2,25 \pm 0,06$ см (против $3,0 \pm 0,2$ см контроля, $p < 0,02$), у 13-летних – $2,56 \pm 0,07$ см (против $3,43 \pm 0,21$ см,

$p < 0,02$). В группах 14 и 15-летних также выявлены достоверно низкие размеры тестикул от показателей контроля ($p < 0,02$). Так, если среди 14-летних больных у 65,1% длинник яичка был меньше 2,5 см, то в группе 15-летних данный признак выявлен у 52,3% детей. По размерам полового члена также обнаружены достоверные различия во всех возрастных группах: у 12-летних длинник полового члена составил $2,27 \pm 0,06$ см (против $3,94 \pm 0,08$ см, $p < 0,02$); у 13, 14, 15-летних мальчиков данный показатель оставался также низким по сравнению данными контроля ($p < 0,02$, $p < 0,001$). Аналогичные результаты получены по поперечным размерам полового члена во всех возрастных группах больных. Сравнительным анализом уровней ПР по выраженности ВПП установлено, что у 12-летних $12,0 \pm 6,4\%$ имеют P_1 , не отмечается развитие признака Ax , тогда как $28,7 \pm 4,5\%$ мальчиков контроля имеют P_1 и $9,9 \pm 2,95\%$ – Ax_1 . В 13 летнем возрасте у $10,0 \pm 6,7\%$ обследованных регистрировался Ax_1 и только $20,0 \pm 6,7\%$ и $5,0 \pm 4,8\%$ из них имели P_1 и P_2 , а у их практически здоровых сверстников уже отмечались 1, 2 и 3 степени Р соответственно у 26,0%, 18,0% и 5,0%. В 14-летнем возрасте среди мальчиков контроля P_0 имели 8,0%, Ax_0 – 36,0%, V_0 – 59,0%, La_0 – 69,0% и Fa_0 – 84,0%, тогда

как число случаев с отсутствием ВПП среди мальчиков, больных ХГВ было значительно выше (P_0 –34,9%, Ax_0 –51,1%, V_0 –79,0%, La_0 –88,4%, Fa_0 –95,3%). Обследованные мальчики 15-летнего возраста также отставали по развитию всех изученных ВПП ($p < 0,05$ – $p < 0,001$). ЗПР среди мальчиков с ХГВ констатирована в 60,4% случаях.

Изучение содержания в сыворотке крови гонадотропинов у пациентов с ХГВ показало, что содержание в крови ФСГ и ЛГ в группе 14–15 летних мальчиков с ЗПР была резко снижена в сравнении с контролем и составила 1,6 U/L и 2,7 U/L соответственно (против 3,5 U/L и 4,13 U/L, $p < 0,05$). Сочетанное их снижение отмечалось у 76,9% пациентов с ЗПР. В группе мальчиков 14–15 лет с ЗПР содержание Э колебалось в широких

пределах – от 39,3 до 84,9 ng/ml и составила в среднем $57,6 \pm 3,5$ ng/ml ($p < 0,05$). Изучение содержания Т показало, что в группе мальчиков 14–15 лет с ЗПР оно достоверно повышено в сравнении с контролем ($8,5 \pm 0,7$ ng/ml против $3,7 \pm 0,3$ ng/ml, $p < 0,05$). Уровень П колебался в тесных пределах и не отличался от показателей контроля ($0,61 \pm 0,02$ ng/ml против $0,59 \pm 0,06$ ng/ml, $p > 0,05$).

Выводы. Снижение уровня ФСГ и ЛГ при повышенных показателях Э и Т свидетельствует о нарушении положительной обратной связи в системе гипофиз-гонады, причиной которой по-видимому, является снижение инактивации стероидов в гепатоцитах, что составляет одну из основных звеньев патогенеза ЗПР при ХГВ у детей.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

КУЧКАРОВ Х.Н., ЯДГАРОВА Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучения типов дефекта при шизофреническом дефекте.

Материал и методы. Обследовано 36 пациента с шизофреническим дефектом, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. Средний возраст больных составил $34,4 \pm 2,3$ года. Больные были обследованы по соответствующим следующим критериям включения: диагноз остаточное шизофрения (шифр по МКБ–10 F–20.5); прием антипсихотической терапии в адекватной дозировке; подписанное информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие в анамнезе черепно-мозговых травм и повреждений ЦНС любого генеза; отсутствие текущей или в анамнезе зависимости от алкоголя и/или ПАВ. В 1-ой группе – 22 пациентки (61,1%), во второй группе – 14 (38,9%). Изучаемые группы статистически не отличались по возрасту, начала и длительности заболевания, а также по тяжести психопатологических проявлений болезни.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что в 1 ой группе из 22 больных у 18 (81,8%) наблюдался апатоабулический тип. Выраженный дефект в

эмоционально волевой сферы, характеризуется эмоциональным оскудением, чувственным притуплением, утратой интереса к окружающему и потребности к общению. У 4 (11,2%) астеническая дефект. У которых доминировались психическая астения (ранимость, сензитивность, «истощаемость» без объективных признаков истощения, рефлексия, подчиняемость). Эти пациенты были неуверенные в себе, старались быть рядом с родственниками. К посторонним людям они недоверчивы и подозрительны. Трудоспособность их было резко снижена. Во 2 ой группе у 14 (38,9%) больных отмечался неврозоподобный вариант дефекта. Астенические расстройства выражены менее. Ипохондрические переживания могут приобретать сверхценный характер с сутяжничеством в отношении медработников и медучреждений.

Выводы. Результаты исследования показывают, что симптомы психического дефекта вероятно, зависит от преморбидного склада и ресурсов личности. В пост процессуальной стадии шизофрении иногда наблюдаются картины патологического развития личности, реактивные состояния, симптоматические психозы, психопатоподобное поведение, вызванное ситуациями фрустрации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАМЕДА И ПЕРМИКСОНА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МАВЛЯНОВ З.И., МАВЛЯНОВ И.Р., РАХМАТОВ А.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проведение сравнительной оценки фармакодинамического действия препаратов «Простамед» и «Пермиксон» на некоторые показатели уродинамики у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материал и методы. Обследованы 101 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в возрасте от 50 до 89 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от использованного препарата: 47 больных получали препарат «Простамед» и 54 больных – препарат «Пермиксон».

Эффективность использованных для лечения препаратов оценивали по результатам изменений значений, таких показателей, как IPSS, QOL, максимальная скорость потока мочи (V_{max}), объем остаточной мочи (V остаточной мочи), PSA крови и объема предстательной железы в динамике лечения. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что объем остаточной мочи в группе больных получавших препарат «Пермиксон», по сравнению с группой больных получавших препарат «Простамед» уменьшается более чем в 2 раза. Значение показателя

QOL также снижается по сравнению с группой больных получавших препарат «Простамед» в 1,9 раза, соответственно. Аналогичная, но менее выраженная картина прослеживается по отношению сравнительных значений показателей IPSS и PSA крови. В отличие от сравнительной характеристики указанных параметров оценки, значение объема максимального потока мочи на фоне использования обоих препаратов увеличивается, причем более выражено при применении препарата «Пермиксон». При этом в группе больных получавших препарат «Пермиксон», по сравнению с группой больных получавших препарат «Простамед», повышение объема потока мочи было выше в 2,2 раза.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ эффективности использованных для лечения ДГПЖ препаратов, судя по средним значениям изученных индикаторов, свидетельствуют о том, что по эффективности препарат «Простамед» уступает препарату «Пермиксон». Однако, необходимо отметить, что фармакодинамический эффект использованных препаратов был не однозначен по отношению отдельных индикаторов оценки характера патологии.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРОСТАМЕД И ПЕРМИКСОН У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МАВЛЯНОВ И.Р., РАХМАТОВ А.Т., МАВЛЯНОВ З.И.

Ташкентский институт усовершенствование врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проведение персональной оценки фармакодинамического эффекта препаратов «Простамед» и «Пермиксон» на некоторые показатели уродинамики у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материал и методы. Обследованы 101 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в возрасте от 50 до 89 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от использованного для лечения препарата: 47 больных получали препарат «Простамед» и 54 больных – препарат «Пермиксон».

Эффективность использованных для лечения препаратов оценили по результатам изменений значений таких показателей как IPSS, QOL, максимальная скорость потока мочи (V_{max}), объем остаточной мочи (V остаточной мочи), PSA крови и объема предстательной железы в динамике лечения. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Проведенные исследования показывают, что степень выраженности эффекта действия препаратов было неодинаково выражена среди отдельных больных. Так, случаи отсутствия эффекта от примененного препарата по отношению объема

остаточной мочи, среди больных получавших «Простамед» было больше, чем в группе больных получавших «Пермиксон». В то же время больные с эффектом до 25%, если практически отсутствует среди больных получавших Пермиксон, то среди больных получавших «Простамед» встречается у 1/3 части больных. Уменьшения объема остаточной мочи до 50% по сравнению с исходным значением, встречается также чаще среди больных получавших «Простамед». По мере повышения выраженности эффекта (до 75% и до 100%) начинается преобладание удельного веса больных, которые получали «Пермиксон». Аналогичные результаты были получены по отношению показателей QOL, объема простаты.

Сравнительный анализ влияния изучаемых препаратов на IPSS показывает, что у 12,76% больных получавших «Простамед» и у 1,85% получавших «Пермиксон» имело место отсутствие эффекта. Почти у половины больных получавших «Простамед» снижение IPSS достигло до 10%, а у остальных 50% – до 20%, всего у

30% больных получавших «Пермиксон» был аналогичный эффект. У остальных 70% больных эффект от лечения до 50%. Нами был проведен аналогичный анализ распределения больных по выраженности фармакодинамического эффекта изучаемых препаратов, по отношению PSA крови и объема максимального потока мочи. И здесь, также выявлено, что среди больных получавших «Пермиксон» больше пациентов с лучшими результатами.

Выводы. Результаты проведенного анализа фармакодинамических эффектов препаратов «Простамед» и «Пермиксон» свидетельствуют о том, что по выраженности положительного фармакодинамического эффекта «Простамед» уступает «Пермиксон». Если в группе больных получавших препарат «Простамед» наибольшее число больных приходится на случаи с положительным эффектом от 20 до 40%, то в группе больных получавших препарат «Пермиксон» наибольшее число больных приходится на случаи с положительным эффектом от 40 и более %.

К ИЗУЧЕНИЮ ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ СПОРТИВНЫХ ГЕНОВ

МАВЛЯНОВ И.Р., ПАРПИЕВ С.Р.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости функциональных сдвигов со стороны сердца спортсменов легкоатлетов, велосипедистов и гребцов, а также выявление характера их взаимосвязи с геотипами генов ACE (rs4646994)_Alu_Ins/Del, ACTN3_Arg (C)577Ter (T), PPARA (rs4253778)_G2528C, PPARGC1A (rs8192678)_Gly482Ser.

