

ISSN 2181-5887



THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN



O'ZBEKISTON
TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2024

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2024. №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 М.Ю. Алиахунова, д.м.н., профессор Б.А. Аляви, д.м.н., профессор А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор Л.Т. Даминова, д.м.н., профессор Ж.А. Исмаилова, д.м.н. У.К. Каюмов, д.м.н., профессор М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор Р.Д. Курбанов, д.м.н., профессор, академик АН РУз, д.м.н., профессор И.Р. Мавлянов, д.м.н., профессор Д.А. Рахимова, д.м.н., профессор А.М. Убайдуллаев, академик АН РУз, д.м.н., профессор А.В. Фозилов, д.м.н., профессор Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

Редакционный совет:

Абдуллаев Р.Б., д.м.н., профессор (Ургенч)
Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)
Арутюнов Г.П. чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
(Москва)
Ахмедов Х.С., д.м.н., профессор (Ташкент)
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)
Жаббаров О.О., д.м.н., профессор (Ташкент)
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор
(Ташкент)
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Кенжаев М.Л., д.м.н. (Ташкент)
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)
Мирахмедова Х.Т., д.м.н. (Ташкент)
Муминов К.П., д.м.н. (Ташкент)
Набиева Д.А., д.м.н. (Ташкент)
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Садыкова Г.А., д.м.н., профессор
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)
Собиров М.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Сооронбаев Т.М., д.м.н., профессор (Бишкек)
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н. (Самарканд)
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Туляганова Д.К., д.м.н. (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., профессор
(Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:
00084, Узбекистан, Ташкент, ул. Осиё 4. Научно-организационный отдел.
Тел.: (998–71) 234–30–77. Факс: (998–71) 235–30–63
E-mail: tervestuz@mail.ru
Сайт: terapevt.uz

Подписано в печать 14.09.2023. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.
Усл. п.л. 14,5. Тираж 200. Заказ № 672.

Дизайн и печать ООО «NISO NASHRIYOT VA MATBAA UYI».
Ташкентская область, Уртачирчикский район,
ССГ «Ок-ота», махалля «Машъал», дом 1.

«ICHKI KASALLIKLARINING DOLZARB MUAMMOLARI»

XALQARO TERAPEVTLAR FORUMI

TEZISLARI

2024 YIL 20–21 SENTYABR, TOSHKENT

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»

20–21 СЕНТЯБРЯ 2024 ГОДА, ТАШКЕНТ

СОДЕРЖАНИЕ

КАРДИОЛОГИЯ

SURUNKALI ISHEMIK KASALLIGI VA KOMORBID HOLATLAR MAVJUD BO'LGAN KEKSA YOSHDAGI BEMORLARDA XAVF OMILLARNI QIYOSIY BAHOLASH Abduraxmanova N.M., Xonto'rayev I.A., Murodulloyev N.A., Yoqubova T. O'.....	11
O'TKIR MIOKARD INFARKTI O'TKAZGAN YOSH BEMORLARDA PSIXOSOMATIK BUZILISHLARNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI Bekmetova F.M., Doniyorov Sh.N., Usmonova N.A., Tursunova N.B., Abdullayeva S.Y., Valiyeva B.Sh., Karimov B.S.....	11
SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI ETIOLOGIYASIGA KO'RA XUSUSIYATLARI Gadayev A.G., Murodulloyev N.A., Xonto'rayev I.A.....	12
SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BILAN ASORATLANGAN BEMORLARDA BUYRAKLAR FUNKSIONAL HOLATI Kodirova Sh.A.....	12
SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGIDA BUYRAKLAR ZARARLANISHI Xodjanova Sh.I.	13
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Абдуллаев А.Х., Орзиев Д.О., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н.....	14
ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ Абидова Д.А.	15
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Холов С.С., Рузметова Ф.А., Юнусова Л.И.	15
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА T-786С ГЕНА РЕГУЛЯТОРА NO-СИНТАЗЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ Закирова Г.А., Бобоев К.Т., Машарипова Д.Р., Каримова С.А., Мирзаев Р.Х.....	16
К МОРФОГЕНЕЗУ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ Ибрагимов А.Ю., Максумова М.Г., Зиямухамедова М.М.....	17
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА Ибрагимов А.Ю., Максумова М.Г., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.	18
ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Исламова М.С., Сабиров М.А., Ахмеджанова З.И.....	18
СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Кдирбаева Ф.Р.....	19
ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Кенжаев С.Р.....	20
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Кодирова Ш.С. Неъматуллаева М. Л.....	20
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Кодирова Ш.С.....	21
ВЛИЯНИЕ ИНКЛИСИРАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Аляви А.Л., Латипов Н.М., Убайдуллаева Ш.М.	22
ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЯ АЭРОБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Машарипова Д.Р., Закирова Г.А., Тагаева Д.Р., Садиева З.А.	22
ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА Назарова Г.А., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Хан Т.А.....	23
ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА Назарова Г.А., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Хан Т.А.	24
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ЕЕ КОРРЕЛЯЦИЯ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА Раджабова Д.И., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Азизов Ш.И., Каюмов Н.У.	24

ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА Раджабова Д.И., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Якубов М.М., Юнусова Л.И.	25
КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИНОЗ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА Алиева Р.Б., Курбанова Б.Г., Ким А.Р., Кан Л.Э., Шек А.Б.	26
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРАЛДАР БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ЗАХИРАСИНИ БАҲОЛАШ Турақулов Р.И., Қурбонов Ш.Т., Рустамов А.И.	27
МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРАЛДАРДА ТЎСАТДАН АРИТМИК ЎЛИМ НОИНВАЗИВ ХАТАР ОМИЛЛАРИ ТАРҚАЛИШИ Турсунов Э.Я., Холмуродов Ш.Ш., Рахимов П.У.	27
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Уразалина С.Ж., Нургалиева Г.К., Байбориева Д.Е., Тасырова С.Т.	28
МИТРАЛ ҚОПҚОҒИ КРИТИК СТЕНОЗИНИНГ ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БАЛЛОН ВАЛВУЛОПЛАСТИКАСИ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ Хайдаров М.И.	29
КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ СТЕНТОВ (СТЕНТЫ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ – DES И САМОРАССАСЫВАЮЩИЕСЯ КАРКАСЫ – BVS) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ИБС Холикулов С.Ш., Эшпулатов А.С., Пирманов Ш.В., Юлдошев Н.П.	29
ADHERENCE TO ANTITHROMBOTIC DRUGS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE Khodjanova Sh.I.	30
IMPACT OF ROSUVASTATIN DOSAGE ON MYOCARDIAL STRAIN AND LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS POST-PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION Ubaydullaeva Sh.M., Alyavi B.A., Latipov F.F.	30

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ Абдуллаев А.Х., Маткомиллов Ж.А., Арипов Б.С.	31
СОСТОЯНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Арипов Б.С., Муминов Д.К.	32
НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Арипов Б.С., Муминов Д.К.	32
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ, ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Арипов Б.С., Рахимова Д.А.	33
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Арипов Б.С., Рахимова Д.А., Аляви А.Л.	34
АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Арипов Б.С., Аляви А.Л., Рахимова Д.А.	34
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Арипов Б.С., Рахимова Д.А.	35
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ Атаходжаева Г.А., Рузиева Х.О.	35
СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ Атаходжаева Г.А., Рузиева Х.О.	36
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ Атаходжаева Г.А., Рузиева Х.О.	37
УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Жураева З.Р., Ахмеджанова З.И.	37
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РИСКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ ПРИЧИН ХОБЛ Кутлимуратова М. Г. Кенжаев М. Л., Мухамедова М.М.	38
ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ ТАҲЛИЛИ Кутлимуратова М. Г. Кенжаев М. Л., Мухамедова М.М.	38

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Рахимова Д.А., Арипов Б.С., Муминов Д.К.	39
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Нуритдинова С.К., Атаходжаева Г.А.	39
НАРУШЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Рахимова Д.А., Аляви Б.А., Арипов Б.С., Муминов Д.К.	40
ВЫБОР РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Салаева М.С., Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Арзикулов И.Т.	41
КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ Сугралиев А.Б. ¹ , Актаева Ш.С. ² , Кусымжанова Ж.М. ² , Абилхас А.А. ²	41
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЛЁГКИХ Уринов О.	42
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ЛЁГКИХ СРЕДИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Уринов О.	43

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫХ МАЛТ-ЛИМФОМЫ И РАКА ЖЕЛУДКА Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А.	44
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А.	45
ЭОЗИНОФИЛЛИ ЭЗОФАГИТНИНГ МОРФОЛОГИК КЎРИНИШЛАРИНИ ЎРГАНИШ Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А.	46
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ Каримов М.М., Хамраев А.А., Собирова Г.Н.	46
ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА Каримов М.М., Дустмухамедова Э.Х., Каримова Д.К.	47
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГАСТРИТОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ Каримов М.М., Дустмухамедова Э.Х., Каримова Д.К.	48
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ. Каримова Д.К., Исмаилова Ж.А. Каримов М.М.	48
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Хамрабаева Ф.И.	49
К ВОПРОСУ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Хамрабаева Ф.И.	49
FEATURES OF THE COURSE OF FUNCTIONAL DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN JUNIOR WRESTLERS Abdulkhaeva D.R.	50
TREATMENT OF THE METABOLIC-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME Sobirova G.N., Saidrasulova G.B., Karimov M.M.	51

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

SEMİZLIK VA ARTERIAL GİPERTENZIYA BİLAN OG'RIGAN BEMORLARDA BUYRAKLARNING FUNKTSİONAL HOLATINI BAHOLASH Daminova B.T., Ernazarova M.M.	52
JAK 1 SELEKTİV İNGİBİTORİNING REVMAİDİD ARTRİT KASALLİGİNİNG TURLI KLİNİK-RENTGENOLOGİK BOSQİCHLARİGA TA'SİRİ Muxammadiyeva S.M., Miraxmedova H.X.	53
БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИ СТАТИНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ ОРҚАЛИ ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШ Сайитхонов С.М.	53
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЭЛЕКТРОЛИТЛАР МУВОЗАНАТИНИ ЎЗГАРИШИ Сайитхонов С.М.	54

О КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДОРСАЛГИЯХ Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Расулев Е.Э., Хан Т.А.	55
ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИДА ЭКСТРОКОРПОРАЛ ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Абдуллаева Х.А. Сабилов М.А.	56
ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНΙΑ ЭПИЗОДЛАРИНИНГ ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИКЛАРИДА УЧРАШИ Абдуллаева Х.А.	56
ЭКСТРОКОРПОРАЛ ТЕРАПИЯ ФОНИДА РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИНИНГ ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ Абдуллаев И.Ж., Умаров О.М.	57
РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНΙΑ ЭПИЗОДЛАРИ Абдуллаев И.Ж., Умаров О.М.	57
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ Алиахунова М.Ю.	58
РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАННИХ СТАДИЙ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ Алиахунова М.Ю.	59
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭМП УВЧ И СВЧ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Алиахунова М.Ю.	60
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА РАННИХ СТАДИЯХ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ Алиахунова М.Ю.	61
ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ Асрарова З.Д., Нигмонов Б.Б.	61
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Асрарова З.Д., Даминова К.М.	62
ИНФЕКЦИЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ Ганиева Н.А., Мухиддинова С.М., Джуроева Э.Р.	63
СВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Даминова К.М., Асрарова З.Д.	63
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА Джуроева Э.Р., Зияева Ф.К.	64
ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Джуроева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.	64
ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ МАРКЕРЛАРИНИНГ МАНЗАРАСИ Дўсқобилова З.Б.	65
ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ ҲОЛАТИ Дўсқобилова З.Б.	66
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА Leu28Pro ГЕНА APOE и A1u1ns/Del1>D ГЕНА ACE ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА Жаббаров О.О., Хужаниязова Н.К., Турсунова Л.Д.	67
ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Зияева Ф.К., Джуроева Э.Р.	67
КОРРЕКЦИЯ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Ибрагимов А.Ю., Мусаева Ш.З., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.	68
ОЦЕНКА ПОЛЬЗЫ И РИСКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИЕЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК IIIБ-V СТАДИИ Игамбердиева Р.Ш.	69
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК IIIБ-V СТАДИИ Игамбердиева Р.Ш.	70
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ФЕТУИН-А БИОМАРКЕРИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ Йулдошев Т. Р.	70
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАЛИЗГАЧА БЎЛГАН ДАВРИДА ТОМИРЛАР КАЛЬЦИФИКАЦИЯСИНИНГ МАНЗАРАСИ Йулдошев Т. Р.	71
РАЗЛИЧИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Киреев В.В., Хатамов Х.М., Суяров А.А.	71

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Мамасиддикова С.Б., Хидоятова М.Р., Мирхамидов М.В., Мамасиддилов А.А.	72
АУТОИММУННЫЕ КРИЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Мусаева Ш.З., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Зиямухамедова М.М.	72
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА С УЧЕТОМ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ Набиева Д.А., Ташпулатова М.М.	73
СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ Нишонова Н.И., Алиахунова М.Ю.	74
ИЗУЧЕНИЕ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С ОСТЕОПОРОЗОМ Нишонова Н.И., Алиахунова М.Ю.	75
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Рустамова М.Т., Сарыбаева Г.К., Хайруллаева С.С., Солихов Б.	76
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Рустамова М.Т., Сарыбаева Г.К.	76
РАЗЛИЧИЯ ХАРАКТЕРА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ И МЕТОТРЕКСАТУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ Суяров А.А., Киреев В.В., Хатамов Х.М.	77
РАЗЛИЧИЯ ХАРАКТЕРА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ И МЕТОТРЕКСАТУ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Суяров А.А., Киреев В.В., Хатамов Х.М.	78
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	79
РАЗЛИЧИЯ КЛЕТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНОМ ВАРИАНТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Хатамов Х.М., Киреев В.В., Суяров А.А., Абдурахимов И.И.	79
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ Эрназарова М.М., Даминов Б.Т.	80
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА МЕТАБОЛИК ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҚСИМЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Даминов Б.Т., Эрназарова М.М.	81
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА ГЕНЕТИК ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҚСИМЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Даминов Б.Т., Эрназарова М.М.	82
ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШНИНГ СУБЪЕКТИВ УСУЛЛАРИ Эшонов Ш.Н., Даминова К.М.	82
ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА НОАНЪАНАВИЙ ОМИЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ Эшонов Ш.Н., Даминова К.М.	83
ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS Islamova M.S., Sabirov M.A., Akhmedzhanova Z.I.	84
CARDIORENAL SYNDROME OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 Jabbarov O.O., Tursunova L.D., Khujaniyazova N.K.	84
RHEUMATOID FACTORS AND ANTIBODIES TO CITRULLINATED PROTEINS IN THE LABORATORY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS Mukhammadieva S.M., Mirakhmedova H.X.	85
EFFECT OF PREVIOUS CORONAVIRUS INFECTION ON CLINICAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS Rakhimova M.B., Akhmedov Kh.S., Abdurakhimova L.A.	86
THE ROLE OF BETA-2-MICROGLOBULIN IN CHRONIC KIDNEY DISEASE Tursunova L.D., Jabbarov O.O.	86
РАЗНОЕ	
YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI ANIQLASH UCHUN MASHINANI O'RGANISH VA KOMPYUTER KO'RISH QOBILİYATIDAN FOYDALANISH Akramov R.M.	88
ARTERIAL GIPERTENZIYA VA QANDLI DIABETLI BEMORLARDA QON BOSIMINI SUTKALIK PROFILINING O'ZIGA XOSLIGI Alimova S.R., Srojidina N.Z.	88