Материал и методы. Исследование провели у 60 спортсменов легкоатлетов, велосипедистов и гребцов. Их разделили на две группы с учетом наличия или отсутствия функциональных сдвигов со стороны сердца. Функциональные сдвиги со стороны сердца выявляли путем проведения ЭКГ исследования до и после нагрузки («стресс» ЭКГ). Генетические исследования проводили с использованием общеприятых молекулярно-генетических методов.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что среди обследованных спортсменов у 36,67% были выявлены те или иные сдвиги со стороны ЭКГ, преимущественно характеризующие нарушение возбудимости и проводимости в кардиомиоцитах, которые составили группу спортсменов с нарушением функции сердца (1 гр.). А остальные спортсмены, у которых не было выявлено сдвигов со стороны

ЭКГ – составили группу спортсменов – без нарушения функции сердца (2 гр.).

Анализ генотипов гена ACE в зависимости от этих групп показал, что *Del/Del* генотип в 3 раза чаще встречается среди спортсменов 1 группы, по сравнению со 2 группой. В то же время гетерозиготный генотип *Ins/Del* этого гена, наоборот, в 1,5 раза реже встречается среди спортсменов 1 группы, соответственно при эквивалентной частоте встречаемости *Ins/Ins* генотипа гена ACE.

При анализе частоты распределения генотипов гена ACTN3 не было выявлено выраженного различия между изучаемыми группами спортсменов. Хотя при этом имело место некоторое превалирование удельного веса носителей *T/T* генотипа ACTN3 среди спортсменов 2 группы. Аналогичная картина прослеживается по отношению частот распределения генотипов гена PPARA у обследуемых групп спортсменов.

Изучение частот распределения генотипов другого представителя семейства коактиваторов пероксисом PPARGC1A показывает, что *A/A* генотип данного гена 3 раза реже встречается среди спортсменов 1 группы, по сравнению со 2 группой. Однако, в этой группе носители другого

G/G генотипа PPARGC1A было в 1,5 раза больше по сравнению со спортсменами 2 группы.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ свидетельствуют о том, что между частотой распределения генотипов некоторых спортивных генов и с функциональными сдвигами

со стороны сердца спортсменов существует определенная взаимосвязь. Это обстоятельство диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении для выявления механизма этих взаимосвязей.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

МАЛИК Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. С целью усовершенствования диагностики дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) при гипертонической болезни нами было проведено комплексное обследование 90 пациентов в возрасте от 28 до 75 лет.

Материал и методы. На основе клинико-психолого-неврологического, соматического, экспериментально-психологического (СМОЛ, ТОБ), инструментальных методов исследования (РЭГ, УЗДГ, ЕЭГ) были исследованы особенности психоневрологических проявлений, своеобразие личностных проявлений пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией. Все больные были разделены на три группы (по 30 человек) в зависимости от стадии ДЭ.

Результаты исследования. Анализ полученных данных свидетельствует о наличии часто встречающихся психических нарушений при I (55,8%) и II (58,6%) стадиях ДЭ. В III стадии они выявляются у преобладающего большинства пациентов (89,1%).

У больных I стадии ДЭ чаще всего имел место невротоподобный астенический синдром. Во II стадии, наряду с сохраняющимися проявлениями астении, у половины больных в клинической картине появлялись относительно легкие депрессивные нарушения, которые сопровождались соматизацией, беспокойством, раздражительностью. Иногда депрессия маскировалась жалобами сенестопатического характера или имела дисфорический оттенок. Степень выраженности депрессивного состояния в значительной мере зависит от перенесенных динамических нарушений мозгового кровообращения.

В III стадии ДЭ наравне с выраженной астенией у 84,7% больных определялся психорганический синдром с эгоцентризмом, эмоциональной скудностью, значительным снижением мнестических функций и критики к своему состоянию, конфабуляциями, забыванием имен родных и близких, фактов своей биографии.. Нарастающая деградация приводит к картине органической деменции, которая дополняется довольно выраженными экстрапиримидными, мозжечково-стволовыми, псевдобульбарными нарушениями. Периодически у больных с психорганическим синдромом наблюдаются психотические эпизоды: сомноленции и спутанность, кратковременные нарушения сознания, состояния с галлюцинаторно-параноидными переживаниями. Как правило, эти эпизоды имели временную связь с резким подъемом или падением артериального давления, нарушением функции дыхания или сердечного ритма. Эмоциональная лабильность, тревога и ипохондрия в III стадии ДЭ встречаются редко. Среди различных форм деменции чаще всего диагностировались органический и псевдотуморозный типы (68%).

Выводы. Выявленные изменения психосоматического состояния пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией могут способствовать ранней диагностике ДЭ, адекватной и своевременной терапии при цереброваскулярной патологии. В связи с этим целесообразно для проведения коррекции психоневрологических нарушений применять наряду с традиционными методами терапии приемы индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на снижение дисгармонии личностного реагирования на болезнь.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ НА ФОНЕ ВЕГЕТО СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

МАСАЛИМОВА И.Ф., МАКСУДОВА Х.Н., КЕНЖАЕВА Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский Государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оптимизировать диагностическую значимость для изучения клинико-нейрофизиологических особенностей и когнитивные нарушения при панических атаках на фоне вегето сосудистой дистонии (ВСД) используя специальные шкалы.

Материал и методы. Были обследованы 400 больных в возрасте от 20 до 60 лет, разных полов, с неврологическими проявлениями в виде панических атак и ВСД. Были использованы следующие методы исследования: шкала личностной и ситуативной тревожности Ч. Д. Спилберга, таблицы Шульте, шкалы MMSE.

Результаты исследования. Объектом исследования были выбраны пациенты разных полов разделенные на 2 группы. В 1ой группе – были обследованы 200 пациентов с паническими атаками на фоне ВСД, во 2ой

группе –200 пациентов с ВСД перманентным течением. Результаты наблюдений показали: у первой группы средний балл уровня тревожности вышел –44 балла; снижение внимание по таблице Шульте в отличие от второй группы вышло на 35%, средний балл когнитивных нарушений вышел–26 баллов. Во второй группе средний уровень тревожности вышел 40 баллов; нарушение внимания и когнитивной сферы не наблюдалось.

Вывод. В результате исследования было выявлено, что при панических атаках на фоне ВСД более выражены нарушения когнитивных функции, в отличие от пациентов с ВСД с перманентным течением. Так же выявлено нарушение личностной и ситуативной тревожности и снижение уровня внимания.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

МАХКАМОВА Д.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ клинико-функциональных проявлений атеросклеротического поражения сосудов органа зрения.

Материал и методы. Всего обследовано 176 пациентов (231 глаз) с изменениями органа зрения при атеросклерозе (АС). Клиническое исследование проводили на базе Республиканской клинической офтальмологической больницы при МЗ РУз (г. Ташкент) с 2012 по 2019 гг. Интерпретируя полученные результаты, выявлено преобладание количества мужчин (мужчины – 103 (58,6%), женщины – 73 (41,4%) ($P < 0,01$) с изменениями органа зрения при наличии атеросклеротических поражений сосудов, а возрастной контингент составил средний возраст больных по критериям ВОЗ.

Результаты исследования. При исследовании пациентов с АС в подавляющем большинстве случаев предъявлялись жалобы на снижение зрения одного глаза – 118 (72,8%) больных или обоих глаз – 15 (9,3%) пациентов. Временная слепота на один глаз (amaurosis fugax) отмечалась у 19 (6,2%) пациентов, 12 (3,7%) пациентов отмечали повторные приступы временной слепоты на одном глазу с коротким

временным промежутком. После чего, у данных пациентов через некоторое время резко снижалось зрение, вплоть до светоощущения. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении жалоб на изменения в поле зрения. Так, в группе с активным АС пациенты отмечали выпадение половины зрения 26 (26,8%), туман перед глазом 9 (9,3%), резкое снижение зрения 47 (48,5%), боли в глазу 9 (9,3%) и дискомфорт в области глаз 7 (7,2%). В группе с латентным АС пациенты отмечали выпадение половины зрения 6 (9,2%), туман перед глазом 18 (27,7%), резкое снижение зрения 11 (16,9%), боли в глазу 25 (38,5%) и дискомфорт в области глаз 5 (7,7%). Также были отмечены жалобы на сухость, жжение, слезотечение, временами покраснение глаз у всех пациентов. Острое ишемическое поражение органа зрения проявлялось в виде клинических форм: окклюзия центральной артерии сетчатки, тромбоз центральной вены сетчатки, передняя ишемическая нейропатия. Хроническое течение характеризовалось постепенным развитием ишемического поражения органа зрения, в виде открытоугольной глаукомы (ОУГ), осложненной катаракты, хронической ишемической нейропатии (ХИН) со снижением

остроты зрения и сужением полей зрения. Также отмечали наличие псевдоэкссфолиативного синдрома, ишемию переднего отрезка глазного яблока в виде ишемической ангиопатии лимба, отека и преципитатов роговицы, клеточной реакции в передней камере и стекловидном теле, секторальной атрофией радужки.

Следует отметить, что пациенты были гиподиагностированы в течение 1 мес – 61 (37,7%) пациентов, до 3 мес – 43 (26,5%), до 6 мес. – 58 (35,8%). В данном обстоятельстве

возникает вопрос о необходимости разработки алгоритма диагностики и внедрения её в офтальмологическую практику для широкого применения.

Вывод. Проведение офтальмологических исследований для раннего выявления атеросклероза является актуальной задачей офтальмологии, так как выявление предикторов поражения органов-мишеней при атеросклерозе позволит предупредить развитие грозных осложнений, угрожающих жизни больного.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДТРОМБОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ

МАХМУДОВА А.Д., ТУРСУНОВА Н.А., БЕРГЕР И.В., АШУРОВА Л.В., ЖУРАЕВА Н.Т.

Научно исследовательский институт гематологии и переливания крови, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить необходимость проведения антиагрегантной терапии у пациентов с хроническими лейкозами.

Материал и методы. Объектом послужили 60 пациентов с хроническими лейкозами (ХЛ) находящиеся на повторных курсах химиотерапии (ХТ). Пациенты получали антиагрегантную терапию с миеломной болезнью – 20 человек, с хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 20, с Эритромией – 10 пациентов, 10 пациентов с мегакариоцитарным лейкозом. Контролем служили 20 здоровых доноров.

Результаты исследования. Все пациенты не имели тромботических осложнений в анамнезе. Независимым способом пациенты были разделены на 2 группы: 1 – группа (n=30) получали в сопроводительном лечении антиагреганты, 2 – группа – не получали (n=30).

Определены показатели нарушений коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза у больных с ХЛ до и после антиагрегантной терапии (АГТ), так АЧТВ составил у пациентов до АГТ терапии – $30,6 \pm 2,5$ с., после АГТ терапии $33,7 \pm 2,5$ с., у пациентов получавших химиотерапию (ХТ) без профилактики АГТ – $30,2 \pm 1,9$ с. Все обследуемые пациенты (n=60) оказались склонными к развитию тромбоза и тромботических осложнений. Во время проведения данного обследования, у 3 пациентов из 2 группы (не получающих АГТ) наблюдалось развитие тромботических осложнений. У 2х пациентов – острый инфаркт миокарда и у 1 пациента – ишемический инсульт. Так же были заметны колебания в исследовании Фибриногена у пациентов до АГТ терапии – $4,9 \pm 2,8$ г/л; после АГТ терапии $4,5 \pm 0,2$ г/л; без профилактики АГТ $6,9 \pm 0,15$ г/л.