TIREODIT O'ZGARISHLARNI KO'KRAK BEZI SARATONIDA O'RGANISH NATIJALARI Azimova M.A., Nasirova X.K.	89
ARTERIAL GIPERTENZIYA PROFILAKTIKASINING TURLI AHOLI GURUHLARIDA KUCHAYTIRISH JIHATLARI Kalandarov D.M., Mamasoliyev N.S., Nishonova N.A., Mamasoliyev Z.N.	89
QANDLI DIABET VA O'PKA SILI BILAN KASALLANGAN AHOLIDA HAZM A'ZOLARI TIZIMI KASALLIKLARI UCHRASH CHASTOTALARI Kurbonova R.R., Mamasoliyev N.S., Kuchkorova M.F., Mamasoliyeva Sh.A.	90
QISHLOQ POPULATSIYASIDA GIPODINAMIYANI XATAR OMIL SIFATIDA TAVSIFI Kurbonova R.R., Mamasoliyev N.S., Abduraxmonov B.M., Mamasoliyeva Sh.A.	90
FERMERLIK FAOLIYATI BILAN SHUG'ULLANUVCHI AHOLI ORASIDA ARTERIAL GIPERTENZIYANING IJTIMOY OMILLARI Mamasoliev N.S., Nishonova N.A., Mamasoliyeva Sh.A., Kalandarov D.M.	91
IZOLIRLANGAN SISTOLIK ARTERIAL GIPERTONIYANING FERMERLIK FAOLIYATI BILAN SHUG'ULLANUVCHI AHOLI ORASIDA EPIDEMIOLOGIK TAFSILOTLARI Mamasoliyev N.S., Nishonova N.A., Mamasoliyeva Sh.A., Kurbonova R.R.	91
COVID-19 KASALLINING JIGARDAGI ASORATLARI Mamasoliyev Z.N., Mamasaliyev N.S., Mamarasulova D.Z., Soipova G.	92
FERMERLIK BILAN SHUG'ULLANUVCHI POPULYATSIYADA ARTERIAL GIPERTONIYANI KOMORBIDLIK TARQALISHI VA YOSHGA BOG'LIQ JIXATLARI Nishonova N.A., Mamasoliyev N.S., Usmonov B.U., Qalandarov D.M.	92
ARTERIAL GIPOTONIYANING ZAMONAVIY EPIDEMIOLOGIK-KLINIK XUSUSIYATLARI (ANDIJON POPULATSIYASI MISOLIDA) Tursunov J.X., Mamasoliev N.S., Tursunov X.X., Qurbonova R.R.	93
AYOLLAR POPULATSIYASIDA ARTERIAL GIPOTONIYANING ANIQLANISHI XUSUSIYATLARI Tursunov X.X., Mamasoliyev N.S., Tursunov J.X., Qurbonova R.R.	94
FARG'ONA VODIYSI AHOLISI ORASIDA QIZILO'NGACH SARATONINING BOSQICHIGA KO'RA ANIQLANISH VA O'LIM STATISTIKASI Zulunov A.T., Mamasoliev N.S., Mamarasulova D.Z., Kalandarov M.	94
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО СУРФАКТАНТНОГО ПРОТЕИНА D, ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ Абдуллаева Г. Б., Авдеев С.Н., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.	95
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Аминова Н.Н.	96
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ COVID-19 В РАННИЕ СРОКИ Базарова С.А., Назирова М.Х.	97
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ COVID-19 ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Базарова С.А., Назирова М.Х.	98
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА ЖИГАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ Бафоева З.О., Собирова Г.Н., Усманходжаева А.А., Каримов М.М.	98
ПОСТКОВИД АСОРАТЛИ БЕМОЛЛАРДА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИНГ ЎРНИ Бафоева З.О., Собирова Г.Н., Жумаева Г.А., Улмасбеков А.К., Каримов М.М.	99
ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ Валижанова З.И.	100
РАЗВИТИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ Дадабаева З.И., Дадабаев Э.В., Шокиров Ш.Т., Бакиров Г.З., Фозилов А.В., Аляви Б.А.	100
ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ У БОЛЬНОЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ В УЗБЕКИСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Даминов Б.Т., Сабиров М.А., Хатамов Э.А., Азизов С.К., Шарапов О.Н., Султонов Н.Н.	101
СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО Жанабаева Г.У., Ахмеджанова З.И., Палуаниязова Э.М.	102
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ Захидова М.У.	103
АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ Захидова М.У.	104
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА МЕДИКАМЕНТОЗ РЕАБИЛИТАЦИЯДАН КЕЙИНГИ, ЦИТОЛИТИК КЎРСАТКИЧЛАР ДИНАМИКАСИ Каримов М.М., Собирова Г.Н., Бафоева З.О., Мухиддинова Ф.М., Туляганова Ш.Р.	105

НАФАС МАШҚЛАРИНИНГ ПОСТКОВИД АСОРАТЛИ БЕМОЛЛАРДА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Каримов М.М., Бафоева З.О., Собирова Г.Н., Дёмин Н.А.	106
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЯ Кодирова Ш.А.	106
ЗНАЧЕНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ Нуралиева Д.М., Киреев В.В., Мухамедова М.Г.	107
ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ ЮРАК РЕМОДЕЛИНГИГА ТАЪСИРИ Саидакбарова Ф.Т., Срождинова Н.З.	108
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАР ОРАСИДА ТУРЛИ ОРГАН ВА СИСТЕМА КАСАЛЛИКЛАРИ УЧРАШИНИ СТАТИСТИК ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ Собирова Г.Н., Бафоева З.О., Насимов Р.Х., Тажибаев А.А.	109
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА ЖИГАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ Собирова Г.Н., Бафоева З.О., Каримов М.М., Узаков Ж.К., Муминова З.А.	110
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЛЕОГЛИЦИРФЛОМ ПРИ ТЕРАПИИ COVID-19 Турсунова М.Х., Аминов С.Д.	110
ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БЕМОЛЛАРИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИ ИНГИБИТОРЛАРИНИНГ БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШ МАРКЁРЛАРИГА ТАЪСИРИ Узакова Н.И.	111
ДИАБЕТ ГЕНЕЗЛИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИНИНГ МАКСИМАЛ СИСТОЛИК ТЕЗЛИККА ТАЪСИРИ Узакова Н.И.	112
НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА Урунова Д.М., Ахмеджанова З.И., Ахмеджанов Р.И.	113
БИОХИМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ ТРЕНИРОВАННОСТИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА АТЛЕТА Усманова Л.Н.	113
О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ Халмирзаев Ш., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Худайбердыев Х.Ф.	114
ФРАГМЕНТАЦИЯ МАССИВНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОТАЦИОННОГО КАТЕТЕРА «PIGTAIL» Холикулов С.Ш., Вафоев М.А., Пирманов Ш.В., Юлдошев Н.П.	115
CHARACTERISTICAL TRAITS OF THE MINERAL METABOLISM OF BONES IN GOUTY WOMEN Tashpulatova M.M., Nabieva D.A.	116
CHARACTERISTICAL TRAITS OF THE MINERAL METABOLISM OF BONES IN GOUTY WOMEN Tashpulatova M.M., Nabieva D.A.	116

SURUNKALI ISHEMIK KASALLIGI VA KOMORBID HOLATLAR MAVJUD BO'LGAN KEKSA YOSHDAGI BEMORLARDA XAVF OMILLARNI QIYOSIY BAHOLASH

ABDURAXMANOVA N.M., XONTO'RAYEV I.A., MURODULLOYEV N.A., YOQUBOVA T. O'.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Bo'lmachalar fibrillatsiyasi mavjud surunkali yurak ishemik kasalligi va komorbid holatlari bor bo'lgan keksa yoshdagi bemorlarda xavf omillarini qiyosiy baholash.

Material va usullari. Qo'yilgan maqsadga erishish uchun 2024-yilda Milliy tibbiyot markazining «Kardiologiya», «Kardioreanimatsiya» va «Kardioreabilitatsiya» bo'limlarida davolangan bemorlarning kasallik tarixlari ko'rib chiqilib, BF mavjud bo'lgan 36 ta bemorlarning kasallik tarixlari ajratib olinib, komorbid holatlari mavjudligiga ko'ra asosiy va nazorat guruhlariga ajratilib tahlil qilindi. Asosiy guruhda 18 nafar bemorlardan 10 tasida qandli diabet (50%), 9 nafarida semizlik (45%), qolgan 4 nafarida BMQAO'B (20%) tashkil etdi. Nazorat guruhida 18 nafar YuIK, BF mavjud, lekin komorbid holatlar bo'lmagan bemorlar tanlab olindi. Bemorlarning yoshi 55 dan 69 gacha bo'lib, o'rtacha 62 ± 7 ni tashkil etdi. Ularning 16 (44,44%) nafarsi erkak va 20 (55,55%) nafarsi ayollar tashkil etdi.

Tadqiqot natijalari. Natijalar shuni ko'rsatdiki, bemorlarda komorbid kasalliklar mavjud bo'lgan

I-guruhda bemorlar II-guruhdagi bemorlarga qaraganda ko'proq xavf omillariga ega ($p < 0,001$): I guruhda to'qqizta bemorda 4, yettita bemorda 3 va ikkitasida 2 ta xavf omili bor edi. II guruhda beshta bemorda 2 ta, o'n bir bemorda 1 ta xavf omili, ikkita bemorda esa xavf omillari yo'q edi. Bemorlar anamnezida aniqlangan ma'lumotlarga asoslangan holda I guruh bemorlarda II guruh bemorlarga nisbatan CHA_2DS_2-VASc va $HAS-BLED$ shkalalardagi ko'rsatkich birliklari ham yuqori ekanligi aniqlandi ($p < 0,05$).

Xulosa. Olingan ma'lumotlardan xulosa qilsak, bo'lmachalar fibrillatsiyasi yurak ishemik kasalligi bilan og'riqan, anamnezida qandli diabet, semizlik hamda zararli odatlari mavjud bo'lgan va bosh miya insultlari o'tkazgan katta yoshdagi bemorlarda komorbid holatlari mavjud bo'lmagan bemorlarga nisbatan ko'proq kuzatilishi aniqlandi. Xavf guruhlari ko'proq bo'lgan bemorlarda nafaqat komorbid holatlar ko'p uchrashadi, balki ularda qon ketish va tromboembolik asoratlari kelib chiqishi xavfi ham yuqori ekanligi aniqlandi.

O'TKIR MIOKARD INFARKTI O'TKAZGAN YOSH BEMORLARDA PSIXOSOMATIK BUZILISHLARNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

BEKMETOVA F.M., DONIYOROV SH.N., USMONOVA N.A., TURSUNOVA N.B., ABDULLAYEVA S.Y., VALIYEVA B.SH., KARIMOV B.S.

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. O'tkir miokard infarkti o'tkazgan yosh bemorlarda psixosomatik buzilishlarning o'ziga xos xususiyatlarini aniqlashdan iborat.

Material va usullari. Tadqiqotga Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi reanimatsiya bo'limiga Q tishli o'tkir miokard infarkti bilan tushgan 23 ta bemorlar kiritildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $41 \pm 5,9$ yoshni tashkil qildi. Barcha bemorlarda psixosomatik buzilishlar (xavotir va depressiya) va uning darajasini aniqlash uchun HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) so'rovnoma foydalanildi. Test 14 ta savoldan iborat bo'lib, 7 ta savol xavotir darajasini aniqlash uchun

va 7 ta savol depressiya darajasini aniqlash uchun ishlatildi (Zigmond A.S. va Snaith R.P., 1983-yil). 0–7 ball natijasi xavotir va depressiyaning aniq belgilari yo'qligi, 8–10 ball subklinik tarzda ifodalangan xavotir / depressiya, 11 ball va undan yuqori ball klinik jihatdan og'ir xavotir / depressiya sifatida baholandi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot uchun olingan jami 23 nafar bemorlarning 13 (56,5%) nafarida turli darajadagi xavotir aniqlandi va o'rtacha ball $12,1 \pm 3,2$ ni tashkil etdi; qolgan 10 (43,4%) nafar bemorda esa depressiya aniqlandi va o'rtacha ball $10,4 \pm 1,8$ ni tashkil etdi ($p = 0,6$).

Xulosalar. Q tishli o'tkir miokard infarkti tashxisi bilan reanimatsiya bo'limiga tushgan yosh bemorlarda

psixosomatik buzilishlarning xavotir ko'rinishi depressiyaga nisbatan ko'proq (56,5%) uchraganligi aniqlandi. Shu bilan birga klinik kechishi bo'yicha (ball bo'yicha) xavotirning kechishi og'ir darajada ekanligi

aniqlandi. Bu esa o'z navbatida kasalxonaga murojaat qilgan yosh bemorlarda psixologik o'zgarishlarni o'tkir miokard infarkti rivojlanishida muhim ahamiyatga ega ekanligini ifodalaydi.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI ETIOLOGIYASIGA KO'RA XUSUSIYATLARI

GADAYEV A.G., MURODULLOYEV N.A., XONTO'RAYEV I.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Yurak ishemik kasalligi (YulK) sabab rivojlangan dilatatsion kardiomiopatiya (DKMP) fonida kelib chiqqan surunkali yurak yetishmovchiligi (SYU) bilan og'rigan bemorlarda ba'zi klinik jihatlarini qiyosiy baholash.

Materiali va usullar. Tadqiqotda SYU belgilari bo'lgan 44 nafar bemor ishtirok etdi, ularning o'rtacha yoshi = $54,9 \pm 14,1$ (25 dan 80 gacha) yil. SYU etiologiyasiga qarab bemorlar 2-guruhga bo'lingan: 1-guruhda 24 nafar bemor – DKMP va 2-guruhda 20 nafar Q-tishchali miokard infarkti bilan kasallangan bemor. 2-guruh bemorlari tekshiruvdan avval diagnostik koronar angiografiyadan o'tgan. Barcha bemorlarga quyidagi tekshiruvlar o'tkazildi: umumiy qon tahlili; EKG; ExoKG; 6 daqiqalik yurish testi va SHOKS shkalasi yordamida klinik holatni baholash. $P < 0,05$ bo'lgan farq ishonchli deb olindi.

Tadqiqot natijalari. Ikkala guruhda erkaklar ustunlik qildi: 1 va 2-guruhlarda mos ravishda 17 (70,8%) va 15 (75%). 1-guruhdagi bemorlar yoshligi va kasallikning qisqa davri bilan ajralib turdi (barchasi $p < 0,05$). SHOKS shkalasi bo'yicha ballarda sezilarli farqlar kuzatilmadi, ammo qon bosimi ko'rsatkichlari bo'yicha 2-guruh ustunlik qildi. 6 daqiqalik yurish testi mobaynida bosib o'tilgan masofa 2-guruh bemorlarida qisqaroq ekanligi aniqlandi va shunga mos ravishda SYU ning

yuqori funksional sinf bilan tavsiflandi. Ehtimol, bu koronar tomirlarning ishemiyasi fenomeni bilan bog'liq bo'lgan, chunki test davomida kardialgiya shikoyatlari 2-guruhdagi shaxslarning asosiy shikoyati bo'ldi (mos ravishda 25% va 13,64%). Aksincha, 1-guruh nisbatan uzoqroq masofani bosib o'tganda, nafas qisilishi va bo'g'ilish tez-tez uchradi, maksimal jismoniy yuklamada SAB va DAB esa 2-guruhga qaraganda kichikroq o'sdi. ExoKG parametrlarini baholash shuni ko'rsatdiki, bemorlar 2-guruh yurakning chap qismlarining hajmiy ko'rsatkichlari kichikroq ($p > 0,05$), ularda yurak mushaklari devorlarining qalinligi ($p < 0,05$) va shunga mos ravishda chap qorincha miokardning massasi kattaroq edi. Shu bilan birga, ikkala guruh ham yurak kengayishi bilan eksentrik CHQ gipertrofiyasiga ega, YulK bilan kasallangan bemorlarda CHQ OF 2-guruhda = $42,1 \pm 15,9\%$ ni tashkil etdi, bu ko'rsatkich 1-guruhga nisbatan 2,4% ga yuqoriroq.

Xulosa. YulKdan kelib chiqqan SYU, ancha uzoq vaqt va kattaroq yoshda rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Yurak bo'shliqlarining nisbatan bir xil kengayishi va CHQ miokardning sistolik funksiyasining pasayishiga qaramay, remodelanish fenomeni ko'proq DKMP bilan og'rigan bemorlarga xosdir, ularda ExoKG ma'lumotlariga ko'ra, dilatatsiya va CHQ miokard gipertrofiyasi o'rtasida aniq dissotsiatsiya mavjud.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BILAN ASORATLANGAN BEMORLARDA BUYRAKLAR FUNKSIONAL HOLATI

KODIROVA SH.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYUYE) bilan asoratlangan yoshi katta bemorlarda buyrakning funksional holatini o'rganish orqali ularda surunkali buyrak kasalligining (SBK) xavf omillarini aniqlash.

Material va usullari. 42 nafar bemorlar tekshiruv uchun olindi. Ularning 26 tasi erkak, 16 tasi ayollar. Bemorlarning o'rtacha yoshi: $62,3 \pm 3,1$. Ulardan: gipertoniya kasalligi (GK) bor bemorlar – 20, yurak ishemik kasalligi (YulK) – 13 nafar, jumladan: MI (Q tishli va Q tishsiz) o'tkazgan bemorlar – 3 nafar, qandli diabet – 9 nafar, semizlik mavjud bemorlar (1-2-3 daraja) – 23 nafar, AQB: sistolik va diastolik sistolik arterial bosim (SAB) – $152 \pm 5,22$ mm.sim.ust, diastolik arterial bosim (DAB) $89,72 \pm 4,12$ mm.sim.ust, funksional sinflariga ko'ra taqsimlanishi (NYHA bo'yicha SYUYE I–II F S 11,2% n=4, IIIF S 50%

n=18, IV F S 38,8% n=14.

Tadqiqot natijalari. SYUYE funksional sinflari va buyrak funksional holatini xarakterlovchi analizlar natijalarining o'zaro bog'liqligi quyidagicha bo'ldi: Siydikda oqsil eksretsiyasi tezligi mg/sutka: SYUYE I–II F S96,4 ($\leq 30-166,0$) SYUYE III–IV F S186 ($92,6-300 \leq$), kreatinin: SYUYE I–II F S99 mkmol/l ($92-114$), SYUYE III–IV F S107 mkmol/l ($94-119$), mochevina: SYUYE I–II F S5,8 mmol/l ($4,8-7,1$), SYUYE III–IV F S7,6 mmol/l ($6,7-8,9$), koptokchalar filtratsion tezligi (KFT): 60–89 ml/min/1–22 ta bemorda, KFT 90 $>$ ml/min/1–5 ta bemorda, KFT 45–59 ml/min/1–9 ta bemorda va SYUYE I–II F S74,5 ml/min/1. ($56,3-98,0$), SYUYE III–IV F S66,2 ml/min/1 ($51,5-92,4$) aniqlandi.

Kuzatuvdagi bemorlarda SBKning tasnifi bo'yicha xavf guruhlarning taqsimlanishi: SBKi yo'q, ammo

xavf mavjud 11 nafar bemor, SBKi-1 o'rtacha xavf 16 nafar bemor, SBKi-2 yuqori xavf 7 nafar bemor, SBKi – 3 juda yuqori xavf 2 nafar bemor. Bemorlardan qon bioximik analizidagi kreatinin ko'rsatkichi: kreatinin miqdori me'yorida – 6%, kreatinin miqdori biroz oshgan – 70%, kreatinin miqdori sezilarli oshgan – 24%.

Xulosa. SYUYE da buyraklar funksiyasining buzilishi umumiy va yurak-qon tomir tizimi o'lim xavfining oshishi, chap qorincha otish hajmi (CHQOH) ko'rsatkichidan qat'i nazar dekompensatsiyalangan yurak yetishmovchiligi mavjud bemorlarni kasalxonaga yotqizish bilan bog'liq.

Shuningdek, ko'ptokchalar filtratsion tezligi kamayishi, buyrakning osmoreulyator funksiyasining pasayishi hamda SYUYE va SBKka xos xavf omillaridan: katta yosh, erkak jinsi, gipertoniya kasalligi, semizlik, qandli diabet kabilarning ko'proq kuzatilishi bemorlarda kasallik salbiy kechishini bir necha barobar oshirib, jiddiy oqibatlarining yuzaga chiqishini kuchaytiradi.

SYUYEda SBKni o'z vaqtida aniqlash prognozni baholash, davolash strategiyasi va taktikasini ishlab chiqish va shu bilan yurak-qon tomir tizimi va buyraklar tomonidan asoratlarning oldini olish uchun zarurdir.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGIDA BUYRAKLAR ZARARLANISHI

XODJANOVA SH.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston, Toshkent

Tadqiqot maqsadi. Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYUE) rivojlangan bemorlarda buyraklar zararlanishining klinik-laborator-instrumental xususiyatlarini o'rganish.

Material va usullari. Surunkali yurak yetishmovchiligi rivojlangan 48 nafar bemorning kasallik tarixi o'rganildi. Ulardan surunkali revmatik kasallik va yurak klapani nuqsonlarini – 7 nafar bemor, gipertoniya kasalligini – 26 nafar, yurak ishemik kasalligini – 13 nafar bemor va 2 nafar bemor dilatatsion kardiomiopatiyani tashkil qildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi – (52±3,6) ni tashkil qildi. Surunkali yurak yetishmovchiligidan IIB va III bosqichlari hamda III–IV funksional sinflar ayollarda 35% va erkaklarda 45% aniqlandi. Bemorlarning barchasiga umum klinik laborator, qonni bioximik tekshiruvlar hamda EKG, ExoKG, buyraklar UTTi kabi instrumental tekshiruvlar o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. O'rganilgan bemorlarda buyraklar zararlanishining klinik belgilaridan shishlar yaqqol ko'zga tashlanuvchi – 26 nafar bemorda (54,1%), qisman ifodalangan shishlar 13 nafar bemorda (27%), nikturiya – 24 nafar bemorda (50%) kuzatildi. Obyektiv: terining rangparligi, yuz sohasi, yuqori va pastki qovoqlardagi shishlar 21 nafar (43,7%) bemorda aniqlandi.

Laborator tahlillarda umumiy qon tahlilida anemiya – 64% bemorda, siydikning rangi o'zgarganligi va proteinuriya – 62%, silinduriya – 24%, bakteruriya – 54% holda topildi. Qonning bioximik tahlilida mochevinaning miqdori o'rtacha – 10,3 mmol/l, kreatinning miqdori o'rtacha – 117 mkmol/l ligi aniqlandi. Instrumental tekshiruvlarda:

buyraklar ultratovush tekshiruvida – buyraklar jomchalarida o'zgarishlar – 45%, «buyraklar bujmayishi oldi – 20% holatlari kuzatilgan.

Xulosa. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, kasalliklar bo'yicha tahlil qilinganda ko'proq o'zgarishlar gipertoniya va revmatizm tufayli rivojlangan surunkali yurak yetishmovchiligida kuzatildi. Buyraklar zararlanishining klinik belgilari hamma vaqt ham yaqqol kuzatilmaydi, bu ayniqsa, keksa yoshli bemorlarda ko'proq aniqlandi, sababi esa asosan asosiy kasallikning belgilariga ko'proq urg'u berilishida deb hisoblanadi. Surunkali yurak yetishmovchiligida yuzaga keluvchi buyraklar disfunktsiyasining diagnostikasi esa laborator tahlillar natijasining ahamiyati katta ekanligini ko'rsatadi. Surunkali yurak yetishmovchiligida buyraklarning funksional rezerv holati yurakning haydab chiqarish hajmi (HCHH) kamayishidan oldin pasaya boradi. SYUEning dastlabki bosqichlarida buyraklarning natriyning organizmga ko'p tushishini muvozanat qilish holati buziladi. So'ngra esa buyraklarda qon aylanish va ko'ptokchalarning filtratsion tezligi pasayadi va SYUE avjlanib borgan sari buyraklarning disfunktsiyasi ham kuchayadi. O'z vaqtida aniqlanmagan buyraklar funksiyasining buzilishi esa refrakter surunkali yurak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Buyraklar va yurak kasalliklari umumiy rivojlanish mexanizmlariga ega, buning natijasida bir organing funksiyasi buzilishi boshqasining ham buzilishiga zamin yaratadi. Binobarin, bir holatning mavjudligi ikkinchisining boshlanishini yoki rivojlanishini tezlashtiradi va ikkala holatning mavjudligi kasallik oqibatini sezilarli darajada yomonlashtiradi.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х.¹, ОРЗИЕВ Д.О.¹, АЛЯВИ Б.А.¹, УЗОКОВ Ж.К.¹, КУРМАЕВА Д.Н.²

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; ²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения и реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ), подвергшихся плановому стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. В исследование включили больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения III-IV ФК (10 и 20) с МС после планового СКА, получавших стандартную медикаментозную терапию. Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали общие липиды (ОЛ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой, очень низкой и высокой плотности (ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов, полиморфизм гена 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (стресс-ЭХОКГ, МСКТ). Модификация образа жизни включала отказ от курения, нормализацию массы тела и индивидуально подобранную низкокалорийную диету, регулярные физические занятия (ЛФК, занятие на тренажере).

Результаты исследования. На фоне применения гипокалорийной диеты отмечалась положительная динамика антропометрических показателей. Через 8 недель снижалась масса тела, индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ), средние значения которых составили, соответственно 102,2±5,2 кг, 33,5±3 кг/м² и 111,1±5,5 см, а максимальное их уменьшение выявлено через 24 недели, но достичь контрольных значений не удалось. Исходно у больных была выявлена гиперлипидемия (ОЛ 8,1±0,03 г/л) II б типа. ХС составил 6,7±0,2 ммоль/л, ХСЛПНП – 4,9±0,2 ммоль/л, ХСЛПОНП – 1,24±0,1 ммоль/л, ТГ – 2,9±0,1 ммоль/л. Концентрация ХСЛПВП было снижена (1,1±0,1 ммоль/л). Гиперлипидемия купировалась на 14-й неделе лечения и реабилитации и гипокалорийной диеты (ОЛ – 7,4±0,02 г/л) со стабилизацией ее показателей к 24 неделе.

Содержание ХС, ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ТГ снижалось, а ХСЛПВП увеличивался, и к концу наблюдения их показатели достоверно улучшились, но не достигли контрольных значений. Положительные изменения показателей липидов, агрегационных свойств тромбоцитов выявлены уже через 8 недель. К исходу 6-го месяца комплексного лечения и реабилитации отмечено дополнительное снижение ХС (p<0,01). Благоприятное действие статинов и антиагрегантов на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС и, возможно, коморбидную патологию, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими МС и АГ. Определение жизнеспособности миокарда с помощью современных визуализирующих методов, выполненное на дооперационном этапе, позволило предотвратить нецелесообразные вмешательства на КА.

При этом основное требование к питанию – контроль минерального состава пищи, умеренное употребление поваренной соли, использование свежих малосолёных продуктов. Пациентам с гипертриглицеридемией рекомендовано жесткое ограничение продуктов и напитков, содержащих сахар. Индивидуально подобранные физические нагрузки оказывают положительное влияние на общее состояние пациентов, повышают толерантность к физическим нагрузкам, нормализуют массу тела.

Выводы. Адекватная коррекция неблагоприятных факторов риска рестеноза, показателей функционального состояния и жизнеспособности миокарда, а также учет внешних и внутренних факторов формирования ИБС с коморбидной патологией повышают эффективность и безопасность ведения пациентов после СКА. Рациональное питание – основная часть комплексного контроля факторов риска ИБС и коморбидной патологии.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

АБИДОВА Д.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования было изучение взаимосвязи генетических полиморфизмов с развитием артериальной гипертензии (АГ) у молодых пациентов в возрасте от 18 до 35 лет.

Материал и методы. В исследование включены 450 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, которые были распределены на две группы: пациенты с диагностированной АГ и здоровые контрольные испытуемые. Проведено генетическое тестирование для выявления полиморфизмов в двух ключевых генах, связанных с регуляцией артериального давления: ADD1 (альфа-аддуцин) и CYP11B2 (ген альдостерон-синтазы). Полиморфизмы в этих генах были выбраны на основе предыдущих исследований, которые показали их потенциальную связь с нарушением регуляции сосудистого тонуса и натриево-калиевого обмена. Кроме того, для анализа корреляции полиморфизмов с уровнем артериального давления применялись дисперсионный (ANOVA) и ковариационный (ANCOVA) анализы с учетом факторов возраста, пола, индекса массы тела (ИМТ) и семейного анамнеза.