Главные колебания, как и следовало ожидать произошли в Агрегации тромбоцитов, так до на-

чала терапии она составила – $5,2 \pm 0,2$, с, после – $12,2 \pm 1,1$ сек, без – $6,3 \pm 1,8$, в контрольной группе агрегация составила – $7,7 \pm 4,8$ сек. Фибринолиз у пациентов до АГТ терапии был равен – $14,3 \pm 3,8$ мин., после ХТ – $1,7 \pm 3,1$ мин., у пациентов без проведения АГТ терапии он составил – $12,6 \pm 2,7$ мин., достоверные различия между сравниваемыми группами составили $\geq 0,001$. Таким образом, пациенты находившиеся в группе 1, после получения таких антиагрегантов как препараты ацетилсалициловой кислоты и клопидогрель улучшили изначальные показатели в коагулограмме. Во 2 группе пациентов не получавших АГТ сопроводительную терапию, показатели гемостаза говорили о начавшемся сгущении крови. Учитывая все эти данные, нами было проведено еще одно дополнительное обследование всех этих пациентов на предмет склонности к развитию гиперкоагуляции у пациентов с хроническими лейкозами.

Так у пациентов с ХЛ (n=60), протеин С был $68 \pm 6,6\%$, тогда как в контрольной группе (n=20) он составил 106%. Показатели Д-димера – 8,17 мкг/мл в группе с ХЛ и 0,06 мкг/мл в контроле. Волчаночный антикоагулянт составил $1,72 \pm 0,8$ у пациентов с ХЛ и $0,6 \pm 0,1$ в контроле. Таким образом, все обследуемые пациенты (n=60) оказались склонными к развитию тромбоза и тромботических осложнений.

Также нами было проведено обследование пациентов с тромбофилией в анамнезе (n=50) и проведена сравнительная характеристика по параметрам гемостаза у пациентов которые имеют в настоящий момент острый тромбоз (n=13). Была выявлена частота тромбозов у больных нозологических групп миелопролиферативных заболеваний, в 72% случаев был выявлен тромбоз глубоких

вен голени, в 4% инфаркт миокарда, в 3,8% ишемический инсульт, 1% случаев зарегистрирован тромбоз вен сетчатки глаза (подтвержден офтальмоскопией). Всего выявленных эпизодов тромбоза 13. Были изучены показатели нарушений коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза у больных с ХЛ. У пациентов с признаками тромбоза в анамнезе (1 группа) характерно укорочение коагуляционного времени по сравнению с контролем $-33,7 \pm 2,5$, ($p < 0,05$), так и у пациентов с острым тромбозом (2 группа) – $30,2 \pm 1,9$ сек; ($P_2 < K < 0,05$ и $P_3 < 1-2 < 0,5$). Показатели протромбинового индекса (ПТИ) находились в пределах нормы ($p \geq 0,05$), что позволило исключить у всех пациентов дефект факторов II фазы свертывания крови. Что

касается фибриногена, как маркера любой воспалительной реакции, то здесь выявлено наличие высокого уровня фибриногена у пациентов с острым тромбозом, относительно 1 группы ($P_3 < 1-2 < 0,05$).

Вывод. Полученные данные в ходе исследования позволяют нам определить еще одну форму гиперкоагуляционного синдрома – посттромботический гиперкоагуляционный синдром, возникающий после перенесенного тромбоза и говорящий о активации свертывающей системы крови, который может привести к острому тромбозу при определенных провоцирующих факторах. Тем самым, считаем необходимым включить в протокол сопроводительной терапии проведение АГТ.

ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2 ТУРИ ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ

НАЗАРОВА.Н.О., МАДАЗИМОВА Д.Х., РАХМАТУЛЛАЕВА Н.Т.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. 2-турдаги қандли диабет билан оғриган беморларда артериал гипертензия ва липидлар алмашинувини коррекциялашни баҳолаш.

Материал ва усуллар. 2-турдаги қандли диабет (ҚД) билан касалланган ва 36 ёшдан 74 ёшгача бўлган юрак-қон томир касалликлари билан оғриган 48 нафар беморни ўртача $56,7 \pm 4,4$ ёшни кузатилди. Беморларни клиник текширулардан, гликемик профилни ўрганиш, холестерин даражаси, креатинин миқдорини аниқлаш текширувлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. 2-турдаги қандли диабетнинг давомийлиги 1 йилдан 14 йилгача бўлган беморларда ўтказилди. Андроид типдаги семизлик 100% да аниқланган беморлар олинди (тана массаси индекси– $38,2 \pm 0,5$ кг / м², бел айланаси эркаларда– $114 \pm 2,5$ см ва аёлларда– $104 \pm 2,8$ см). Анамнестик маълумотлардан аниқланишича, 94% беморларда 27 ёшдан 44 ёшгача семизлик ривожланган ва 7 ёшдан 15 ёшгача юрак-қон томир касалликлари ва / ёки қандли диабет аниқланган. Семизликни 1 даражасига кўра 71% беморларда аниқланди (тана массаси индекси– $28,2$ да $1,2$ кг / м²), 23% беморларди 2 даража (тана массаси индекси – $33,8$ да $1,4$ кг/м²), 6% – 3 даража семизлик (тана массаси индекси – $37,2$ да $1,8$ кг/м²). Артериал гипертензия 91% да (қон босими $168,2 \pm 14,1$ ва $101,8 \pm 1,7$ мм симоб устуни.), коронар юрак касаллиги–82% да, юрак ритми бузилиши–13% аниқланган. Нахорги глюкоза ўртача миқдори $-7,7 \pm 0,3$ ммол / л,

холестерин– $6,8 \pm 0,2$ ммол / л. Чап қоринча гипертрофияси (ЭКГ ва ЭхоКГ) беморларнинг 80% кузатилган. Беморларга амбулатор антигипертензив препаратлар-ангиотензин ингибиторлари–52%, диуретиклар–11%, кальций антагонистлари–25%, β-блокаторлар–38%, дори комбинациялари–47% буюрилди. Беморларнинг фақат 17% мунтазам равишда белгиланган антигипертензив дориларни қабул қилди, 8% томонидан ама11% пархезга риоя қилди. 15 фоиз беморларда амбулатор шароитда 130/80 мм АБ эришилди. Беморларга рационал овқатланиш, қон босимини ўз-ўзини назорат қилиш ва гипероник кризда ёрдам чоралари ўргатилди. Комбнирланган терапиядан 5 ҳафтадан кейин амлодипин 10 мг ва лизиноприл 12 мг билан биргаликда даволаш натижасида қон босимининг пасайиши кузатилди (систолик– $10,8 \pm 2,8$ мм симоб устуни ва диастолик – $4,7$ да $1,2$ мм симоб устуни ва Розувастатин 10 мг билан даволаш натижасида холестериннинг $1,9 \pm 0,6$ ммол / л га камайиши кузатилди. Қон босими пасайиши даражаси беморларда 82% ва холестерин даражаси 69 % пасайганлиги кузатилди. Беморларнинг ўзМ ўзини даволанишга содиқлиги ортди.

Хулосалар. Беморлар ўз-ўзини назорат қилиш кўникмаларини ўзлаштирдилар. Амлодипин 5 мг, лизиноприл 10 мг ва Розувастатин 10 мг билан биргаликда терапия гипертензия, липд метаболизмининг мақсадли назорат қилиш, метаболик параметрларни яхшилаш ва 2-турдаги диабет билан оғриган беморларда самарадорлик ва хавфсизликни намоиш этди.

ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ПАМЯТИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

НЕСЕН А.А., НЕСЕН А.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малоу НАМН Украины», НТУ «Харьковский политехнический институт», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучение гендерных особенностей памяти и специфики факторов кардиоваскулярного риска при сахарном диабете 2 типа и мультиморбидности.

Материал и методы. Уровень КВР определялся в соответствии с рекомендациями (ESC, 2015, 2018 2019; ESC/EAS, 2016) с расчетом КВР (Riskcalculator) и индекса коморбидности Charlson (M.E. Charlson et al., 1987). Проводились клинико-лабораторные, биохимические и математико-статистические методы исследования.

Результаты исследования. В исследование было включено (n=312) пациентов с СД 2 типа и мультиморбидностью, среди которых – 217 (69,55 %) мужчин и 95 (30,45 %) женщин. Средний возраст – (57,62±8,41) лет. Наличие протеинурии (n=97; 31,09 %); АГ и/или ишемической болезни сердца – (n=312; 100,0 %); цереброваскулярных заболеваний (n=218; 69,87 %). Определялись формальные ФР по классам (природно-климатические, профессиональные, социально-экономические, кардиометаболические, поведенческие). Акцентировались медицинские аспекты, в частности, наиболее модифицированные ФР – кардиометаболические и поведенческие. Charlson индекс был несколько выше у мужчин – (5,08±0,12) points, чем у женщин – (4,96±0,38) points. Такое соответствие прослеживалось при определении показателя комбинированных состояний и возрастной

оценки у мужчин (6,14±0,34) points, у женщин – (5,98±0,17) points. Достоверно (p<0,05) отличался показатель 10-летней выживаемости у мужчин – (22,04±1,17) %, у женщин – (26,74±1,38) %. Поведенческие ФР достоверно (p=0,001) отличались: чрезмерное употребление алкоголя – мужчин (n=126; 58,06 %); женщин (n=43; 45,26 %); курение – мужчин (n=43; 19,82 %); женщин (n=12; 12,63 %); низкая физическая активность мужчин (n=187; 86,18 %); женщин (n=89; 93,68 %). При оценке уровня HbA1c достоверных гендерных различий не выявлено – мужчин (7,96±0,41 %); женщин (8,42±0,28 %) (p>0,05). Выявлены гендерные различия в явной памяти (упоминание прошлых событий, распознавание личных эмоций) и декларативной памяти. Даже после учета различий в образовании, возрасте и при таких заболеваниях как СД 2 типа и АГ, мужчины имеют больше шансов иметь умеренные когнитивные нарушения, чем женщины.

Выводы. Существуют определенные гендерные различия памяти и специфика факторов риска при сахарном диабете 2 типа и мультиморбидности, связанные непосредственно со стилем жизни. Факторы риска (поведенческие и кардиометаболические) при индивидуализации терапии в значительной мере могут модифицироваться с положительным влиянием на тотальный уровень риска и показатели качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОКЛИМАТА РАЙОНА КУРОРТА «АВАЗА»

ОВЕЗОВА Г.К., АМАНОВА Д.Ж.Х., МУХАММЕДОВА Д.Ж.Г., БЕГМЫРАДОВ Б.С., АКМАММЕДОВА А.А., РОЗЫЕВА Г.Г., ЧОПАНОВА М.А., МАММЕТЯЗОВ М.С.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Цель исследования. Изучение особенностей микроклимата района курорта «Аваза».