Результаты исследования. В результате генетического тестирования было установлено, что полиморфизм G460W в гене ADD1 встречается у 32% пациентов с артериальной гипертензией, что значительно выше, чем в контрольной группе (16%, $p < 0,01$). ОР для носителей варианта G460W составил 1,85 (95% доверительный интервал [ДИ]: 1,32–2,59), что указывает на повышенный риск развития АГ у носителей данного полиморфизма. Полиморфизм T344C в гене CYP11B2 был обнаружен у 28% пациентов с АГ по сравнению с 14% в контрольной группе ($p < 0,05$). ОР для носителей варианта T344C составил 1,73 (95% ДИ: 1,21–

2,47). У пациентов, имеющих как полиморфизм ADD1, так и CYP11B2, вероятность развития АГ была значительно выше, чем у носителей одного полиморфизма, что подтверждается кумулятивным эффектом (ОР: 2,45; 95% ДИ: 1,75–3,42). Корреляционный анализ показал, что носители обоих полиморфизмов имели более высокие средние значения систолического и диастолического артериального давления по сравнению с носителями только одного полиморфизма или отсутствием полиморфизмов. Среднее систолическое давление у носителей полиморфизма G460W составляло 142 ± 10 мм рт. ст., тогда как у носителей варианта T344C – 138 ± 12 мм рт. ст. У пациентов с обоими полиморфизмами среднее систолическое давление достигало 148 ± 9 мм рт. ст. ($p < 0,001$). Дальнейший ковариационный анализ с учетом модифицирующих факторов, таких как возраст, пол и ИМТ, показал, что генетические полиморфизмы сохраняли свою значимость в модели прогнозирования риска АГ. Пациенты с семейным анамнезом гипертензии и наличием обоих полиморфизмов были подвержены самому высокому риску (ОР: 3,15; 95% ДИ: 2,01–4,95).

Выводы. Наше исследование демонстрирует, что полиморфизмы в генах ADD1 и CYP11B2 играют значительную роль в патогенезе артериальной гипертензии у молодых людей. Эти генетические маркеры могут быть использованы для выявления лиц с повышенным риском развития АГ, что позволит внедрить более персонализированный подход к профилактике и лечению гипертензии. Внедрение генетического тестирования в клиническую практику может способствовать раннему выявлению пациентов с высоким риском и улучшению исходов лечения за счет более точной стратификации риска и подбора терапии.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., ХОЛОВ С.С., РУЗМЕТОВА Ф.А., ЮНУСОВА Л.И.

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

Цель исследования. Изучить особенности содержания липидов и показателей эндотелиальной дисфункции у пациентов ИБС, со стабильной стенокардией напряжения (ССН) ФК II с наличием и без наличия сахарного диабета 2-го типа.

Материал и методы. В исследование включены 98 пациентов, страдающих ИБС, перенесших в анамнезе реваскуляризацию миокарда. В зависимости от наличия СД 2 типа пациенты были распределены на две группы. Первую группу составили 48 пациента ССН

ФК II без наличия СД 2 типа. Вторую группу составили 50 пациента ССН ФК II с наличием СД 2 типа. Все пациенты были сопоставимы по клиническим, антропометрическим, гемодинамическим показателям. Значимые изменения отмечались лишь в показателях гликемии натощак и уровне гликированного гемоглобина в виде более высоких цифр у лиц с наличием СД 2 типа ($p<0,05$). Всем пациентам проводилось исследование липидного и маркеров эндотелиальной дисфункции. Забор крови на анализы проводился в утренние часы до приема пищи и лекарственных препаратов. Определение уровня ОХС, ЛПНП, ЛПВП и ТГ, ИА, ИЛ-1 и эндотелина-1 проводили на иммуноферментном анализаторе.

Результаты исследования. Натощак в плазме крови больных ИБС+СД уровень гликемии составила 10,3 ммоль/л, а при ИБС без СД был достоверно ниже и составил 5,7 ммоль/л ($p<0,05$). Более выраженными и достоверно значимыми были изменения уровня гликемии через 2 часа после еды – 15,2 ммоль/л и 6,8 соответственно ($p<0,05$). Уровень гликированного гемоглобина составил 8,9% в группе больных ИБС с наличием СД 2 типа.

При анализе данных липидного спектра крови выявлено наличие дислипидемии у пациентов ИБС с СД 2 типа в виде повышения ОХС – 7,9 ммоль/л, ТГ – 2,91 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,23 ммоль/л, ХС ЛПВП – 0,98 ммоль/л ($p<0,05$). Менее выраженные изменения выявлены в группе больных ИБС без сопутствующего СД ОХС – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,38 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,40 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л ($p<0,05$).

В обеих группах пациентов зарегистрировано достоверное превышение уровня сосудистого воспаления (ИЛ-1) и значений эндотелина-1, что оказалось наиболее выраженным в группе пациентов ИБС с СД 2 типа, что свидетельствует о наличии более интенсивного процесса сосудистой реакции в данной группе больных.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали ухудшение липидного обмена и системный характер сосудистой воспалительной реакции, который был более выражен у пациентов ИБС с СД 2 типа по сравнению с пациентами без диабета, что свидетельствует о наличии повышенного потенциала в развитии нежелательных сосудистых осложнений и требует своевременной коррекции с целью профилактики развития дальнейших сердечно-сосудистых осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА T-786C ГЕНА РЕГУЛЯТОРА NO-СИНТАЗЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ЗАКИРОВА Г.А.¹, БОБОЕВ К.Т.², МАШАРИПОВА Д.Р.¹, КАРИМОВА С.А.¹, МИРЗАЕВ Р.Х.¹

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», ²Республиканский научно-практический медицинский центр гематологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с различными аллельными и генотипическими вариантами полиморфизма T-786C гена NOS3 в гене и выявление возможных ассоциаций между этими вариантами и почечной дисфункцией у пациентов с ХСН.

Материал и методы. В исследование были включены 200 больных с ХСН, из них 110 больных с СКФ >0 мл/мин/1,73м² и 90 больных с СКФ <0 мл/мин/1,73 м². В качестве контроля использовали образцы ДНК 120 условно здоровых доноров узбекской национальности. Детекции полиморфизма T-786C гена NOS3 проводили с использованием тест-систем ООО НПФ «ЛИТЕХ» (Россия) по описанному протоколу производителя. Амплификацию проводили с помощью термоциклеров Rotor Gene Q (Qiagen). В качестве инструмента вычислений использован пакет прикладных программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

Результаты исследования. В исследуемой выборке больных и контроля уровень фактического распределения генотипов данного локуса в обеих

группах соответствует теоретически ожидаемому при равновесии Харди-Вайнберга. Анализ частоты полиморфизма T-786C в гене NOS3 в основной группе, подгруппах с разной СКФ и контрольной выборке демонстрирует тенденцию к различию в частоте аллельных и генотипических вариантов.

В основной группе пациентов и контрольной выборке частота аллеля Т и С составляют 64,5% и 35,5% против 71,7% и 28,3%, соответственно ($\chi^2=3,5$ и $p=0,1$). Рассчитанный относительный шанс обнаружения мутантного аллеля С среди пациентов составил OR=1,4 (95%TI: 0,98–1,97) по сравнению с контролем. Следовательно, носительство данного аллельного варианта полиморфизма T-786C гена NOS3 связано со повышенным риском развития. Частота распределения генотипов Т/Т, С/Т и С/С в группе больных составила: 47,3%, 36,4%, 16,4% и 54,2%, 35%, 10,8% – в контрольной группе. В подгруппе пациентов рСКФ >60 мл/мин/1,73м² наблюдается незначительно высокая частота неблагоприятного генотипа С/С по сравнению с

группой с рСКФ<60 мл/мин/1,73м² (16,4% против 15,6%, p=0,4). Генотип Т/Т также незначимо чаще встречается у пациентов с рСКФ>60 мл/мин/1,73 м² (47,3% против 42,2%, $\chi^2=1,1$ и p=0,3). Частота распределения гетерозиготного генотипа С/Т в подгруппах рСКФ<60 мл/мин/1,73 м² и рСКФ>60 мл/мин/1,73 м² составила 36,4% и 42,2% соответственно при $\chi^2=1,1$ и p=0,3. При этом согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития рСКФ>60 мл/мин/1,73 м² и СКФ<60мл/мин у пациентов при носительстве неблагоприятного аллельного варианта С может

увеличиваться от OR=1,3 (95% CI: 0,94 – 1,98) до OR=1,5 (95% CI:0,97 – 2,21).

Вывод. Таким образом, пациенты с неблагоприятным аллельным вариантом С полиморфизма T-786C гена NOS3 имеют тенденцию к ассоциации как к более высокой рСКФ>60 мл/мин, так и более низкой рСКФ<60 мл/мин/1,73м². Эти данные могут указывать на потенциальную роль генетических факторов в предрасположенности к нарушению функции почек и могут быть полезны для дальнейших исследований в области нефрологии и генетики.

К МОРФОГЕНЕЗУ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

ИБРАГИМОВ А.Ю., МАКСУМОВА М.Г., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности морфологических изменений у умерших больных инфарктом миокарда, осложненным кардиогенным шоком.

Материал и методы. Проведено морфологическое исследование сердца у 97 больных, умерших от инфаркта миокарда, в том числе от кардиогенного шока – 67, и без кардиогенного шока – 30.

Результаты исследования. Кардиогенный шок чаще развивался только у больных с инфарктом миокарда с зубцом Q, а в большинстве – 67 случаев (93%) был трансмуральным. Наиболее часто кардиогенный шок имел место при передних инфарктах, при поражении двух и более стенок левого желудочка и при распространении инфаркта левого желудочка на правые отделы сердца.

Распространение инфаркта миокарда желудочка на правый желудочек было выявлено у 20,9% умерших от инфаркта миокарда с зубцом Q, осложненного кардиогенным шоком. Это было выявлено при целенаправленном морфологическом исследовании сердца с обширными инфарктами миокарда.

При инфаркте миокарда левого желудочка, осложненного кардиогенным шоком, в 20,9% наблюдалось распространение инфаркта на заднюю стенку правого желудочка и в одном случае при передне-перегородочной боковой локализации инфаркт распространялся на переднюю стенку правого желудочка. В 4,4% случаях наблюдался постинфарктный кардиосклероз в задней стенке правого желудочка.

Во всех случаях 20,9% распространения инфаркта левого желудочка на миокард правых отделов сердца наблюдалось тяжелое стенозирующее атеросклеротическое поражение трех или двух коронарных артерий. Во всех случаях тромбоз правой коронарной артерии. Следует также отметить, при вовлечении в процесс правого желудочка, наблюдалось крайне тяжелое и длительное течение кардиогенного шока. Объем некротизированного миокарда при кардиогенном шоке, при распространении на правый желудочек составил 280, 0 см³.

При гистологическом исследовании различных отделов сердца умерших при кардиогенном шоке до суточной давности, отмечалось набухание кардиомиоцитов, неравномерная фуксинофилия, часто отмечалось исчезновение поперечной исчерченности, гомогенизация цитоплазмы клеток, расширение капилляров со стазами эритроцитов в них, отек интерстициальной ткани, а позднее к концу первых суток отмечалось исчезновение контуров мышечных клеток, сосуды артериального типа и капилляры были спавшими.

Выводы. В заключение можно отметить, что при инфаркте миокарда с зубцом Q во внеинфарктной зоне миокарда наблюдаются множественные очаги дистрофического и некротического характера, а также распространенные нарушения микроциркуляции. Повреждение и гибель кардиомиоцитов в интактном миокарде усугубляют сократительную недостаточность сердца и коррелируют с обширностью инфаркта миокарда.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ИБРАГИМОВ А.Ю., МАКСУМОВА М.Г., САИПОВА М.Л., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности течения и морфологических изменений у умерших больных инфарктом миокарда, осложненного кардиогенным шоком при распространении инфаркта на правый желудочек.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 102 больных с инфарктом миокарда, осложненного кардиогенным шоком с оценкой клинического состояния.

Результаты исследования. Летальность больных от острого миокарда, осложненного кардиогенным шоком, составило 65,7% наблюдения. В наших наблюдениях в 20,9% случаев при морфологическом отмечалось распространение инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка на заднюю стенку правого желудочка. У всех этих больных наблюдалось тяжелое стенозирующее атеросклеротическое поражение трех или двух коронарных артерий, при этом во всех случаях отмечался тромбоз правой коронарной артерии.

На ЭКГ почти у всех больных отмечалось появление патологического зубца Q в виде QS V_{3R} , V_{4R} , V_{5R} с относительно высоким подъемом сегмента ST > 2мм, при этом у всех больных подъем сегмента ST в III, II; подъем ST в III > II. У более половины больных (59%) отмечался подъем сегмента ST в отведении V_1 более 1 мм и депрессия сегмента ST в отведении V_2 .

Необходимо отметить, что сочетание подъема сегмента ST в отведении V_1 и депрессия сегмента ST в отведении V_2 является важным специфическим признаком острого инфаркта миокарда правого желудочка. Необходимо взять на заметку, что подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF является результатом окклюзии правой коронарной артерии, иногда огибающей ветви левой коронарной артерии.

Необходимо отметить, что подъем сегмента ST в правых грудных отведениях (V_{3R} , V_{4R} , V_{5R}) при остром миокарде правого желудочка сохраняется более короткое время, чем повышение ST при остром инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка (II, III, AVF). Поэтому при подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка, отведения V_{3R} , V_{4R} , V_{5R} должны быть зарегистрированы максимально быстро при возникновении болевого синдрома.

При эхокардиографическом исследовании почти у всех больных инфарктом миокарда правого желудочка отмечается расширение полости правого желудочка, признаки гипо- и акинезии задней, боковой стенки правого желудочка, редко передней стенки правого желудочка, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в сторону левого желудочка, что объясняется выраженной объемной перегрузкой правого желудочка и его неспособностью прокачать кровь в систему малого круга кровообращения. Эхокардиография позволила установить, что у 40% больных с острым инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка вовлекается правый желудочек.

Выводы. В заключение можно отметить, что своевременная диагностика острого инфаркта миокарда правого желудочка крайне важна, поскольку нарушение его функции обуславливает необходимость коррекции медикаментозной терапии. Всем больным, поступившим с острым инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка, в обязательном порядке необходимо снимать электрокардиограмму в правых грудных отведениях (V_{3R} , V_{4R} , V_{5R}) и отведениях по НЭБУ (D, A, I).

ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ИСЛАМОВА М.С., САБИРОВ М.А., АХМЕДЖАНОВА З.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек, Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение роли нарушений липидного профиля, их оценка в развитии ГМЛЖ у женщин пожилого возраста с АГ.

Материал и методы. Провели обследование 74 женщин пожилого возраста, средний возраст которых составил $65,5 \pm 5,6$ года,

страдающих АГ II стадии. Длительность АГ в среднем по группе составила – $10,4 \pm 3,4$ года. Эхокардиографию проводили в М- и В-режимах. Оценивали следующие параметры: конечный систолический (КСРЛЖ) и диастолический размеры (КДРЛЖ), конечный систолический

(КСОЛЖ) и диастолический (КДОЛЖ) объемы левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Для оценки выраженности процесса гипертрофии рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R.G. Devereux и N.Reicheck, ее индекс (ИММЛЖ) и оценивали показатели липидного профиля в сыворотке крови.

Результаты исследования. Все женщины с АГ по результатам ЭхоКГ были разделены на группу с верифицированной ГМЛЖ (основная группа) и без ГМЛЖ (группа сравнения). Нормальная масса миокарда при ИММЛЖ считается менее 110 г/м² у женщин (ВНОК 2004). Основную группу составили 49 человек, группу сравнения – 25 пациентов. В результате работы выявлены достоверные различия между основной и группой сравнения не только по главному критерию – гипертрофии миокарда – ИММЛЖ (148,3±3,7 г/м² и 84,3±3,7 г/м², p<0,001), но и по дополнительным признакам ГМЛЖ – толщине МЖП и ЗСЛЖ (p<0,001). Гипер- и дислипидемия

относятся к числу основных модифицируемых факторов риска артериальной гипертензии. Получили статистически достоверные различия между группами по уровню ТГ (1,7±0,05 и 1,2±0,04 ммоль/л, p<0,05), ХС ЛПНП (3,7±0,7 и 3,4±0,2 ммоль/л, p<0,05) указывают на более высокую вероятность атеросклеротического поражения сосудов у пациентов с ГМЛЖ на фоне АГ. Отсутствие значимых различий между группами по содержанию в сыворотке крови ОХС (5,9±0,12 и 5,6±0,1 ммоль/л) и ХС ЛПВП (1,14±0,05 и 1,18±0,07 ммоль/л) подтверждают преимущественную роль нарушений прогностически неблагоприятных атерогенных фракций ХС и триглицеридов у пациентов с ГМЛЖ.

Выводы. Таким образом, гипертрофия миокарда левого желудочка при АГ, подтвержденная эхокардиографически, сопровождается у лиц пожилого возраста выраженной дислипидемией за счет преимущественного повышения содержания в сыворотке крови холестерина липопротеидов низкой плотности и триглицеридов.

СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

КДИРБАЕВА Ф.Р.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Обследовать содержание микроэлементов у пациентов с артериальной гипертензией в возрасте старше 50 лет.

Материал и методы. Проводилась комплексная оценка определения в волосах концентрации микроэлементов и использование анкет, где изучался анамнез перенесенных заболеваний. Для оценки поведенческих факторов использовали анкетирование в отношении образа питания. Всего было обследовано 50 респондентов с артериальной гипертензией. Все участники исследования прошли клиническое обследование. Содержание микроэлементов в волосах определяли методом нейтронной активации в Институте ядерной физики Академии наук Республики Узбекистан.

Результаты исследования. Обследование анамнеза показало, что артериальная гипертензия была выявлена у 69%, ишемическая болезнь сердца – у 58% а также и сопутствующие заболевания, такие как остеопороз – у 60%, сахарный диабет – у 30%, заболевание щитовидной железы – у 18%, ожирение – у 43%, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 92%, хронический бронхит был диагностирован у 13%, и острые нарушения мозгового кровообращения выявлены у 9% пациентов. 65% пациентов придерживались смешанного питания, 33% предпочтение отдавали мясной пище и 2% – вегетарианской пище. Опрос выявил,

что потребление сахара выше суточной нормы наблюдалось у 30% пациентов, соли – у 25%. У 90% пациентов в возрасте от 50 до 60 лет был выявлен недостаток кобальта, меди, хрома. Недостаток йода отмечался у 6 респондентов и повышенное содержание йода у 1 респондента. Нехватка селена у 5 респондентов. Кальций, калий и железо снижено у 3 респондентов. В возрасте от 50 до 60 лет у 18 респондентов имелся недостаток всех четырех элементов: селен, кобальт, хром и медь в 90%. Йод повышен у 2 респондентов, кальций у 1 пациента и цинк повышен у 1 респондента. В возрасте от 61 – 70 лет снижено содержание хрома, меди и кобальта у 21 – 90% респондентов. Содержание йода и селена снижено у 6 респондентов и у 2 респондентов повышено содержание йода. Недостаток брома выявлено у 2 респондентов и у 1 повышено. В возрасте старше 70 лет отмечалось недостаток у 80% респондентов йода, хрома, кобальта, меди, калия, селена. Нехватка брома, цинка, железа у 1 респондентов. У 1 из респондентов выявлено повышение скандия и серебра. Результаты анализов у большей части пациентов с артериальной гипертензией показали снижение следующих микроэлементов: калия, хрома, кобальта. У многих участников наблюдалось снижение уровня йода. При разделении на группы от 50 до 60 и от 61 до 70 лет было выявлено, что

Co, Cu, K и Cr были снижены более чем у 90% обследованных пациентов.

Выводы. Анализ микроэлементного профиля показал потенциальную корреляцию выявленного дисбаланса микроэлементов у пациентов с артериальной гипертензией. Лечение, направленное на урегулирование

дисбаланса, может положительно повлиять на состояние и качество жизни человека. Результаты исследования еще раз указывают на необходимость скрининга элементного статуса и коррекции обеспеченности микронутриентами пациентов с артериальной гипертензией.

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценка влияния ишемического посткондиционирования на исходы реперфузии, клиническое течение и систолическую функцию левого желудочка у больных с ИМэСТ

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с диагнозом ИМэСТ в возрасте от 30 до 66 лет (средний возраст $54 \pm 4,3$ года). Были сформированы две группы больных со статистически недостоверными различиями исходных клинико-анамнестических данных и применяемой основной терапии: 1-я группа (основная) – 20 больных, которым до и во время реперфузии миокарда проводилось дистантное ишемическое посткондиционирование (ИПК); 2-я группа (контрольная) – 20 больных, перенесших обычную реперфузию миокарда. Всем пациентам на догоспитальном этапе проведена ТЛТ.

Результаты исследования. В группе ИПК ИМ с зубцом Q развился значительно реже, чем у пациентов контрольной группы (т.е. 38% против 45%). Напротив, в основной группе ИМ без зубца Q развился у 12% больных, в контрольной группе – у 5%.

У пациентов, получавших ИПК, степени ОЛЖН были менее выражены. В том числе отек легких у 3 (4,76%) больных 1-й группы и 5 (7,46%) больных 2-й группы; кардиогенный шок – наблюдался в 2 (3,2%) и 4 (5,97%) случаях соответственно. Во всех случаях симптомы ОЛЖН были купированы на фоне интенсивной терапии, только в контрольной группе кардиогенный шок длился

дольше у 2 пациентов, у этих больных также отмечалась острая почечная недостаточность. В первой группе механических осложнений и летальных исходов не было. Во второй группе у 1 (5%) больного был летальный исход.

Жизнеугрожающие реперфузионные нарушения ритма сердца реже встречались в группе ИПК. В 1-й группе наблюдались изолированная, парная НЖ, ускоренный идиовентрикулярный ритм и транзиторная синусовая брадикардия. Неустойчивая желудочковая тахикардия наблюдалась у 1 больного и разрешилась спонтанно. Во 2-й группе у 2 пациентов устойчивая желудочковая тахикардия была восстановлена с помощью антиаритмических препаратов (у 1 больного), в 1 случае выполнена электрическая кардиоверсия. Фибрилляция желудочков наблюдалась у 2 пациентов, сердечная функция была восстановлена немедленной дефибрилляцией. Анализ показал, что случаев опасных нарушений сердечного ритма наблюдалось меньше у лиц с наличием ИПК, чем у лиц без него. Купирование болевого синдрома после реперфузии, стабилизация общего состояния больных также быстрее наблюдались в группе ИПК.

Выводы. Активация механизмов дистантного ишемического посткондиционирования на догоспитальном этапе ТЛТ позволила снизить опасные осложнения и обеспечить быструю стабилизацию состояния больных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КОДИРОВА Ш.С. НЕЪМАТУЛЛАЕВА М. Л.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Изучение качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Все пациенты анкетировались опросником качества жизни ВОЗ. В анкету включались важные вопросы,

которые отображали нынешнее состояние пациента и до заболевания COVID-19: «качество Вашей жизни», «удовлетворены состоянием своего здоровья», «достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни», «насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью»,

«насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания», «как часто у вас были отрицательные переживания, например, плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия до и после заболевания COVID-19».

Результаты исследования. В исследование включены 70 пациентов, мужчины ($n = 47$) и женщины ($n = 33$) в возрасте $41-76 \pm 4,2$ года, с наличием сердечно-сосудистой патологии, находившихся на амбулаторном наблюдении в течение двух и более лет. Из 70 пациентов, вошедших в исследование, ишемическая болезнь сердца со стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса наблюдалась у 25 (35,6%), гипертоническая болезнь – у 45 (45,4%), хроническая сердечная недостаточность – у 13 (19,00%) пациентов. Анкетирование показало, что пациенты с недостаточной энергией для повседневной жизни составили 23,2%. Пациенты с неудовлетворенным состоянием своего здоровья – 31,4%. Тревога и депрессия наблюдались у 33,9% больных. Интересно и то, что 22,4% пациентов довольны собой и своим

внешним видом. Бессонница стала мучить 17,3% пациентов. Люди, страдавшие от личных взаимоотношений с друзьями и родственниками, составили 63,6%. Временно перестали работать 15,7% пациентов.

Выводы. Анкетирование пациентов с сердечно-сосудистой патологией показало, что постковидный синдром существенно снижает качество жизни. С учетом значимости сердечно-сосудистой патологии, распространенность которой неуклонно увеличивается, а проявления выступают одной из ведущих причин инвалидизации и смертности, можно сделать вывод о том, что пациенты с сочетанием ССЗ и постковидного синдрома представляют особую группу с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Таким образом, требуется тщательная разработка тактики ведения больных ССЗ в сочетании с постковидным синдромом и эффективных реабилитационных мер для предотвращения у них отдаленных неблагоприятных последствий.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КОДИРОВА Ш.С.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Выявить наличие тревоги и депрессии у пациентов с патологией сердца, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Проведено исследование 250 пациентов, имеющих сопутствующую кардиологическую патологию. Все пациенты на момент анкетирования имели жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: нестабильное АД, ухудшение течения ишемической болезни сердца, нарушения сердечного ритма и проводимости. Было проведено клиническое исследование выявления уровня тревожности и депрессии переболевших COVID-19 с сердечной патологией.

Результаты исследования. Исследование тревожно-депрессивных состояний по шкале HADS показало, что суммарная оценка в обеих группах больных ($12,2 \pm 0,8$ и $11,2 \pm 0,6$ балла соответственно) была существенно выше, чем в группе больных с сердечной патологией ($5,74 \pm 0,41$ балла), и соответствовала показателю субклинически выраженных расстройств. Распределение суммарной оценки по компонентам (тревоге и депрессии) внутри исследуемых групп было примерно одинаковым на этапе стационарного лечения, в начале санаторной реабилитации несколько преобладали показатели тревоги ($p < 0,01$). Клинически выраженные тревожно-депрессивные состояния,

выявленные в контрольной группе, составили 9%, что соответствует распространенности тревожно-депрессивных расстройств в популяции в целом. Анализ результатов теста Гамильтона показал, что в группе больных с сердечной патологией независимо от этапов реабилитации наблюдалось значительное повышение уровня депрессии по сравнению с группой больных без сердечной патологии ($p < 0,01$). По результатам теста Гамильтона (≥ 7 баллов) депрессия была выявлена у больных с сердечной патологией в 72,2% случаев в 1-й группе и 69,8% – в группе пациентов без сердечной патологии. Большинство случаев составила малая депрессия (96,7 и 91,9% в 1-й и 2-й группах соответственно).

Выводы. Таким образом, пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, необходимо держать в фокусе внимания и тщательно обследовать на предмет развития возможных психологических отклонений не только во время течения заболевания, но и после выписки. Учитывая схожесть последствий COVID-19 и SARS, нельзя исключать развитие психических расстройств, в том числе тревожных, депрессивных и посттравматического стрессового расстройства, а также появления суицидальных тенденций на протяжении 12 лет с характерным началом в первые 3–4 года. В связи с этим представляется целесообразным

организация лечебно-профилактической работы с пациентами, перенесшими госпитализацию по поводу COVID-19-ассоциированной пневмонии, с

применением методов психологической коррекции и психотерапии.

ВЛИЯНИЕ ИНКЛИСИРАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

АЛЯВИ А.Л., ЛАТИПОВ Н.М., УБАЙДУЛЛАЕВА Ш.М.

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

Цель исследования. Определение влияние ранней терапии, используя инклизоран, добавленный к высокоинтенсивному статину, на уровень холестерина ЛПНП при остром ИМсрST.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с ИМсрST, перенесших первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). 1-й группе (25 больных) проводилось раннее лечение инклизораном, 2-й группе (25 больных) проводилась высокоинтенсивная статинотерапия. Первая инъекция была сделана перед первичным ЧКВ независимо от исходного уровня ЛПНП, повторно через 2 месяца, а затем каждые 6 месяцев. Разовая доза составляло 284 мг. Первичным результатом было процентное снижение прямого холестерина ЛПНП в течение 6 недель.

Результаты исследования. Высокоинтенсивное использование статинов составило

97% и 100% в группах инклизорана и контроля соответственно. В течение 6 недель первичный результат холестерина ЛПНП снизился на 72,9% с инклизораном (с 2,97 ммоль/л до 0,75 ммоль/л) по сравнению с 48,1% с контролем (с 2,87 ммоль/л до 1,30 ммоль/л), при средней разнице между группами – 22,3% ($p < 0,001$). Больше пациентов достигли целевого показателя дислипидемии Европейского общества кардиологов/Европейского общества атеросклероза ЛПНП $\leq 1,4$ ммоль/л в группе инклизорана (92,1% против 56,7%; $p < 0,001$). В течение первых 24 часов ЛПНП снижались быстрее в группе инклизорана, чем в контрольной группе ($p > 0,05$).

Выводы. Рутинная ранняя терапия ингибитором PCSK9 инклизораном у пациентов ИМсрST, перенесших первичное ЧКВ, снизила уровень холестерина ЛПНП на 22% по сравнению с контрольной группой.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЯ АЭРОБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАШАРИПОВА Д.Р., ЗАКИРОВА Г.А., ТАГАЕВА Д.Р., САДИЕВА З.А.

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

Цель исследования. Изучить эффективность аэробных тренировок у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с курсовой электростимуляцией мышц (ЭСМ) на адаптацию организма к физическим нагрузкам по показателям толерантности к физическим нагрузкам и качества жизни больных.

Материал и методы. Обследовано 180 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной ХСН I–III ФК. Средний возраст больных $65,2 \pm 1,2$ года. Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Показатели качества жизни оценивали по Миннесотскому опроснику, по опроснику «Индекса качества жизни» (Quality of life Index) (2000). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 85 больных ХСН I ФК (35), II ФК (36), III ФК (14); 2

группа – 95 больных ХСН I ФК (33), II ФК (37), III ФК (25). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, с обязательным компонентом 30-минутной дозированной ходьбой, с достижением аэробного порога (60–70% максимальной ЧСС). 2 группа в дополнение к вышеуказанному получала электростимуляцию крупных скелетных мышц: ягодичных мышц, мышц передней поверхности бедра и голени с помощью аппарата «Амплипульс», предназначенного для электрического воздействия низкочастотными импульсными токами. Сила тока во время сеанса соответствовала отчетливому, но

безболезненному мышечному сокращению. Длительность сеанса составляло 20 минут. Десятидневный курс электростимуляции больные получали 1 раз в 2 месяца, всего 3 курса.