Материал и методы. Курорты Туркменистана сегодня – это природные источники здоровья, экологическая стабильность, гармоничное сочетание с окружающей средой, древние легенды, восхитительный мир старины и культурного наследия народа. Изучены моменты перемещения барометрического минимума к морю или к пустыне. Новый курорт «Аваза» – это оздоровительная природная территория, комфортабельный, с бассейнами морской

воды, прибрежный гостиничный комплекс, велосипедный спорт, верховая езда, прогулки на катерах, стоунтерапия, комплексные программы омоложения организма и здорового образа жизни, фитнес, теннис, уютное кафе, современный кинозал, вкусная кухня с обилием морепродуктов. Основными показаниями для проведения лечения являются: заболевания органов дыхания, опорно – двигательного аппарата, переутомление.

Результаты исследования. Характерные для субтропиков влажная зима и сухое лето, короткие

и не всегда явные осень и весна подвержены в районе курорта «Аваза» воздействию таких контрастных факторов, как близость моря на западе и зоны пустыни на востоке, которая охватывает также почти всю территорию Туркменистана и сложный рельеф региона. Летом преобладают пассаты в направлении с запада на восток, то есть от моря к пустыне, где перегрев сухой и обнаженной поверхности вызывает восходящие потоки воздуха и образуется пониженное атмосферное давление. Это движение воздушных масс становится особенно заметным в послеполуденные часы в нижних слоях атмосферы, и тогда влажный бриз с моря несет с собой прохладный воздух, порой с облаками, недостаточно, однако, насыщенными и охлажденными для появления дождя. Часто возникающие циклоны, движутся к региону и приносят с собой на курорт «Аваза» резкое похолодание с ветрами и дождями. С их перемещением к востоку в это движение вовлекаются проникающие с востока, юго-востока, то есть из районов пустынь, потоки холодного и сухого воздуха, сосредоточение которого на какое-то время повышает давление, и в регионе устанавливаются ясные дни с исключительной видимостью. Осенью и весной, в моменты перемещения барометрического минимума к морю или к пустыне возникает движение

воздушных масс из пустыни, длящееся один-два дня, а порой и больше, и приводящие к возникновению сухого климата. Лето длинное (с апреля по октябрь) жаркое, сухое. Самое жаркое время с июля по сентябрь. Средние температуры июля – от +24 до +32°C, января от 0 до +7 °C. Осадки являются самыми низкими в июне. В среднем 153 мм, наибольшее количество осадков выпадает в феврале. Климат в районе курорта «Аваза» – пустынный, характеризующийся серьезными перепадами суточных температур. Разница дневных и ночных температур может составлять 15–20 градусов. Поэтому, собираясь на курорт даже среди жаркого лета, не забудьте положить в чемодан что-нибудь теплое для вечерних прогулок. А, вот зонтик брать ни к чему: вероятность выпадения дождя в этих краях крайне мала. Лишь иногда, весной или осенью небо могут затянуть тучи, однако они, скорее всего, лишь ненадолго закроют солнце. Прогуливаться вдоль берега Каспийского моря прекрасный выбор для времяпровождения, особенно вечером.

Выводы. Повышенное испарение района курорта «Аваза», особенно в летние месяцы, обуславливает плотность морской воды, купание в которой помимо пользы для здоровья доставляет ни с чем несравнимое удовольствие. Способность Каспийского моря заряжать организм жизненной энергией неоспорима.

ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СПОРТИВНЫХ ГЕНОВ СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ ЛЕГКОАТЛЕТОВ, ВЕЛОСИПЕДИСТОВ И ГРЕБЦОВ

ПАРПИЕВ С.Р., МАВЛЯНОВ И.Р., УСМОНАЛИЕВА Н.Ш.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частотной характеристики генотипов генов ACE (rs4646994)_Alu_Ins/Del, ACTN3_Arg (C)577Ter (T), PPARA (rs4253778)_G2528C, PPARGC1A (rs8192678)_Gly482Ser у спортсменов легкоатлетов, велосипедистов и гребцов.

Материал и методы. Генетические исследования проведены у 20 спортсменов легкоатлетов, 20 велосипедистов и 20 гребцов. Выделение ДНК и идентификация генотипов изучаемых полиморфизмов генов проводили с использованием общепринятыми молекулярно-генетическими методами. При отборе спортсменов не учитывали их национальную принадлежность.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что среди легкоатлетов и велосипедистов Del/Del генотип гена ACE (rs4646994)_Alu_Ins/Del встречался одинаково часто, у 20% спортсменов. Ins/Ins генотип данного гена, если среди легкоатлетов встречается у 15%,

то среди велосипедистов и гребцов у 50% и у 35%, соответственно. А у остальных спортсменов имело место гетерозиготный генотип Ins/Del.

При анализе частоты распределения генотипов гена ACTN3_Arg (C)577Ter (T) выявлено, что C/C генотип данного гена встречался почти одинаково часто среди легкоатлетов и велосипедистов (50% и 55 %, соответственно). А у гребцов этот генотип встречался почти 1,5 раза реже. Однако среди них был довольно высок удельный вес спортсменов с носительством T/T генотипа ACTN3 (30%, против 5% у легкоатлетов и велосипедистов).

Изучение частотной характеристики генотипов гена PPARA (rs4253778)_G2528C у обследуемых спортсменов показывает, что G/G генотип данного гена практически не встречается, за исключением единичного случая среди легкоатлетов. А C/C генотип встречается почти одинаково часто среди спортсменов занимающихся изучаемыми видами спорта (у 65% легкоатлетов, у 70%

велосипедистов и 65% гребцов). Следовательно, по частотной характеристике распределения генотипов данного гена обследуемые спортсмены существенно не отличаются. Подобный анализ другого представителя семейства коактиваторов пероксисом PPARGC1A (rs8192678)_Gly482Ser показывает, что A/A генотип данного гена встречается редко – от 5 до 15% случаев среди обследуемых спортсменов. Хотя при этом наиболее редко – до 5% встречается среди велосипедистов и сравнительно больше – до 15% случаев среди гребцов. Однако, среди гребцов частота встречаемости другого G/G

генотипа PPARGC1A было на 25% ниже, чем среди легкоатлетов и велосипедистов.

Выводы. Таким образом, анализ результатов генотипирования спортсменов занимающихся легкой атлетикой, велоспортом и греблей свидетельствует о том, что генотипы изученных спортивных генов неодинаково часто распределены, как в зависимости от вида спорта, так и внутри каждого вида спорта. Это обстоятельство требует учета при формировании индивидуальных режимов тренировок спортсменов и прогнозирования их спортивных результатов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВАСПИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С НАЛИЧИЕМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ

ПЫЛЁВ Д.И., ЖУРАВЛЁВА Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Определить взаимосвязь между наличием атеросклеротической бляшки, уровнем васпина в сыворотке крови и показателям метаболизма у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и хроническим панкреатитом (ХП).

Материал и методы. В исследование участвовали пациенты без сердечно-сосудистых событий в анамнезе, которые были разделены на группы: 1 группа- (n=31) с СД 2; 2 группа- (n=60) СД 2+ХП. Оценивался уровень глюкозы в плазме крови натощак (ГКН), HbA1c иммунореактивного инсулина (ИРИ), общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), С-реактивного белка (СРБ), уровень васпина и эластазы кала-1 (ЭК-1), рассчитывался индекс НОМА-IR. С целью определения наличия атеросклеротической бляшки проводилось УЗИ состояния стенок общей сонной артерии (ОСА). Контрольная группа – здоровые добровольцы репрезентативные по возрасту и полу.

Результаты исследования. У 54,8% (n=17) пациентов первой группы и 68,3% второй группы (n=41) выявлено атеросклеротические бляшки в ОСА, разница между группами достоверна ($p < 0,05$). В 1-й группе компенсация СД 2 по сравнению с группой 2 составляла: ГКН ($8,18 \pm 0,92$ vs $8,57 \pm 1,2$) ммоль/л, HbA1c ($7,23 \pm 0,21$ vs $7,49 \pm 0,36$)%, рассчитывался индекс НОМА-IR ($6,55 \pm 1,5$ vs $8,38 \pm 2,2$) мкМЕ/мл*ммоль/л; ОХ ($6,12 \pm 0,21$ vs $6,40 \pm 0,63$) ммоль/л; ИРИ ($20,31 \pm 0,9$ vs $22,53 \pm 1,2$) мкМЕ/

мл, ЛПНП ($3,39 \pm 0,52$ vs $3,40 \pm 0,63$) ммоль/л, ТГ ($2,35 \pm 0,15$ vs $2,58 \pm 0,42$) ммоль/л; СРБ ($1,3 \pm 0,12$ vs $6,77 \pm 0,31$). Уровень васпина в сыворотке крови был значительно выше в группе 1, чем в контрольной группе ($3,47 \pm 0,42$ vs $2,42 \pm 0,19$ пг/мл, $p < 0,05$) и чем в группе 2 ($3,47 \pm 0,42$ vs $1,78 \pm 0,24$ пг/мл, $p < 0,05$). Значение васпина в 1 и 2 группе имело следующие корреляции: с ГНТ ($r = 0,62$ $p < 0,001$; $r = -0,61$ $p < 0,001$), HbA1c ($0,56$, $p < 0,001$ vs $-0,6$ $p < 0,001$), ИРИ ($r = 0,6$ $p < 0,001$, $r = -0,67$ $p < 0,001$); НОМА-IR ($r = 0,45$ $p < 0,005$, $r = -0,5$ $p < 0,005$); ТГ ($r = 0,31$, $p = 0,04$; $r = -0,43$, $p = 0,001$) ЛПНП во 2 группе ($r = -0,35$, $p = 0,04$), СРБ ($r = 0,35$, $p < 0,03$; $r = -0,41$, $p < 0,001$). Атеросклеротическая бляшка имела следующие взаимосвязи в 1-ой и 2-ой группе: с HbA1c ($r = 0,18$; $p < 0,05$; $r = 0,23$; $p < 0,05$); ИРИ ($r = 0,43$ $p = 0,05$; $r = 0,35$ $p = 0,05$); НОМА-IR ($r = 0,29$ $p = 0,05$; $r = 0,37$; $p = 0,02$); во 2-ой группе с ЛПНП ($r = 0,27$ $p = 0,04$); и ТГ ($r = 0,24$ $p = 0,05$); СРБ во 2-ой группе ($r = 0,25$; $p = 0,05$). Васпин не имел достоверной взаимосвязи с атеросклеротической бляшкой в первой ($r = -0,07$ $p = 0,064$) и второй ($r = -0,02$ $p = 0,08$) группах.

Выводы. В исследовании не получено достоверной взаимосвязи между васпином и наличием атеросклеротической бляшки в отличие от параметров углеводного и липидного обмена, которые имели достоверную взаимосвязь с атеросклеротической бляшкой. Можно предположить, что васпин принимает участие в формировании атеросклеротической бляшки опосредованно, влияя на основные атерогенные показатели углеводного обмена.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В УЗБЕКИСТАНЕ

РАЗИКОВА И. С., РАЗИКОВА Г. Р., БАЙБЕКОВА В. Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать медико-социальные факторы, влияющие на формирование респираторных аллергозов у детей и взрослых в современных условиях.

Материал и методы. Для изучения влияния медико – социальных факторов на формирование респираторных аллергозов у детей и взрослых была отобрана группа пациентов, которая включала 108 человек, состоявших под наблюдением аллерголога в связи с atopическим дерматитом (22 ребёнка и 5 взрослых), аллергическим ринитом (23 ребёнка и 15 взрослых) и бронхиальной астмой (33 ребёнка и 10 взрослых). Из них 50 пациентов женского пола и 58 пациентов мужского пола. При обработке и анализе материалов исследования применялись стандартные статистические методы.

Результаты исследования. Выявлено, что у детей раннего возраста (до 3-х лет) формирование респираторных аллергозов чаще всего связано с воздействием пищевых аллергенов (употребление матерью во время беременности высокоаллергенных продуктов (например, цитрусовые, шоколад), избыточное

употребление молочных продуктов во время беременности, раннее искусственное вскармливание ребёнка). У дошкольников, детей школьного возраста и взрослых провоцирующими факторами чаще всего становятся бытовые (в основном, это домашняя пыль), растительные (пыльца) и инфекционные аллергены. Источниками пылевых аллергенов являются сорные травы (одуванчик, полынь, тимopheевка и т.д.). Аллергенами могут выступать различные вирусы. Поэтому так важна профилактика рецидивирующих инфекций у детей и взрослых, закаливание, рациональное лечение вирусных заболеваний и иммунокоррекция.

Выводы. 1. Среди многообразия факторов медико-биологического, социально-гигиенического и социально-психологического характера удалось выделить небольшое их число, напрямую связанных с развитием у детей и взрослых респираторных аллергозов. 2. Статистический анализ факторов, сопутствующих развитию респираторного аллергоза у детей и взрослых, показал их разную значимость.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИУС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ

РАЗИКОВА И.С., БАЙБЕКОВА В.Ф., КАЮМОВА С.Ш.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать эффективность препарата эриус (блокатор H1 -гистаминовых рецепторов) на течение хронической крапивницы.

Материал и методы. Эффективность препарата эриус (блокатор H1 – гистаминовых рецепторов) оценивали у 48 больных с хронической крапивницей с неясной этиологией и у 33 пациентов с хронической крапивницей с пищевой этиологией. В исследовании участвовали как взрослые, так и дети в возрасте от 12 до 18 лет. Диагноз хроническая крапивница был установлен нами ранее, после осмотра аллерголога. Всем пациентам проводились общеклинические и стандартное аллергологическое обследование. Пациенты получали эриус в течение 30 дней в терапевтических дозах. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов хронической крапивницы. При обработке и

анализе материалов исследования применялись стандартные статистические методы.

Результаты исследования. В результате лечения было достигнуто достаточно быстрое уменьшение симптомов хронической крапивницы. Так, эриус уменьшил хронический зуд в течение первой недели. Эффект развивался достаточно быстро. Уже в первый день выраженность зуда снижалась на 30%, на третьи сутки применения было достигнуто наибольшее подавление чувства зуда (70–80%). Впоследствии эффект сохранялся в течение всего периода наблюдения пациентов. В целом исследование позволило сделать вывод, что, если пациенты используют эриус в терапевтических дозах, кожные проявления регрессируют достаточно быстро и наблюдается стойкая ремиссия. Это означает, что эриус контролирует симптомы хронической крапивницы. При контрольном лабораторном исследовании крови патологических отклонений

не выявлено. Все пациенты после окончания курса лечения отмечали повышение качества жизни: улучшение настроения, сна, повышение работоспособности.

Выводы. 1. Отмечена хорошая переносимость препарата эриус. 2. Применение препарата эриус

в терапии хронической крапивницы способствует достижению клинической ремиссии заболевания, значительно улучшает его клиническое течение и качество жизни пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЭЛТИРИЗИН И НЕОКЛАСТ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

РАЗИКОВА И.С., БАЙБЕКОВА В.Ф., АХМЕДОВ Х.С.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский научно-специализированный аллергический центр, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать эффективность комбинации элтиризина (блокатор H₁-гистаминовых рецепторов) и неокласта (антилейкотриеновый препарат) на течение аллергического воспаления при аллергическом рините.

Материал и методы. Нами было обследовано 65 пациентов с АР, у 39 – был диагностирован сезонный АР (САР), у 26 – круглогодичный (КАР). Средний возраст больных составил 36 лет, средняя длительность заболевания – 3–4 года. Диагнозы КАР и САР были установлены нами ранее, после осмотра оториноларинголога, по результатам положительных кожных тестов с бытовыми, эпидермальными, грибковыми и пыльцевыми аллергенами. Всем пациентам проводились общеклинические и функциональные исследования и стандартное аллергологическое обследование. Все пациенты получали в комплексной терапии АР препаратов элтиразин (блокатор H₁-гистаминовых рецепторов) и неокласт (антилейкотриеновый препарат). Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов аллергического ринита, частоте применения деконгестантов. При обработке и анализе материалов исследования применялись стандартные статистические методы.

Результаты исследования. Итак, уже на протяжении первых суток приема препаратов элтиразин и неокласт была отмечена значительно большая эффективность в уменьшении симптомов АР. До начала лечения большинство пациентов – 42 для облегчения носового дыхания использовали деконгестанты. На фоне проводимого лечения потребность в использовании деконгестантов значительно уменьшалась. К 20-му дню терапии 8 пациентов продолжали принимать деконгестанты, в то время как у 34 пациентов потребность в деконгестантах исчезла. При контрольном лабораторном исследовании крови патологических отклонений не выявлено. Все пациенты после окончания курса лечения отмечали повышение качества жизни: улучшение настроения, сна, повышение работоспособности.

Выводы. 1. Отмечена хорошая переносимость препаратов элтиразин и неокласт. 2. Применение препаратов элтиразин и неокласт в терапии КАР и САР способствует достижению клинической ремиссии заболевания, значительно улучшает его клиническое течение и качество жизни пациентов. 3. У пациентов с АР после курса лечения препаратами элтиразин и неокласт отмечена нормализация показателей маркеров аллергического процесса – IgE.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЭПИЛЕПСИИ

РАСУЛОВА Х.А., РАХМАТЖОНОВА Р.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния общих клинических особенностей эпилепсии (ее форма и продолжительность, вид судорог, лечение и т.д.) на развитие когнитивных расстройств и личностных характеристик пациентов, страдающих эпилепсией.

Материал и методы. Обследовано 52 пациента с эпилепсией, средний возраст

которых составил 36,2±14,7 года. Из них у 38 пациентов была идиопатическая эпилепсия, у 14 пациентов была симптоматическая эпилепсия. Контрольную группу составили 16 здоровых лиц, сопоставленных по возрасту. Все больные проходили ЭЭГ исследование, изучение когнитивных функций проводили с использованием шкалы MMSE, теста на

запоминание 5 слов, теста рисования часов и теста речевой активности. Полученные данные были обработаны с применением методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Наше исследование показало, что худшие показатели ментально-интеллектуальной сферы были определены у пациентов с частичной и идиопатической формами эпилепсии, которая протекает с первично-генерализованными тонико-клоническими припадками. В то же время преобладали расстройства памяти и внимания, речевые нарушения проявлялись в замедлении или ускорении темпа, колебаниях и заикании.

Наилучшие результаты показали пациенты, страдающие абсансной эпилепсией.

Выводы. Основные результаты работы свидетельствуют, что характер и частота приступов имеют значение при нарушении нейрокognитивных процессов. Кроме того, на интеллектуально-мнестические функции в прямой пропорции влияют и такие факторы, как сроки лечения, длительность болезни. И наконец, результаты настоящего исследования убедительно показали, что противосудорожные препараты различаются по влиянию на нейрокognитивные функции.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ

САМАТОВА Л.Д., ШАКИРОВА Ф.Ж., БАБАДЖАНОВА Ш.Д., БЕРДИЕВА Х.Х.

Ташкентская медицинская академия, Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить особенности изменения гематологических показателей крови и миелограммы у больных ОЛ во после ПХТ (полихимиотерапия) ИР (индукции ремиссии), КР (консолидации ремиссии) и в отдаленный период КГР (клинико-гематологической ремиссии).

Материал и методы. В статье проанализированы 50 историй болезни пациентов с ОЛ, получавших антрациклин – содержащие курсы полихимиотерапии во 2 гематологическом отделении НИИГи ПК.

Результаты исследования. Содержание гемоглобина у больных ОЛЛ (острый лимфобластный лейкоз) и ОНЛЛ (острый нелимфобластный лейкоз) в период индукции ремиссии достоверно снизилось в 1,2 и 1,6 раза ($P < 0,001$), количество эритроцитов – в 1,23 и 1,56 раза относительно нормативных значений ($p > 0,05$ и $P < 0,001$ соответственно). Содержание тромбоцитов у всех больных основной группы с ОЛЛ и ОНЛЛ было достоверно снижено: в 1,65 и 5,91 раза ($P < 0,001$) относительно значений практически здоровых лиц. У всех больных с ОЛЛ и ОНЛЛ отмечено увеличение количества лейкоцитов в периферической

крови в 0,32 и 0,27 раза ($p > 0,05$) относительно показателей практически здоровых лиц. В период КР у всех больных сохранялась тенденция к снижению уровня гемоглобина, числа эритроцитов. В отдаленный период лечения КГР гематологические показатели периферической крови существенно не изменялись, лишь в группе больных с наличием агранулоцитоза наблюдалась склонность к тромбоцитопении и лейкопении. Анализ показателей миелограммы на стадии ИР показал: резкое увеличение числа промиелоцитов у больных с ОНЛЛ и бластных клеток у всех обследованных больных, тенденцию к увеличению лимфоцитов и снижению содержания МКЦ.

Выводы. У больных ОЛ обуславливает выраженные клинические симптомы, развитие частых осложнений, изменение гематологических показателей, особенно на стадиях ИР и КР. У больных ОЛ цитостатики возможно влияя на костномозговое кроветворение влияет на показатели миелограммы, приводя к снижению уровня мегакариоцитов и умеренной лейкопении на стадиях индукции – консолидации ремиссии и отдаленном периоде лечения.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

ТАНРЫБЕРДИЕВ М.О.

Госпиталь с научно – клиническим центром кардиологии, г. Ашхабат, Туркменистан

Цель исследования. Анализ результатов лечения СДС у пациентов с сосудистыми и гнойно-некротическими осложнениями.

Материал и методы. Приводим результаты лечения гнойно-некротических поражений у 37 больных с СДС. Возраст больных от 21 до 72 лет,

мужчин-23 и женщин-14. 83 % больных имели 2 тип сахарного диабета (СД), 17 % -1 тип СД.

Выделено 2 группы больных: 1. Пациенты с поражением стопы, но без нарушения магистрального кровотока. 2. Пациенты с поражением стопы и наличием макроангиопатии. В 1 группе было

23 пациента, из них: у 5 – трофические язвы на стопе, у 7 – остеомиелит пальцевых фаланг и у 11 больных имелся сухой некроз ногтевых фаланг пальцев. У больных 1 группы сохранен магистральный кровоток: у 11 пациентов на обеих артериях стопы, у 12 – на тыльной артерии стопы.