Результаты исследования. У больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p<0,001$). Оценка показателей качества жизни до лечения показала, что суммарный показатель физического здоровья больных ХСН у больных II ФК на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$), у больных III ФК на 38% и 37,7% ниже, чем у больных I ФК, в 1 и 2 группе соответственно.

После 6-месячного лечения у больных 1 группы эти показатели имели следующие

значения – у больных I ФК на 12,8% и 41,8% ($p<0,001$), у больных II ФК на 13,9% и 22,5% ($p<0,001$), у больных III ФК на 8,5% и 18,2% ($p<0,001$) соответственно. Во 2 группе суммарный индекс качества жизни улучшились от исходных значений – у больных I ФК на 32,4% и 50,7% ($p<0,001$), у больных II ФК на 25% и 42,6% ($p<0,001$), у больных III ФК на 23,8% и 29,2% ($p<0,001$) соответственно. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,001$), у больных второй группы на 16,3%, 19,4% и 23% ($p<0,005$) соответственно.

Выводы. Курсовое применение ЭСМ в сочетании с лечебной гимнастикой и аэробными нагрузками в виде ходьбы способствуют выраженному повышению толерантности к физическим нагрузкам и улучшению качества жизни больных с ХСН.

ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

НАЗАРОВА Г.А., АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., ХАН Т.А.

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

Цель исследования. Изучение связи сывороточного уровня VEGF с концентрацией ИЛ-6 у больных ИБС, ассоциированной сахарным диабетом 2 типа, перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. Обследовано всего 53 пациента с диагнозом ИБС, стенокардией напряжения II–IV.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с ИБС, стенокардией напряжения ФК II–IV, перенесшие реваскуляризацию (27 человек), 2 группа – пациенты с ИБС, стенокардией напряжения ФК II–IV, перенесшие реваскуляризацию с наличием СД 2 типа (26 человек), 3 группа контрольная – 20 человек практически здоровых добровольцев.

Определение уровня VEGF и ИЛ-6 выполнялось количественным иммуноферментным анализом.

Результаты исследования. Установлено, что средние значения уровня VEGF были достоверно выше среди всех пациентов с ИБС, перенесших реваскуляризацию с наличием СД 2 типа по сравнению группой пациентов без СД 2 типа, которые составили $981,96 \pm 91$, $651,86 \pm 76$ пг/мл ($p<0,007$), соответственно, в контрольной группе $241, 89 \pm 28,60$. Показатели ИЛ-6 в обеих

группах составили $63,53 \pm 49,49$ пг/мл и $13,35 \pm 1,33$ соответственно. Отмечали увеличение уровня VEGF, который положительно коррелировал с содержанием ИЛ-6 ($r=0,61$), что доказывает существование тесной прямой корреляции сывороточного уровня VEGF и числа тромбоцитов в периферической крови ($r=0,13$).

При исследовании данных показателей была достоверно определена положительная корреляционная связь ($r=0,64$), что свидетельствует о превалировании воспалительного процесса и эндотелиальной дисфункции у пациентов ИБС, ассоциированной с СД 2 типа.

Высокие значения диагностических уровней ИЛ-6 свидетельствуют о признаках воспалительного нарушения функционального состояния эндотелия при ИБС, как с СД 2 типа, так и без, что подтверждается повышением уровня VEGF.

Выводы. Повышенный сывороточный уровень VEGF за счет его потенциального противовоспалительного и протромбогенного эффекта у лиц ИБС, перенесших реваскуляризацию в сочетании с СД 2 типа, следует рассматривать как плохой прогностический фактор течения атеротромботических сердечно-сосудистых событий.

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

НАЗАРОВА Г.А., ТУЛЯГАНОВА Д.К., РАДЖАБОВА Д.И., ХАН Т.А.,

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

Цель исследования. Изучить уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной сахарным диабетом 2 типа, перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. Обследовано всего 53 пациента с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения ФК II-IV, которые ранее перенесли реваскуляризацию миокарда с и без наличия СД 2 типа.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-IV, перенесшие реваскуляризацию (27 человек), 2 группа – пациенты с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-IV, перенесшие реваскуляризацию с наличием СД 2 типа (26 человек), 3 группа контрольная – 20 человек практически здоровых добровольцев.

Определение концентрации ЭТ-1 в плазме крови проводили методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Согласно полученным результатам уровень ЭТ-1 в группе больных ИБС без сахарного диабета составил в среднем $171,51 \pm 36,34$ пг/мл и был статистически достоверно больше, чем у лиц контрольной

группы ($16,95 \pm 0,13$ пг/мл; $p < 0,05$), у больных ИБС с сахарным диабетом составил $247, 24 \pm 76,58$ пг/мл

Полученные нами данные свидетельствуют о наличии тесной связи между тяжестью течения ИБС с сахарным диабетом и концентрацией ЭТ-1 в сыворотке крови, что говорит о том, что уровень ЭТ-1 может быть использован в качестве одного из маркеров тяжести течения и прогноза болезни у больных ИБС с сахарным диабетом.

Исследованиями установлено, что уровень ЭТ-1 в обеих группах статистически достоверно превышал показатели, полученные у лиц контрольной группы ($p < 0,05$). Наибольшее различие уровня ЭТ-1 с контрольной группой наблюдалось у пациентов с ИБС с сахарным диабетом 2 типа ($p < 0,01$).

Выводы. У больных ИБС, перенесших реваскуляризацию в сочетании с СД 2 типа, выявлено статистически достоверное повышение сывороточного уровня эндотелина-1 по сравнению с контрольной группой. Комплексная оценка изменений указанного показателя эндотелин-1, может быть использована в качестве маркера тяжести дисфункции эндотелия и течения ИБС у больных со стабильной стенокардией напряжения.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ЕЕ КОРРЕЛЯЦИЯ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

РАДЖАБОВА Д.И.¹, АЛЯВИ А.Л.¹, ТУЛЯГАНОВА Д.К.¹, АЗИЗОВ Ш.И.^{1,2}, КАЮМОВ Н.У.^{1,2}

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», ²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи нарушения функции почек и выраженности атеросклероза в коронарном русле у больных ишемической болезнью сердца, перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. Обследовано 40 стационарных пациентов, страдающих ИБС, перенесших в анамнезе реваскуляризацию миокарда. Первую группу составили 20 пациентов без наличия СД 2 типа. Вторую группу составили 20 пациентов с наличием СД 2 типа. Диагноз хронической болезни почек (ХБП) устанавливали на основании определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле хронического

почечного сотрудничества эпидемиологии болезни. Всем пациентам проводилось ультразвуковое доплеровское исследование сосудов почек. При доплерографическом сканировании проводилась визуализация главных почечных артерий. Определяли максимальную скорость кровотока в систолу ($V_{\max}$, м/с), минимальную скорость кровотока ($V_{\min}$, м/с), ренальный индекс резистивности (RRI, у.е). Селективную коронарную ангиографию проводили с применением метода Judkins у всех пациентов. Количественная оценка поражения коронарных артерий проводилась по шкале Gensini.

Результаты исследования. У пациентов с наличием СД 2 типа индекс GENSINI был значительно выше, нежели у пациентов без СД ($39,7 \pm 7,34$ против $27,6 \pm 4,30$, $p < 0,05$), что говорит о более тяжелом поражении коронарного русла у пациентов с СД. У пациентов 2 группы RRI был более высоким у пациентов с СД, однако достоверной разницы между группами не выявлено ($p \geq 0,05$). Однако минимальная скорость кровотока ($V_{\min}$) у пациентов с СД была значительно снижена с обеих сторон, но достоверные отличия отмечались при измерении данного параметра на уровне ГПА слева ($12 \pm 1,9$ м/с против $16,3 \pm 5,33$ м/с, $p < 0,05$). Максимальная скорость кровотока в систолу ($V_{\max}$) с обеих сторон вне зависимости от наличия СД достоверно не отличалась ($p \geq 0,05$).

При проведении корреляционного анализа индекса GENSINI с показателями почечной функции индекс GENSINI имел умеренную отрицательную связь с СКФ у пациентов 2 группы ($r = -0,42$), тогда как данная связь у пациентов без СД имела слабую отрицательную корреляционную связь ($r = -0,19$) ($p \leq 0,05$).

Идентичная ситуация отмечалась также при анализе корреляции индекса GENSINI с креатинином в крови ($r = 0,56$ против $r = 0,21$, $p \leq 0,05$) и RRI ($r = 0,38$ против $r = 0,47$, $p \leq 0,05$). Еще одним показателем, имеющим умеренную отрицательную корреляционную связь с индексом GENSINI, был $V_{\min}$. Однако данный показатель имел более сильную связь у пациентов без наличия СД 2 типа ($r = -0,49$ против $r = -0,29$, $p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, в обеих группах показателями почечной функции, которые имели наиболее сильные корреляционные связи с индексом GENSINI оказались RRI и $V_{\min}$, что говорит о возможности использования данных показателей для прогнозирования тяжести атеросклероза в коронарных артериях. Определение показателей RRI и $V_{\min}$ при помощи доплерографии почечных артерий можно рассматривать, как легкодоступный диагностический метод, позволяющий улучшить стратификацию сердечно-сосудистого риска и предоставить дополнительную прогностическую информацию у больных ИБС, направленных на инвазивные процедуры.

ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

РАДЖАБОВА Д.И., АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., ЯКУБОВ М.М., ЮНУСОВА Л.И.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших в анамнезе реваскуляризацию миокарда в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа при помощи пробы с реактивной гиперемией (РГ).

Материал и методы. Обследовано 53 пациента ИБС, со стабильной стенокардией напряжения ФК I-IV, перенесших в анамнезе реваскуляризацию миокарда. Первую группу составили 26 пациентов с наличием СД 2 типа. Вторую группу составили 27 пациентов без наличия СД 2 типа. В качестве группы контроля (ГК) обследованы 15 практически здоровых лиц. Всем обследованным проведено комплексное исследование, включающее: антропометрические параметры, измерение АД, лабораторное исследование. О состоянии ЭД сосудов судили по данным доплерографии плечевой артерии (ПА). При этом использовали пробу с реактивной РГ по методике D.Celemajer. Рассчитывали показатели: ЭЗВД – эндотелий-зависимая вазодилатация.

Результаты исследования. Исходный диаметр ПА в анализируемых группах достоверно не отличался: $4,5 \pm 0,18$ мм у пациентов 1-й группы и $4,6 \pm 0,18$ мм у пациентов 2-й группы

соответственно. Диаметр ПА после снятия манжеты в I группе увеличился лишь на $6,8 \pm 2,1\%$ от исходного значения. При этом у 7,7% ($n=2$) пациентов отмечался прирост диаметра ПА $>10\%$, у 53,8% ($n=14$) больных выявлено нарушение вазомоторной функции эндотелия в виде недостаточного вазодилатирующего эффекта, т. е. $<10\%$ от исходного, у 23,1% ($n=6$) – в виде отсутствия прироста диаметра ПА и у 15,4% ($n=4$) больных – в виде патологической вазоконстрикции.

Была получена достоверная связь ЭЗВД с ФК стенокардии согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов ($r = -0,4215$, $p < 0,04$): ЭЗВД при стабильной стенокардии напряжения III-IV ФК составила $2,4 \pm 0,3\%$, что достоверно ниже в сравнении с аналогичным показателем у больных стенокардией напряжения I и II ФК: $5,2 \pm 0,2\%$ и $4,05 \pm 0,15\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Во II группе показатель ЭЗВД ПА составил $12,7 \pm 2,1\%$. У 48,2% ($n=13$) пациентов данной группы не выявлено нарушений вазомоторной функции сосудистого эндотелия (ЭЗВД $>10\%$). ЭД зарегистрирована в 14 (52%) случаях: у 6 (22,2%) больных в виде недостаточного прироста диаметра ПА (ЭЗВД $<10\%$), у 6 (22,2%) пациентов в виде отсутствия прироста диаметра ЭЗВД,

только у 2 (7,4%) пациентов в виде патологической вазоконстрикции.

При оценке эндотелиальной функции у пациентов контрольной группы ЭЗВД ПА составляла $19 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$. При проведении пробы с РГ сразу после устранения компрессии в основной группе I выявлено значимое снижение степени прироста скоростных доплеровских характеристик кровотока ПА по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. У больных ИБС отмечалось значимое снижение ЭЗВД в сравнении с ГК,

однако наибольшее снижение ЭЗВД отмечалась у больных с наличием СД ($6,8 \pm 2,1\%$ против $12,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$). Нарушения функции эндотелия коронарных артерий, проявляющиеся неспособностью сосудов к адекватному расширению в условиях повышенной потребности миокарда в кислороде, вносят определенный вклад в возникновение и прогрессирование ишемии. У больных СД-2 необходима оценка вазомоторной функции эндотелия артерии для прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений.

КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИНОЗ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

АЛИЕВА Р.Б., КУРБАНОВА Б.Г., КИМ А.Р., КАН Л.Э., ШЕК А.Б.

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

Цель исследования. Анализ взаимосвязи показателей липидного спектра крови и выраженности коронарного кальциноза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне гиполипидемической терапии.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с ИБС ($n=38$) среднего возраста $59,0$ ($55,5; 63,0$) года, принимавшие статины в индивидуальных дозах. Оценивался уровень общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и ХС-нелПВП. Полуавтоматический подсчет коронарного кальциевого индекса (КИ) по шкале А. Agatston во время диагностической МСКТ коронарографии и нативном исследовании компьютерной томографии органов грудной клетки с идентификацией коронарного кальциевого коэффициента (на 64 мультисрезовом компьютерном томографе).

Результаты исследования. Среднее значение ОХС в группе составило $4,37$ ($3,65; 5,12$) ммоль/л, ХСЛПНП – $2,86$ ($2,01; 3,57$) ммоль/л, ЛПВП – $1,34$ ($1,06; 1,51$) ммоль/л, ХС-нелПВП – $3,03$ ($2,27; 3,03$) ммоль/л, что превышало целевые уровни. Наблюдалась тенденция к снижению проатерогенных фракций

с увеличением величины КИ. Так, у лиц с КИ >400 в сравнении с КИ до 400 , составила 10% , что несколько меньше, чем среди пациентов с КИ 1000 , характеризующихся наиболее высоким риском осложнений, при сравнении с пациентами с КИ $1-400$, липидограммы статистически значимо не отличались. Установлена достоверная отрицательная корреляционная связь средней силы уровня ХСЛПВП с величиной КИ ($r_s = -0,42$). Интерпретация полученных результатов достаточно сложна, учитывая отсутствие различий средних величин в этих группах. Обнаружена достоверно сильная положительная корреляционная связь КИ с уровнем ТГ ($r_s = 0,88$, $p1000$), чего не отмечалось в предыдущих группах.

Выводы. Известна прямая взаимосвязь коронарного кальциноза со смертностью от ИБС и в то же время – протекторная роль кальцификации на фоне приема статинов. Обнаруженные в нашей работе противоречивые данные могут являться отражением участия других, помимо дислипидемии, факторов в прогрессировании атеросклероза. В этой связи актуален поиск новых биомаркеров состояния коронарного русла и сердечно-сосудистого риска у лиц с ИБС, особенно на фоне уже проводимой коррекции этого риска.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ЗАХИРАСИНИ БАҲОЛАШ

ТУРАҚУЛОВ Р.И., ҚУРБОНОВ Ш.Т., РУСТАМОВ А.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги билан кечганда стандарт даво негизда натрий-глюкоза ко-транспорттери 2-тип ингибиторининг буйрақлар функционал захирасига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотга ЮИК ва ГК негизда ривожланган СЮЕ мавжуд 110 нафар беморлар жалб этилди. Улар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ СЮЕ мавжуд буйрақлар дисфункцияси мавжуд 40 нафар беморлардан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $63,2 \pm 1,2$ йилга тенг эди. Уларнинг 16 (40%) эркаклар ва 24 (60%) аёлларни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг 18 (45%) нафарида СЮЕ II функционал синф (ФС), 22 (55%) нафарида касалликнинг III ФС аниқланди. Назорат гуруҳини эса 30 нафар СЮЕ мавжуд буйрақлар функционал ҳолати сақланган беморлар ташкил этдилар. Уларнинг ўртача ёши $61,8 \pm 1,2$ йилга, 16 (53,33%) эркаклар ва 14 (46,67%) аёлларни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг 14 (46,67%) нафарида СЮЕ II ФС, 16 (53,33%) нафарида касалликнинг III ФС аниқланди. Кузатувга олинган барча беморлар стандарт даво негизда глюкоза-натрий симпортер 2 ингибитори (ГНС 2и) – форсига буюрилди.

Тадқиқод натижалари. Тадқиқотга жалб қилинган беморларда буйрақлар функционал захираси (БФЗ) доволашдан олдин ва ўтказилган муолажалардан кейинги самарадорлиги креатинин кўрсаткичлари ёрдамида коптокчалар фильтрацияси тезлиги таққослаб баҳоланди.

СЮЕ мавжуд COVID-19 ўтказмаган ҳамда стандарт муолажалар қабул қилган назорат гуруҳи беморларда БФЗ муолажалардан олдин $5,1 \pm 0,4\%$ ташкил этган бўлса, ундан кейин $6,6 \pm 0,3\%$ га кўтарилгани қайд этилди. Асосий, яъни А, гуруҳда СЮЕнинг стандарт давоси билан бирга ГНС 2и – дапаглифлозин (форсига) қабул қилган беморларда муолажалардан кейин БФЗ 1,6 мартага ($p < 0,01$) ошганлиги аниқланди. Б гуруҳ, яъни ГНС 2и – дапаглифлозин (форсига) қабул қилмаган, фақат стандарт муолажалар ўтказилган СЮЕда БФЗ кўрсаткичлари 1,1 баробарга ($p > 0,05$), назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 1,3 ($p > 0,05$) га тенг бўлди. Демак, таҳлиллар А гуруҳда БФЗ 4,4% бўлиб захира йўқлиги аниқланган бўлса, форсига кўшиб ўтказилган комплекс муолажалардан сўнг бу кўрсаткич 6,4% ошиб, захира пайдо бўлганлигини кўрсатди. Б гуруҳда эса бу кўрсаткичлар мос равишда 2,8% дан 3,3% га ошганлиги кузатилса-да, БФЗ йўқлиги тасдиқланди. Назорат гуруҳида эса муолажаларгача 5,1% ва ундан кейин 6,6% га ошганлиги аниқланди. Бу ушбу гуруҳ беморларда БФЗ пасайган эканлигидан далолат беради.

Хулоса. Кўрсаткичлар асосий А гуруҳда 2,8 баробарга ошди, Б гуруҳда 1,3 марта камайди, назорат гуруҳида эса 1,1 баробарга ошди. Бу глюкоза-натрий симпортер 2 ингибиторининг нефропротектив, хусусан буйрак коптокчаларида босимни камайтириши билан боғлиқ деб ҳисобладик.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ТЎСАТДАН АРИТМИК ЎЛИМ НОИНВАЗИВ ХАТАР ОМИЛЛАРИ ТАРҚАЛИШИ

ТУРСУНОВ Э.Я., ХОЛМУРОДОВ Ш.Ш., РАХИМОВ П.У.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Миокард инфаркти ўтказган, МИнинг ўткир давридан 40 кундан кейинги даврида бўлган, ЧҚОФ бир оз пасайган ва сақланган ($>40\%$) беморларда ТАЎ ноинвазив хатар омиллари тарқалишини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотга 270 нафар анамнезида миокард инфаркти ўтказган бемор олиниб, ўртача $63,6 \pm 8,3$ ёш 64 [58; 69]. Барча беморлар стационар шароитда стандарт текширувлар қилинди. МИ ташхиси 4-универсал аниқлагич асосида қўйилган. ТАЎ ноинвазив хатар омиллари (НИХО) сифатида ХМЭКда

аниқланувчи қуйидаги хатар омиллар олинди: Юрак ритми вариабеллиги (ЮРВ)-SDNN < 70 мс дан пастлиги, (2) юрак ритми турбулентлиги (ЮРТ) – То $> 0\%$, Ts $< 2,5$ мс/RR дан оғиши (3). Нотурғун қоринчалар тахикардияси (НҚТ) - (3 ва) ундан ортиқ биргаликдаги ҚЭ), (4) Биггер бўйича Қоринчалар экстрасистолияси (ҚЭ) ≥ 10 /соат кўплиги, (5) Потенциал ҳаёт учун хавфли қоринчалар экстрасистолияси (ПХУХҚЭ)- Low Wolf – III, IVA, IVB синф, (6) QTс интервали патологик узайиши (≥ 440 мс, А >450 мс). Беморларда атеросклеротик коронар томирлар

шикастланиш сонига нисбатан стентлаш амалиёти ўтказилишига қараб 3 гуруҳга ажратилди: тўлиқ реваскуляризация (ТР) гуруҳи (n=115), нотўлиқ реваскуляризация (НТР) (n=94) ва реваскуляризация бўлмаган (РБ) (n=61) гуруҳига ажратилди ва гуруҳларда НИХО учраш даражаси ўзаро таққосланди.

Тадқиқот натижалари. Натижалар шуни кўрсатадики, МИ ўтказган беморларда умумий ўрганилган ноинвазив хатар омиллар

кўрсаткичлари барча гуруҳларда ўзаро тафовутсиз кенг даражада тарқалганлигини кўриш мумкин. ЮРВ кўрсаткичининг патологик пасайиши бемор гуруҳларида 93% дан 95,7% гача, ПХУХҚЭ 53,1%дан 65,5% гача ва Биггер бўйича ҚЭнинг 10/соатдан кўп учраши 41% дан 50%гача, патологик ЮРТ 21%дан 26,3%гача, QTc интервали кўрсаткичининг патологик узайиши 22,6%дан 32,6% гача, НҚТ 7,8%дан 18%гача қайд этилди.

Кўрсаткичлар	Реваскуляризация тури			χ ²	p
	ТР n=115	НТР n=94	РБ n=61		
ПХУХҚЭ, n (%)	61 (53,1%)	55 (58,5%)	40 (65,5%)	3,045	0,218
НИХО (>10/соат) ҚЭ (Bigger), n %	43 (37,4%)	47 (50%)	25 (41%)	2,109	0,348
НИХО (нотурғун қоринча тахикардияси) n %	9 (7,8%)	11 (11,7%)	11 (18,0%)	5,304	0,071
НИХО SDNN (<70 мс), n %	107 (93,0%)	90 (95,7%)	57 (93,4%)	0,791	0,673
НИХО ЮРТ n %	24 (20,9%)	24 (25,5%)	16 (26,3%)	0,627	0,731
НИХО (QTc интервали узайиши) n %	26 (22,6%)	28 (29,8%)	20 (32,7%)	2,41	0,300

Хулоса. МИнинг ўткир давридан 40 кундан кейинги даврида бўлган, ЧҚОФ >40%дан юқори беморларда ТАЎ ўрганилган 6 та НИХОларидан энг кўп тарқалгани бу ЮРВ кўрсаткичининг

патологик пасайиши бўлиб, қарийб ҳар 10 нафар беморнинг 9 нафариди, НҚТ энг кам кузатилиб, қарийб ҳар 10 беморнинг 1 нафариди қайд этилади.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

УРАЗАЛИНА С.Ж.¹, НУРГАЛИЕВА Г.К.², БАЙБОРИЕВА Д.Е.³, ТАСЫРОВА С.Т.³

¹НАО «Казахский национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова»,
²Казахский национальный университет им Аль-Фараби, ³ГКП на ПХВ Городской кардиологический
 центр УЗ, Алматы, Казахстан

Цель исследования. Определить взаимосвязь между такими параметрами жесткости артериальной стенки, как кфСПВ и CAVI, с показателями каротидного атеросклероза (ТИМ, наличие АСБ) у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование включено 100 человек в возрасте 40–70 лет: 45 мужчин, 55 женщин (56,54±8,98 года). Пациенты разделены на 2 группы: 1-ая – 42 с МС; 2-ая – 58 без МС. Вычислялись такие параметры жесткости артериальной стенки, как кфСПВ и CAVI. За пороговые значения приняты величины, рекомендованные производителями и Европейским консенсусом экспертов по артериальной жесткости (кфСПВ≤10м/с; CAVI<8). Для оценки «толщины интима-медиа» (ТИМ) и атеросклеротических бляшек (АСБ) в сонных артериях применялось дуплексное сканирование сонных артерий.

Результаты исследования. В группе с МС параметр CAVI статистически значимо

коррелировал с показателями каротидного атеросклероза: ТИМ (OR=4,94 95%; CI: 1,49-3,80; p=0,047) и наличием АСБ в сонных артериях (OR=3.06; 95% CI: 1,42-2.28; p=0,065). Однако статистически значимых взаимосвязей параметра кфСПВ с показателями каротидного атеросклероза не выявлено (p>0,05). В группе без МС ни один из параметров жесткости артериальной стенки не коррелировал ни с одним из показателей каротидного атеросклероза (p>0,05).

Вывод. Параметр CAVI в отличие от параметра кфСПВ статистически значимо коррелировал с показателями каротидного атеросклероза в группе пациентов с метаболическим синдромом. В связи с этим данный параметр может быть использован не только для оценки жесткости артериальной стенки, но и для определения субклинических признаков каротидного атеросклероза у данной группы пациентов.

МИТРАЛ ҚОПҚОҒИ КРИТИК СТЕНОЗИНИНГ ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БАЛЛОН ВАЛВУЛОПЛАСТИКАСИ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

ХАЙДАРОВ М.И.

Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Шошилинч ҳолатларда митрал қопқоқ критик стенозли беморларда баллон валвулопластика (БВ) усулини такомиллаштириш орқали амалиёт самарадорлигини ошириш ва асоратларни камайтириш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотга 2020–2023 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт марказининг шошилинч кардиология бўлимига қабул қилинган 84 нафар митрал қопқоқ критик стенози (МККС) билан ташхис қўйилган беморлар киритилди. Барча беморларда шошилинч БВ амалиёти ўтказилди. Беморлар ёши ўртача $55 \pm 7,5$ ёшни ташкил қилди. Уларнинг 60% аёллар, 40% эса эркаклардан иборат эди. Беморларнинг барчасида клиник кўринишлар оғир даражада бўлган ва уларда клапанларнинг кальцификацияси, чап қоронғининг катталаниши ва ўпка гипертензияси аниқланган. Статистик таҳлилга R ва SPSS дастурларидан фойдаланилди. Асосий эътибор БВдан кейинги гемодинамик кўрсаткичлар ва клиник самарадорликни баҳолашга қаратилди.

Тадқиқот натижалари. БВ амалиётининг муваффақиятли ўтказилгани ҳолда 84 беморнинг 92,5% да гемодинамик ҳолат яхшиланиши кузатилди. Митрал қопқоқ майдони амалиётдан кейин $1,5 \pm 0,3$ см² дан $2,1 \pm 0,4$ см² га ошди ($p < 0,05$). Шошилинч БВдан кейин 72,4% беморларда клиник ҳолат яхшиланиши, хусусан, диспноэ ва ўпка гипертензиясининг камайтириши қайд этилди. 7 нафар беморда (8,3%) асоратлар, жумладан, клапан регургитацияси ва ўпка артериясининг тромбозмболияси кузатилди. Асоратлар БВ техник жиҳатлари билан боғлиқ бўлиб, клапан кальцификацияси юқори даражада бўлган беморларда кўпроқ учради.

Хулоса. Шошилинч ҳолатларда МККСли беморларда БВ юқори самарадорликка эга ва асоратларни камайтириш имконини беради. Амалиётдан кейинги гемодинамик яхшиланишлар ва клиник ҳолатдаги ўзгаришлар мазкур усулнинг шошилинч ҳолатлардаги муҳим аҳамиятини тасдиқлайди. Беморларнинг техник омилларига кўпроқ эътибор қаратилса, асоратлар хавфини камайтириш мумкин.

КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ СТЕНТОВ (СТЕНТЫ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ – DES И САМОРАССАСЫВАЮЩИЕСЯ КАРКАСЫ – BVS) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ИБС

ХОЛИКУЛОВ С.Ш.¹, ЭШПУЛАТОВ А.С.¹, ПИРМАНОВ Ш.В.¹, ЮЛДОШЕВ Н.П.²

¹Многопрофильная частная медицинская клиника «SOG'LOM HAYOT», ²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка клинико-ангиографических данных и использование различных типов стентов (стенты с лекарственным покрытием – DES и саморассасывающиеся каркасы – BVS) у больных с различной формой ИБС.

Материал и методы. Было обследовано 159 мужчин с различной формой ИБС. Средний возраст – $53,4 \pm 10,0$ года. В зависимости от формы ИБС были выделены 3 группы: 1 гр. – 68 больных со стабильной ИБС (контроль); 2 гр. – 38 больных с NSTEMI и 3 гр. – 53 больных с STEMI. Всем больным было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с установкой различных типов стентов.

Результаты исследования. Анализ групп по возрасту установил, что лица 3 гр. оказались самыми молодыми (ср.возраст $=50,7 \pm 10,3$ года, что на 5,7 года ($p=0,001$) и 1,1 года ($p=0,618$) моложе, чем в 1-й и 2-й группах).

Среднее количество пораженных сосудов в 1 гр. составило $1,4 \pm 0,6$; во 2 гр. – $1,3 \pm 0,6$ ($p=0,412$) и в 3 гр. – $1,5 \pm 0,8$ ед. ($p=0,434$). Соотношение одно- и многососудистых поражений в сравниваемых группах было: 66,2/33,8%; 76,3/23,7% ($p=0,384$ и $\chi^2=0,757$) и 62,3/37,7% ($p=0,799$ и $\chi^2=0,065$). т.е. у больных с STEMI в патологический процесс вовлекалось большее количество сосудистых поражений. Референсные значения диаметра пораженной артерии и длины поражения существенно не различались (все $p > 0,05$).