Во 2 группе было 14 пациентов с отсутствием пульсации артерий стопы и наличием гнойно-некротических изменений стопы: 9 больных имели сухую гангрену пальцев стопы, 5 пациентов-гнойно-некротические раны стопы. 29 больных имели сопутствующую патологию: ИБС-13 случаев, эссенциальная гипертензия-9 эпизодов и у 7 пациентов имелась диабетическая нефропатия.

Результаты исследования. Наши действия включали: инсулинотерапию, спазмолитики, антибактериальную и инфузионную терапию, дезагреганты, иммуномодуляторы и местное лечение: экономная некрэктомия, вскрытие, дренирование и постоянная аспирация гнойных очагов.

Пациенты II группы получали препараты, улучшающие кровообращение (солкосерил, актовегин, вазопростан, алпростан, вессел-дуо) и реологию крови (реомакродекс, реополиглюкин). В этой группе проводилось доплерография артерий и ангиография. Лечебную тактику выбирали с учетом: общеклинического обследования, доплерографии и ангиографии.

При гангрене пальца с переходом на стопу (или остеомиелите пальца с полным разрушением костной ткани), с сохраненным кровотоком по одной артерии стопы, выполняли экзартикуляцию пальца с резекцией 2/3 плюсневой кости.

При наличии дистального русла (по данным ангиографии) выполняли сосудистую операцию в 9 эпизодах: аортобифemorальное шунтирование – 2, повздошно-бедренное шунтирование – 2, аутовенозное протезирование поверхностной бедренной артерии – 2 и у 3 больных-бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование.

Лечение было благоприятным у больных с нейропатически-инфицированной стопой, лишь у 3 пациентов (ввиду глубины и обширности гнойного поражения) из 23 выполнена ампутация конечности: 1-на уровне бедра, 2- на уровне голени. Во 2 группе, несмотря на интенсивную терапию, у 7 больных выполнена первичная ампутация бедра. У данной категории пациентов после сосудистой операции в 3 случаях выполнена высокая ампутация бедра.

Выводы. Только тщательный подход в лечении данной категории больных позволяет улучшить результаты лечения в каждом конкретном случае.

ПРОФИЛАКТИКА СИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

ТАШМУХАМЕДОВА М.К., ИБРАГИМОВА Н.У.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение и разработка мероприятий для профилактики силикоза у работников в горнорудной промышленности.

Материал и методы. Изучены данные профилактических периодических медицинских осмотров работников горнорудного производства за 2019 год (1260 человек). Изучался анамнез рабочего, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него кремнийсодержащей пыли и других вредных факторов производства, а также результаты рентгенологических исследований легких в прямой проекции, с последующим изучением динамически выявленного патологического процесса, его осложнений у 57 больных в клинике профессиональных заболеваний. Для решения поставленной задачи был использован комплекс клинических, лабораторно-инструментальных и математико-статистических методов исследований.

Результаты исследования. Данные изучения результатов проведенных профилактических медицинских осмотров выявили рост силикоза среди данной группы, повышенное количество лиц с подозрением на силикоз при небольшом стаже

работы. По профессии это рабочие, имеющие контакт с кремнийсодержащей пылью в подземных условиях. Большая частота изменений выявлена у проходчиков. По возрасту преобладали лица возраста 36-50 лет, средний возраст составил $39,6 \pm 1,2$ лет, по стажу – в основном рабочие со стажем от 6 до 15 лет и средний стаж работы в подземных условиях – $10,9 \pm 0,8$ лет. По результатам рентгенографического исследования легких у 57 рабочих выявлены рентгенпризнаки силикоза и выявленная патология представлена следующим образом: силикоз I стадии у 50 человек, II стадии – 5 человек и у 2 – силикотуберкулез. Как видно из вышеизложенных, складывается не очень благополучная картина: преобладание с выявленной легочной патологией лиц с небольшим стажем работы, молодого возраста и что настоятельно требует это выявление первичных случаев силикоза. Также следует отметить, что среди осматриваемых выявлена группа шахтеров, у которых во время периодического медицинского осмотра не выявлено отклонений со стороны органов дыхания, однако по данным рентгенографии легких им дано заключение: “R – контроль”.

Выводы. Анализ результатов профилактических медицинских осмотров позволил разработать программу профилактики силикоза у работников горнодобывающего производства, которая включает следующие этапы: качественное проведение периодических медицинских осмотров с проведением рентгенографии легких и исследованием функции внешнего дыхания, углублённое обследование лиц с риском развития силикоза, созда-

ние регистра больных с подозрением на силикоз, медицинское наблюдение и лечение, контроль показателей качества жизни и итогом проведения программы должно явиться снижение уровня заболеваемости силикозом, показателей утраты трудоспособности, улучшение качества жизни рабочих и конечном итоге – уменьшение величины материального ущерба для предприятий и государства.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 1 ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

ТУРДИЕВ А.Т., НАЗАРМАТОВ У.Э., НАЖМИТДИНОВ Ж.Ю.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ основных эпидемиологических характеристик СД 1 типа в Республике Узбекистан (инвалидность).

Материал и методы. Объектом исследования являлась база данных на 01.01.2020. состоящий на учете инвалидов по СД 1 типа.

Результаты исследования. Общая численность инвалидов с СД 1 типа на 01.01.2020 составила 1,3 % (8,9 тыс.). Распределение мужчин/женщин: СД1 61,1%/38,9%. По мере увеличения возраста снижается доля мужчин. Количество пациентов >65 лет 0,2 тыс. (2,1% от общего количества СД1).

Распределение СД1 по областям Республики: РКК-0,28 тыс. (0,02% по сравнению ко всем инвалидам с СД) , Андижанской области-1,13тыс. (4,7%), Бухарской – 0,3 тыс.(1,15%), Кашкадарьинской 1,47 тыс. (6,1%), Навоинской – 0,23 тыс. (1,0%), Наманганской – 0,7 тыс. (2,9%), Самаркандской – 0,56 тыс. (2,3%), Сырдарьинской – 0,12 тыс. (0,5%), Сурхандарьинской – 0,34 тыс. (1,4%), Ташкентской – 0,63 тыс. (2,6%), Ферганской -0,7

тыс. (2,9%), Хорезмской областях– 0,5 тыс. (2,1%) и по г.Ташкенту – 0,65 тыс. (2,7%).

Сравнительный анализ установление инвалидности по полу дали следующие результаты: по РК-мужчины составили РКК- 53,8%, а среди женщин 46,2% по сравнению ко всем инвалидам с СД1) , по Андижанской области- 64,2/45,8; Бухарской -65,8/34,2; Кашкадарьинской 71,2/28,8; Навоинской – 62,3/37,7; Наманганской – 61,7/38,3; Самаркандской – 57,0/43,0; Сырдарьинской – 53,3/46,7; Сурхандарьинской – 61,6/38,4; Ташкентской – 54,3/45,7; Ферганской -61,7/38,3; Хорезмской областях– 70,0/30,0 и по г.Ташкенту – 49,8/50,2% соответственно.

Выводы. В Республике Узбекистан в анализируемый период 2013-2020 гг. сохраняется увеличение установление инвалидности при СД1; Преобладают среди контингента – мужчины (особенно в Кашкадарьинской, Хорезмской, Бухарской и Андижанской областях).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ГРЕБЦОВ С УЧЁТОМ СВОЙСТВ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

УСМОНАЛИЕВА Н.Ш., МАВЛЯНОВ И.Р.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей и оценка психофизиологических качеств во взаимосвязи с вегетативной нервной системой спортсменов-гребцов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 70 спортсменов по академической гребле и гребле на байдарках и каноэ в возрасте 17-38 лет. Психодиагностика проводилась с помощью методики определения силы воли в разработке Р.С. Немова, для исследования вегетативной нервной системы использовали анкету «Исследование вегетативного тонуса»

Ю.Н. Чернова. Изучение психофизиологического статуса производилось с помощью аппаратно-программного комплекса “НС-Психотест”. Методикой “Красно-чёрные таблицы Шульте-Платонова” изучался объём, переключаемость и распределение внимания. Для определения свойств нервной системы по психомоторным показателям и диагностики силы нервных процессов использовалась методика “Теппинг-тест”. Подсчет результатов производился в баллах, по сумме, которых определяли преоб-

ладание тонуса симпатической вегетативной нервной системы.

Результаты исследования. Проведенные нами исследования показали, что у 60 % обследуемых спортсменов-гребцов выявлено симпатикотония, у 10% ваготония и у 30 % смешанный тонус вегетативной нервной системы. По данным методики определения силы воли Р.С.Немова у 65 % спортсменов сумма баллов тестирования составляла от 15 до 25, это говорит о том, что характер и воля этих спортсменов считаются достаточно твердыми, а поступки в основном реалистичными и взвешенными. У 20% спортсменов общая сумма баллов составила от 26 до 38 баллов: характер и воля этих спортсменов считаются очень твердыми, а поведение – достаточно ответственными. 15% исследуемых составили спортсмены со слабой волей. Также у спортсменов с ваготонией выявлены объём, распределение и переключаемость внимания ниже среднего. Следовательно, эти обследуемые обладают пониженным уровнем раз-

вития свойств внимания, связанных с подвижностью нервных процессов и нормальным уровнем развития свойств внимания, определяемых силой и уравновешенностью нервных процессов. При определении силы нервных процессов у 36% гребцов нервная система выявлена, как сильная; 40% спортсменов-средней силы; 24% между слабой и средней. Следовательно, при слабой нервной системе утомление вследствие психического или физического напряжения возникает быстрее, чем при сильной.

Вывод. Основываясь на данные нашего исследования, мы пришли к выводу, что у спортсменов с ваготонией свойства внимания ниже среднего, при этом снижается способность анализировать ситуацию, что является фактором риска снижения работоспособности, а также спортивной результативности. Таким образом, изученные особенности психофизиологического статуса спортсмена необходимо учитывать при разработке индивидуальных тренировочных программ.

МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФАДЕЕНКО Г.Д., НЕСЕН А.А., ЯРЫНА Н.А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель исследования. Определить возможность усовершенствования менеджмента в сфере профилактики и лечения хронических неинфекционных заболеваний.

Материал и методы. Научно-информационные, математико-статистические.

Результаты исследования. Формальные факторы риска ХНИЗ распределяются по классам: климатические и природные (загрязненность воды, грунтов, воздуха и т.д.); социально-экономические (глобализация; урбанизация; военные конфликты; старение населения; уровень доходов; образование и т.д.); профессиональные (канцерогены, пыль, вибрация, шум и т.д.); кардиометаболические (повышенное артериальное давление и уровень глюкозы, несбалансированная масса тела, снижение скорости клубочковой фильтрации, дислипидемия, инсульт, инфаркт миокарда, сердечная и почечная недостаточность и т.д.); поведенческие (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, наркозависимость и т.д.). Если принять во внимание сугубо медицинские аспекты, то наибольшей модификации при ХНИЗ требуют кардиометаболические и поведенческие факторы риска. В Украине менеджмент в сфере профилактики и лечения ХНИЗ требует наибо́льшего существенного усовершенствования, особенно с учетом проблемы коморбидности (мультиморбидности), дальнейшего катастрофического ухудшения демографической

ситуации (негативная диспропорция показателей смертности/рождаемости и старение нации). На протяжении многих лет специалистами ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» проводятся Всеукраинские выездные терапевтические школы, в которых уже приняли участие более 23000 специалистов практического здравоохранения со всех областей Украины. Выездные школы терапевтов позволяют обмениваться опытом и расширять знания относительно новейших диагностико-терапевтических методов и методов профилактики ХНИЗ. Для врачей первичного и вторичного звена здравоохранения, для специалистов широкого профиля рекомендуются для внедрения научные разработки Института терапии (методические рекомендации, информационные письма, нововведения).

Выводы. Социально-экономические потери от хронических неинфекционных заболеваний и их мультиморбидности (особенно, кардиоренальной) оказывают масштабное негативное влияние на экономику страны, что требует немедленного решения этой сложнейшей проблемы. Усовершенствование менеджмента мультиморбидностью хронических неинфекционных заболеваний может осуществляться за счет максимальной модификации факторов риска. Все аспекты должны рассматриваться в контексте вхождения государств в международное безопасное пространство и общечеловеческих интересов.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ХАМРАЕВ А. А., САЛИМОВА Н.Д., САЛАЕВА М.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение преморбидного фона и наиболее часто встречающихся факторов риска, их значимости в развитии хронического гастрита и гастродуоденальной патологии у подростков.

Материал и методы исследования. для решения этой задачи мы проанализировали возрастную и половую состав больных. Оказалось, что больных хроническим гастритом без эрозий и с эрозиями в возрасте от 15 лет было госпитализировано в стационар в 2 раза больше, чем в другом возрасте. В то же время в этих группах подростков мы не заметили существенного преобладания мальчиков. Антенатальный и пренатальный периоды жизни наблюдаемых больных без существенных различий в сопоставляемых группах были отягощены наличием хронических заболеваний у отца и матери, анемией у беременной женщины, отрицательными психоэмоциональными воздействиями во время беременности. Наряду с этим у подростков с хронической гастродуоденальной патологией статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлялся отягощенный акушерский анамнез; у подростков с хроническим гастритом без эрозий и эрозивным – патологическое течение родов ($p < 0,05$), гипоксия в родах ($p < 0,05$); у больных хроническим гастритом с эрозиями – перинатальное повреждение ЦНС ($p < 0,05$). Наличие железодефицитной анемии являлось отрицательным преморбидным фактором для развития всех клинических вариантов гастродуоденальной патологии (хронического гастрита

без эрозий и с эрозиями). У подростков с аллергическим дерматитом, гипотрофией I-II ст. был наиболее высокий риск (OR-1,4 и OR-1,9) развития эрозивного хронического гастрита. Обратил на себя внимание такой преморбидный фактор, как дисбактериоз кишечника: он выявлялся почти у всех подростков с хроническим гастритом без эрозий (84,5% и 85,8% соответственно) и несколько реже (66,7%) у больных с хроническим гастритом с эрозиями.

Наиболее значимыми для развития хронического гастрита без эрозий оказались кишечные инфекции, острый гастрит и хроническая ЛОР-патология. Пристального внимания со стороны врачей требует оценка психосоциальных факторов, окружающих подростка, имеющих непосредственное отношение к возникновению гастродуоденальной патологии. Наиболее значимым оказался такой негативный фактор, как наказание ребенка (OR-2,4).

Выводы. Хронический гастрит развивается на фоне многофакторного воздействия неблагоприятных антен- и перинатального периодов (OR-1,8), семейной предрасположенности (OR-1,8), нерационального питания (OR-1,8), частой заболеваемости, связанной с этим повторной антибиотикотерапии и приема жаропонижающих средств (НПВП) (OR-1,6); рецидивирующих вирусных и острых кишечных инфекций (OR-2,1), хронической ЛОР-патологии (OR-2,1), глистно-паразитарной инвазии (OR-2,1); неполноценного питания и неблагоприятного психосоциального окружения (OR-1,8).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НАРУЖНОГО ДЕЙСТВИЯ ИЗ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЧЕРЕДЫ ТРЕХРАЗДЕЛЬНОЙ НА ГИДРОФОБНОЙ ОСНОВЕ

ХАТАМОВ Х.М., СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение нового противоаллергического препарата наружного действия 1% мази из густого экстракта череды трехраздельной на гидрофобной основе.

Материал и методы. Для проведения эксперимента использовали 18 морских свинок массой 300-400 гр. которых разделили на 3 группы по 6 животных в каждой. 1- группа (контрольная группа)- эта группа никакие препараты не принимала; 2-группа 1 % мазь густого экстракта череды трехраздельной изготовленная на местной гидрофобной основе; 3-группа псило-бальзам (антигистаминный препарат);

Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг сенсибилизации создавали на участке спины площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстной покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонного раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена на третий день эксперимента начали наносить н дозу мази 1 раз в сутки течения 11 дней.

Тяжесть воспалительных проявлений кожи визуально оценивали в баллах: 0-отсутствие реакции; 0,5-проявление изолированных красных пятен; 1-диффузная умеренная гиперемия; 2-четкая гиперемия и отечность; 3-резкое покраснение и значительной отек; 4-образование геморрагической корки; 5-образование обширных язв.

Результаты исследования. Проявления контактного аллергического дерматита развивались постепенно, и в 1- группе, максимальное развитие аллергического воспаления достигалось на 3-день (1-день 0,6±0,1 балла, 3-день 4,6±0,2 балла), и этот процесс до 11 дня почти не изменился (5-день 4,3±0,3 балла, 7-день 4,4±0,4 балла, 9-день 4,0±0,4 балла, 11-день 4,0±0,4 балл).

На коже животных 2-группы в 1-день наблюдались ограниченные друг от друга красноватые пятна и слегка диффузная гиперемия, оцененная в среднем 0,6±0,1 балла. К 3-дню сформировалась четкая гиперемия, отеки, геморрагические корки со средним 4,2±0,3 балла. На 5-й день на коже животных появилось покраснение, отек, геморрагическая корка и язва со средней оценкой 4,6±0,3 балла. К 7-му дню эксперимента наблюдались красноватые пятна, отек немного уменьшился, геморрагическая корка начала заживать, и средний балл составил 4,0±0,2. К 9-дню покраснение и припухлость кожи уменьшились, и средний балл был 2,9±0,2 и с этого дня показатели начали достоверно снижаться со сравнением контрольной группы и 11-дню составил в среднем 1,9±0,2 балла. У животных 3-группы, на 1-день были обнаружены покраснение и незначительная гиперемия, в среднем 1,1±0,2 балла. На 3-день процесс был острым, с покраснением, отеком, геморрагическими корками и язвами, в среднем 4,8±0,1 балла. На 5-день процесс был слегка ослаблен, с явной гиперемией, отеком, сильным покраснением и геморрагической коркой и небольшой язвой, оцениваемой в 4,1±0,3 балла. К 7-дню наблюдения состояние кожи улучшилось, были обнаружены легкая диффузная гиперемия, явная гиперемия, сопровождался отек и сильным покраснением, что в среднем составило 3,3±0,3 балла и к 9-дню 2,3±0,2 балла и 11-дню со средним баллом 1,7±0,3.

Вывод. Таким образом, было установлено, что применение 1 % мази густого экстракта череды трехраздельной изготовленной на местной гидрофобной основе, при лечении контактного аллергического дерматита в эксперименте не уступает по своей эффективности антигистаминному препарату псило-бальзам.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ МАЗИ С ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕЛЕСТОДЕРМ В

ХАТАМОВ Х.М., СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительное изучение нового противоаллергического препарата в виде 1% мази из густого экстракта череды трехраздельной на гидрофобной основе для наружного применения с глюкокортикостероидным препаратом целестодерм В.

Материал и методы. Для проведения эксперимента использовали 18 морских свинок массой 300-400 гр. которых разделили на 3 группы по 6 животных в каждой. 1 группа – интактный контроль; 2-группа наносили 1 % мазь густого экстракта череды трехраздельной изготовленной на местной гидрофобной основе; 3 группа – наносили мазь целестодерм В. Вышеуказанные мази наносились 1 раз в день в течение 11 дней. За развитием дерматита наблюдали в динамике на 1,3,5,7,9 и 11-й дни.

Аллергический контактный дерматит (АКД) вызывали двухкратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках массой 300-400 гр по методу Е.Я. Ивлевой и П.М. Залкан (1965). Очаг sensibilization создавали на участке спины площадью 3х3 см² с которого предварительно удаляли шерстную покров. ДНХБ наносили на участок кожи в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Животным с АКД через сутки после второй аппликации аллергена наносили текущую дозу мази.

Тяжесть воспалительных проявлений кожи визуально оценивали в баллах: 0-отсутствие реакции; 0,5-проявление изолированных красных пятен; 1-диффузная умеренная гиперемия; 2-четкая гиперемия и отечность; 3-резкое покраснение и значительный отек; 4-образование геморрагической корки; 5-образование обширных язв.

Результаты исследования. Проявления контактного аллергического дерматита развивались постепенно, и в 1- группе, максимальное развитие аллергического воспаления достигалось на 3-день (1-день 0,6±0,1 балла, 3-день 4,6±0,2 балла), и этот процесс до 11-дня почти не изменился

(5-день 4,3±0,3 балла, 7-день 4,4±0,4 балла, 9-день 4,0±0,4 балла, 11-день 4,0±0,4 балла).

На коже животных 2-группы в 1-день наблюдались ограниченные друг от друга красноватые пятна и слегка диффузная гиперемия, оцененная в среднем 0,6±0,1 балла. К 3-дню сформировалась четкая гиперемия, отеки, геморрагические корки со средним 4,2±0,3 балла. На 5-й день на коже животных появилось покраснение, отек, геморрагическая корка и язва со средней оценкой в 4,6±0,3 балла. К 7-му дню эксперимента наблюдались красноватые пятна, отек немного уменьшился, геморрагическая корка начала заживать, и средний балл составил 4,0±0,2. К 9-дню покраснение и припухлость кожи уменьшились, и средний балл был 2,9±0,2 и с этого дня показатели начали достоверно снижаться по сравнению с контрольной группой и к 11 дню составил в среднем 1,9±0,2 балла.

В 3-группе животных на 1-день эксперимента, отмечались ограниченные красные пятна и гиперемия, которые были оценены в 0,7±0,1 балла. К 3-му дню было выявлено острое покраснение, отек и у некоторых геморрагические корки и незначительные язвы, которые в среднем составили 4,7±0,2 балла. На 5-день нашего эксперимента у некоторых животных наблюдались гиперемия и отек, у некоторых – покраснение и отечность, геморрагические корки и небольшие раны, в среднем 4,5±0,2 балла. К 7-му дню аллергическое воспаление на коже животных улучшилось, с небольшой гиперемией, отеком, у некоторых с сильным покраснением, геморрагической коркой, в среднем 3,2±0,2 балла. С этого дня показатели достоверно начали уменьшаться со сравнением контрольной группы и показатели 9-дня оценены в среднем 2,4±0,2, и на 11-сутки в среднем были 1,5±0,3 балла.

Вывод. При сравнительном изучении лечения контактного аллергического дерматита 1 % мазь густого экстракта череды трехраздельной на местной гидрофобной основе по эффективности не уступает глюкокортикостероидной мази целестодерм В.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНЕМИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ШОКИРОВА Ф.Ж., СУЛЕЙМАНОВА Д.Н., БЕРДИЕВА Х.Х., САМАТОВА Л.Д., БОБОЖОНОВА Ш.Д.

Ташкентская медицинская академия, ЦКДП№2 при ГМУ при АП РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Установление этиологии факторов риска анемии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Проведено исследование общего анализа крови, показателей сывороточного железа, ферритина, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты на биохимическом ИФА анализаторе, а также анкетирование среди 30 больных с анемией в возрасте от 60 до 90 лет в ЦКДП№2 при ГМУ при АП РУз в городе Ташкент.

Результаты исследования. На основании полученных результатов дефицит железа был выявлен у 9 (30%), у 17 (57%) показатели были в пределах нормальных значений, высокие показатели ферритина отмечались у 4 (13%). Дефицит витамина В₁₂ выявлен у 5 (16%), у 24 (80%) содержание витамина В₁₂ было в

пределах нормальных значений, у 1 (4%) высокий показатель. Дефицит фолиевой кислоты установлен у 2 (7%) из 30 обследованных. У остальных 28 (93%) обследуемых показатели фолиевой кислоты были в пределах нормальных значений.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что при постановке диагноза различных форм анемий необходимо исследовать уровень сывороточного железа и ферритина, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. Это в последующем будет способствовать постановке правильного диагноза, поможет проведению дифференциального диагноза различных форм анемий, назначению этиопатогенетического лечения.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ Г. НУР-СУЛТАН

ЫСҚАҚОВА А.М., ТУРЕХАН М.А., ЕРМАХАНБЕТ Т.Е., БАТАЛОВА Б.Е., БЕКЕНОВА А.О., СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., ДЖАКСЫБАЕВА А.Х., КАЙСАРБЕКОВА А.О.

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

Цель исследования. Анализ заболеваемости от цереброваскулярной патологии: I60 Субарахноидальное кровоизлияние; I61 Внутримозговое кровоизлияние; I63 Ишемический инсульт; I64 Инсульт не уточненный как кровоизлияние или инфаркт на базе Многопрофильной Городской Больницы №1 города Нур-Султан по месяцам и сезонам года, а также в зависимости от пола и возраста, сопутствующей патологии.

Материал и методы. Проведен статистический анализ показателей заболеваемости за 2019 г. Исследованы 530 историй болезни по причине острого нарушения мозгового кровообращения (I60, I61, I63, I64).

Результаты исследования. Количество больных, поступивших за 2019г. в Инсультный центр Многопрофильной Городской Больницы №1 – 530 больных городского населения с Острым нарушением мозгового кровообращения, в возрастных категориях: от 25 до 44 лет – 28 человек (5,28%); от 45 до 59 лет – 185 человек (34,9 %) ; от 60 до 74 лет – 230 человек (43,4 %);

от 75 до 90 лет – 85 человек (16,03 %); старше 90 лет – 2 (0,39%). Мужчин составляет 310 человек (58,5%), женщин 220 (41,5%).

С ишемическим инсультом – 446 (84,15%), с внутримозговым кровоизлиянием – 77 (14,53%), с субарахноидальным кровоизлиянием – 5 (0,94%), инсульт не уточненный как кровоизлияние или инфаркт – 2 (0,38%).

В ходе исследования выяснилось, что в теплый период поступило 271 (51,13%) из них : апрель – 42 (15,5%); май – 76 (28,04%); июнь – 26 (9,6 %); июль – 20 (7,38%); август – 10 (3,69%); сентябрь – 23 (8,49%); октябрь – 74 (27,30 %). В холодный период поступило 259 (48,87%) из них : ноябрь – 64 (24,73 %); декабрь – 45 (17,37%); январь – 48 (18,53%); февраль – 52 (20,07%); март – 50 (19,30 %)

С сопутствующими заболеваниями: Сахарный диабет – 112 пациентов (21,13%), Ишемическая болезнь сердца – 76 (14,34%), Артериальная гипертензия всего 488 пациентов (92,07%) из них: 1 степени – 6 (1,23%), 2 степени – 19 (3,89%), 3 степени – 463 (94,88 %).

Выводы. Выявлено, что наибольшее количество пациентов поступило с ишемическим инсультом, чем с геморрагическим. По половому признаку у мужчин инсульт возникал чаще, чем у женщин. По возрастным категориям больше встречается у пациентов от 60–74 лет. По сезонам

чаще инсульты возникали в теплый период, из них чаще в мае. В холодный период, из них чаще в ноябре. Чаще цереброваскулярные заболевания возникали у пациентов с артериальной гипертензией 3 степени.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ

ЭГАМОВА М.Т., УСМАНХОДЖАЕВА А.А., МАТМУРОДОВ Р.Ж.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Дети инвалиды-это те дети, у которого нарушено общие физические или психические развития. Таким детям требуется выбирать особые направления обращения внимания характер психических функций. Занятия с такими детьми обязательно порядке надо соблюдать конкретные меры и приемы.

Материал и методы. Исследовано 22 интеллект сохраненные дети с церебральным параличом. Все дети разделены на 2 группы. Контрольной группе после выписке из неврологической отделения 1-ой клиники СамМИ продолжались реабилитация в домашних условиях. При этом обращалось внимание на состоянии ребенка, индивидуальные подходы на каждому ребенку, не утомлять ребенка, перерыв кратчайшие сроки, занятия при присутствии родителей. Учитывалось степени и клинические переуды заболевания. Так же обратилось внимание психологическим особенностям как, работоспособности, память механический, мышление, внимания, расторможенность, психические устойчивости.

Родители, мед.персоналы и педагоги обращались с детьми как, здоровые дети. Требовались, чтобы они не сравнивали их с здоровыми детьми, быть терпеливыми и ласковыми учитывая состоянии ребенка, по имени обращались с ребенком, не делать замечания, дать доверии ребенку, что он сможет, хвалиться чаще за каждую успешную работу, в

любом ситуации оставаться спокойными, чтобы не раздражать ребенка инвалида. Но и иметь отказать ребёнку если требование является чрезмерными. Строго соблюдая этими правилами велась реабилитация детей с церебральным параличом. Педагоги и родители вместе помогли детям ориентироваться в пространстве, умение самообслуживание, научится все необходимые навыки поведения.

Результаты исследования. Таким образом можно сделать вывод, что в реабилитации детского церебрального паралича нужен комплексный подход. Особо важен участие в нём родители больного ребенка. По результатам исследования те дети которые получили психологические поддержки от родителей, от медицинских персоналов вырабатывалось дополнительная энергия. Они начали верить в себя, радоваться жизнью, повысилась иммунитет и перестали чаще болеть разными вирусными инфекциями. Они начали конструктивными взаимоотношениями обращаться с остальными детьми. Надо упоминать, что дети инвалиды тоже такие же, как остальные сверстники. Эти дети тоже хотят играть, радоваться чувствовать любви. Но только надо им помочь принимая инклюзивные обучение с психологической поддержкой. Единственно старанием можно достигнуть максимальные положительные результаты в реабилитации психологического расстройства у детей инвалидов.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА АНТИКОАГУЛЯНТ ДАВОНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

ЭРГАШОВ Ж.И., СУЛТОНОВ Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали гломеруло-нефрит аралаш ва нефротик шакли билан касалланган беморларда антикоагулянт даво мақсадида гепарин ва ривароксабан дори воситаларини самарадорлигини солиштирма ўрганиш.

Материал ва усуллари. Илмий текшириш учун ТТА куп тармокли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 50 та нафар беморга оид клиник материаллар, лаборатория таҳлиллари ва инструментал текширувлар асос қилиб олинди. Барча беморлар шартли 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳда 28 та беморга анъанавий антикоагулянт даво сифатида гепарин берилди. 2-гуруҳда 22 та беморга эса антикоагулянт даво сифатида ривароксабан тавсия этилди. Иккала гуруҳдан даводан олдин биринчи, даводан сўнг ўнинчи кунлари умум клиник (УКТ, УСТ, Ничепоренко бўйича пешоб таҳлили) ва биохимик (мочевина, креатинин, ум оксил, АлТ, АсТ, билирубин), коагулограмма, АЧТВ, КИВ, буйрак томирлари доплерографияси текширувлари қилинди.

Тадқиқод натижалари. Тадқиқод натижасига кўра I гуруҳдаги беморлар 10 кун давомида антикоагулянт даво сифатида Sol. Гепарин 5000 ED дан тери орасига 4 маҳал т/о қилинди 10 чи кун таҳлил натижалари кўриб чиқилди. Дованинг биринчи куни пешоб умумий таҳлилида оксил— $4,7 \pm 0,9$ г/л бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни оксил— $3,1 \pm 0,5$ г/литргача пасайиши кузатилди. Бу эса протеинурияни ўн кунлик давода 1 баробарга яхшиланиши кузатилди. Кондаги мочевино микдори эса биринчи кун 11,6 ммоль/литр бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни бу кўрсаткич 10,3 ммоль/литргача тушиши

кузатилди. Даво курсидан кейин мочевино микдори 12,% камайиши кузатилди. Кондаги креатинин микдори эса даводан олдин 150 ммоль/литр бўлган бўлса, ўн кунлик даводан кейин 131 ммоль/литргача камайиши кузатилди. Бундан қуриниб турибдики ўн кунлик даводан кейин кондаги креатинин микдори 13,% яхшиланиши кузатилди. Иккинчи гуруҳимиздаги беморларга 10 кун давомида антикоагулянт даво сифатида Таб. Ривароксабан per os берилди. Даволашдан сўнг натижалар самараси биринчи гуруҳимизга нисбатан яхшилиги кузатилди. Бунг кўра дованинг биринчи куни пешоб умумий таҳлилида оксил—5,9 г/л бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни оксил—2,9 г/литргача пасайиши кузатилди. Бу эса протеинурияни ўн кунлик давода 1,8 баробарга яхшиланиши кузатилди. Қондаги мочевино микдори эса биринчи кун 12,1 ммоль/литр бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни бу кўрсаткич 9,5 ммоль/литргача тушиши кузатилди. Даво курсидан кейин мочевино микдори 22% камайиши кузатилди. Кондаги креатинин микдори эса даводан олдин 158 ммоль/литр бўлган бўлса, ўн кунлик даводан кейин 120 ммоль/литргача камайиши кузатилди. Бундан кўриниб турибдики ўн кунлик даводан кейин кондаги креатинин микдори 25,% яхшиланиши кузатилди.

Хулоса. Юкоридаги аниқланган натижаларга асосланиб сурункали гломеруло-нефрит билан касалланган беморларда антикоагулянт даво гепаринга нисбатан ривароксабан эффективлиги аниқланди, бемор учун уни қулай эканлиги ва уйда ҳам қабул қилиб юриши мумкинлиги яни коррексиялаш томондан қулайлиги, касалликни клиник белгиларини камайишига ва касалликни эрта ремиссияга тушишига катта ёрдам беради.