В общей сложности в 48,4% случаях были установлены BVS и в 51,6% случаях – DES. По выделенным группами соотношение BVS/DES составило: в 1 гр. – 44,1/55,9%; во 2 гр. – 55,3/44,7% ($p=0,369$ и $\chi^2=0,808$) и в 3 гр. – 49,1/50,9% ($p=0,721$ и $\chi^2=0,127$).

Ни в одном случае составляющих MACE не наблюдалось. Все ЧКВ были проведены успешно, независимо от типа стентов.

Выводы. Пациенты с STEMI оказались наиболее молодыми, но характеризовались превалированием многососудистых поражений, при

этом им устанавливались как DES, так и BVS в одинаковых пропорциях.

ADHERENCE TO ANTITHROMBOTIC DRUGS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

KHODJANOVA SH.I.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Aim. To study adherence to acetylsalicylic acid in patients with chronic coronary heart disease.

Materials and research methods. The study included 76 patients with chronic coronary artery disease from 45–75 years old who are in the inpatient department of cardiology Republican specialized scientific and practical Center of Therapy and Medical Rehabilitation. The exception was myocardial infarction or stroke, suffered less than 3 months ago, acute coronary syndrome, chronic diseases in the acute stage. All patients underwent examination, anamnesis and biochemical blood analysis and electrocardiography. The scale of the report on adherence to treatment – 4 subjects, the scale of the report on drug adherence – Moriscos-Green test MARS), contains 4 questions about taking medications. When processing is calculated the total score. Complaints are considered to be patients who score 4 points. All the patients were asked to complete a questionnaire on assessing adherence during their stay in hospital.

The results of the study. According to the results of the Moriscos-Green test, 21 patients (27,6%) out

of the number of participants in the survey were identified as unsuitable for prescribed treatment (those who scored 4 points), 55 patients (72,4%) had good or satisfactory compliance (2-4 points according to the test results). Patients could choose several reasons. Patients named: dangerous development of side effects ($n = 5$), forgetfulness ($n = 5$), high cost of medications ($n = 2$), the need to take a large amount of drugs at the same time (polypharmacy) ($n = 1$), unwillingness to continue taking medications ($n = 2$), the lack of a tangible effect from drug therapy ($n = 1$), there is no reason ($n = 1$), insufficient informativeness of patients about their illness ($n = 4$).

Conclusions. According to the survey results, it was shown that almost a third of patients. Along with personal factors, patients experience low adherence to treatment. The main causes of poor adherence to treatment was the lack of awareness of patients about their illness, the possibilities of modern therapy. This indicates the need for cooperation between the doctor and patient. Only in the conditions of continuous bilateral cooperation.

IMPACT OF ROSUVASTATIN DOSAGE ON MYOCARDIAL STRAIN AND LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS POST-PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

UBAYDULLAEVA SH.M., ALYAVI B.A., LATIPOV F.F.

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

Aim. To evaluate the impact of different rosuvastatin dosages (20 mg and 40 mg) on myocardial longitudinal strain (GLS) indices and lipid profile in patients with IHD and T2DM who have undergone PCI.

Materials and Methods. The study included 60 patients aged 58 to 64 years with IHD and T2DM who had undergone PCI. Patients were randomized into two groups: the first group received 20 mg rosuvastatin ($n=30$), and the second group received 40 mg ($n=30$). Before PCI, ejection fraction (EF) was normal (mean 55–57%), but GLS indices were reduced (mean – $15,5 \pm 1,5\%$). The lipid profile of both groups was elevated: total cholesterol (TC) $> 6,5$ mmol/L, low-density lipoprotein (LDL) $> 4,0$ mmol/L, and triglycerides (TG) $> 2,0$ mmol/L.

Results. Post-PCI, all patients exhibited similar single-vessel disease. GLS improved in both groups

after 3 month PCI. In the first group, GLS improved from – $15,5 \pm 1,4\%$ to – $17,2 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), and in the second group, from – $15,6 \pm 1,7\%$ to – $19 \pm 1,1\%$ ($p < 0,01$). The lipid profile also improved in both groups but was more significant in the second group: total cholesterol decreased to 4,0 mmol/L in the first group and to 3,2 mmol/L in the second group ($p < 0,01$), LDL to 2,5 mmol/L and 1,8 mmol/L, respectively ($p < 0,01$).

Conclusions. The use of high doses of rosuvastatin (40 mg) after PCI in patients with IHD and T2DM leads to a significant improvement in myocardial longitudinal strain (GLS) compared to therapy with 20 mg rosuvastatin. High doses of rosuvastatin also contribute to a significant improvement in the lipid profile, emphasizing the importance of intensive lipid-lowering therapy in this patient population.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х.¹, МАТКОМИЛОВ Ж.А.², АРИПОВ Б.С.¹

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, ²Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения и реабилитации больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с остеоартритом (ОА).

Материал и методы. Больные ХОБЛ 2-й степени тяжести с ОА II стадии (26 с ОА коленных суставов, 14 полиостеоартритом и 12 – ОА тазобедренных суставов) на фоне базисного лечения и приема бальзама на основе лекарственных растений (экстракты левзеи сафроловидной, плодов боярышника, шиповника, календулы, мяты перечной гвоздичного дерева, солодки, аниса и алоэ) по 5–10 мл за 5 мин до еды 2 раза в день, занимались по индивидуально подобранным программам ЛФК по заболеваниям легких и опорно-двигательного аппарата. В комплекс включали ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотную микроволновую, крайне высокочастотную, магнито- или лазеротерапию, массаж. Изучали функцию внешнего дыхания, показатели пикфлуометрии, С-реактивный белок, общий анализ крови и мокроты. Статус здоровья оценивали с использованием общего вопросника SF36.

Результаты исследования. У обследуемых уменьшилась одышка до $1,3 \pm 0,15$ и кашель до $1,2 \pm 0,16$ баллов на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по данным пикфлуометрии до $343,4 \pm 23,1$ л/мин. Установлена положительная динамика показателей функции внешнего дыхания и клинико-биохимических исследований. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с лабораторными показателями (С-реактивный белок, лейкоциты, СОЭ, мокрота). Начиная со 2-й недели уменьшились боли и признаки ОА, более значимые у больных с ОА коленных суставов: уменьшение боли при движении по

визуальной аналоговой шкале к 3-му месяцу до 30 ± 3 и боли в покое до 12 ± 3 мм, а индекс Лекена до $4 \pm 0,3$. У больных полиостеоартритом уменьшение боли при движении до 28 ± 6 мм к 3-му месяцу наблюдений (в покое до 13 ± 4 мм). Индекс Лекена уменьшился до $4,5 \pm 0,51$. У пациентов с ОА тазобедренных суставов боль при движении уменьшилась до 36 ± 6 мм, а в покое до 22 ± 4 мм, индекс Лекена уменьшился до $5 \pm 0,5$. Через 3 месяца у всех пациентов наблюдали значительное снижение индекса боли по визуальной аналоговой шкале при движении и в покое. Фитопрепарат, обладающий противовоспалительным, спазмолитическим и адаптогенным действием и повышающий сопротивляемость организма к вредным воздействиям внешней среды, позволил уменьшить дозу или отменить прием нестероидных противовоспалительных и других базисных препаратов. Через 3 месяца 20% пациентов принимали их по требованию, а 80% пациентов отказались от нестероидных противовоспалительных препаратов. Комплексное применение фармакотерапии и немедикаментозных методов при ХОБЛ с ОА повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает результаты заключительного этапа легочной и суставной реабилитации. Включение в программу реабилитации бальзама на основе лекарственных растений повысило её эффективность, что благоприятно отразилось на качестве жизни этой категории пациентов.

Выводы. Больным ХОБЛ с ОА с целью повышения толерантности к физической нагрузке и уменьшения выраженности клинических симптомов рекомендуется применение комбинированных программ суставной и лёгочной реабилитации. Диагностические и лечебно-реабилитационные стратегии должны руководствоваться также уточнением фенотипа ХОБЛ и ОА.

СОСТОЯНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., АРИПОВ Б.С., МУМИНОВ Д.К.

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

Цель исследования. Изучить состояния легочной гемодинамики и дисфункции диафрагмальных мышц у больных хронической обструктивной болезнью легких в динамике комплексного лечения с небивололом.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ года, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ года), 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). Ультразвуковым методом оценивалось функциональное состояние диафрагмальных мышц.

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 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 проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца и дисфункции диафрагмальных мышц.

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

НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., АРИПОВ Б.С., МУМИНОВ Д.К.

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

Цель исследования. Изучить параметры качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией после перенесенного COVID-19.

Материал и методы. Скрининг-анкетирование по Сиедтскому опроснику проведено у 52

больных. Изучение параметров качества жизни больных ХОБЛ проводилось по специализированному Сиедтскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Сиедтский 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 (ВСП) 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 после перенесенной COVID -19 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 после перенесенной COVID-19.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ, ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АРИПОВ Б.С., РАХИМОВА Д.А.

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

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

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

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

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

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АРИПОВ Б.С., РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ А.Л.

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

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

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

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

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

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

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

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АРИПОВ Б.С., АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А.

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

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

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

Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной

гемодинамики и уровень стабильных метаболитов оксида азота (CM_{NO}) в плазме крови.

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

Выводы. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на

правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛГ прямо зависят

от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АРИПОВ Б.С., РАХИМОВА Д.А.

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

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

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

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки глицерозина в дозе 5–10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2011) и озонотерапии (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л).

Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

Результаты исследования. При применении глицерозина на фоне стандартной терапии

и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза СмNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раза ($p<0,05$).

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 отношение раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ($p<0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах.

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

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

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., РУЗИЕВА Х.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ХСН у больных с наличием ХОБЛ.

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью обследованы 75 человек с ХСН, госпитализированных в ГУ «РСНПМЦТимР» в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы, в зависимости от наличия ХОБЛ. Всем больным выполнялись спирография на аппарате «Спектротомед», калибровочный насос «Schiller calibration Syringe (3L, Switzerland)», Эхо-КГ на аппарате «Samsung V8» с одновременной регистрацией двухмерной эхокардиограммы и доплерэхокардиограммы в импульсном режиме. Оценивались клинические проявления ХСН, использовались шкала оценки клинического

состояния при ХСН (ШОКС), модифицированная шкала одышки (mMRC), индекс коморбидности Чарльсона.

Результаты исследования. Среди обследованных больных 62 (83%) пациента находились в отделении кардиологии, из них у 25 (40%) была выявлена ХОБЛ. Впервые диагностирована ХОБЛ у 13 (21%) больных, госпитализированных в отделение кардиологии. У 38 (50,7%) пациентов при проведении спирографии была диагностирована ХОБЛ (группа 2), а группу 1 составили 37 больных без признаков ХОБЛ. Как представлено в таблице 1, пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, частоте и длительности артериальной гипертензии, анамнезу стенокардии, индексу массы тела.

Среди больных 2-й группы проявления сердечной астмы были отмечены у 9 (24%) больных, а у 4 (11%) выявлены пульсация и набухание шейных вен. Установлены снижение физической работоспособности (проба с шестиминутной ходьбой) ($p<0,001$) и более выраженная гипоксемия ($p<0,001$) у пациентов с ХОБЛ и ХСН по сравнению с больными без респираторной патологии. По данным ТШХ, в 1-й группе у большинства пациентов (81,1%) установлен 3-й ФК ХСН, у 3 (8,1%) больных – 2-й ФК и у 4 (10,8%) больных – 4-й ФК. Во 2-й группе также преобладал 3-й ФК (76,3%), у остальных диагностирован 4-й ФК (23,7%). Длительность одышки как одного из основных симптомов ХОБЛ и ХСН была сопоставима у пациентов с наличием и отсутствием ХОБЛ. В то же время длительность кашля как одного из основных респираторных симптомов ХОБЛ была больше у больных с наличием респираторной патологии ($p<0,001$).

Пациенты с ХОБЛ и ХСН имели выраженные нарушения функции внешнего дыхания. Большая часть пациентов (60%) страдали тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ.

Выводы. Проблема дифференциальной диагностики одышки зачастую имеет непростое решение. Причиной одышки может стать широкий спектр патологий: сердечная и дыхательная недостаточность, анемия, ожирение и др. Особую сложность представляет выявление ХСН у больных ХОБЛ. Связано это в основном с наличием эмфиземы, которая, как достаточно специфическое проявление ХОБЛ может быть и вторичной, обусловленной интерстициальным отеком легких. В связи с этим данные спирографии у больных с тяжелой декомпенсацией сердечной деятельности зачастую являются не вполне объективными, однако сохраняется соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ более 0,7 при отсутствии ХОБЛ.

СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., РУЗИЕВА Х.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности систолической функции левого желудочка у больных с ХСН на фоне ХОБЛ.

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью обследованы 75 человек с ХСН, госпитализированных в ГУ «РСНПМЦТиМР» в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы, в зависимости от наличия ХОБЛ. Всем больным выполнялись спирография на аппарате «Спектромед», калибровочный насос «Schiller calibration Syringe (3L)» с использованием датчика с частотой 2,75 МГц с одновременной регистрацией двухмерной эхокардиограммы и доплерэхокардиограммы в импульсном режиме. Оценивались клинические проявления ХСН, использовались шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), модифицированная шкала одышки (mMRC), индекс коморбидности Чарльсона.

Результаты исследования. У пациентов с ХОБЛ и ХСН фракция выброса ЛЖ достоверно выше этого показателя у больных без ХОБЛ ($p<0,05$). Систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса менее 35%) отмечалась у 6 (16%) пациентов с ХОБЛ и ХСН, у 7 (19%) больных без ХОБЛ. Фракция выброса менее 45% (используется в ряде исследований как показатель сниженной ФВ) имела у 30 (81%) больных без ХОБЛ и у 20 (54%) пациентов с ХОБЛ и ХСН. Больные с промежуточными значениями ФВ (от 35 до 50%) относятся к так называемой серой зоне, и их рекомендуется рассматривать как имеющих незначительную

систолическую дисфункцию. Таких пациентов в обследуемой нами группе было 47 (62%): 26 (34%) больных не имели признаков ХОБЛ, а у 21 (28%) пациента диагностирована ХОБЛ. Нормальная фракция выброса (более 50%) выявлена у 4 (11%) пациентов без ХОБЛ и у 11 (29%) больных с ХОБЛ ($p<0,001$).

Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) у пациентов с ХОБЛ и ХСН достоверно превышает уровень аналогичного показателя у больных без ХОБЛ ($p<0,05$). У пациентов с ХОБЛ и ХСН более высокий уровень легочной гипертензии может быть связан с сочетанными механизмами ее развития. При этом, учитывая сохранную фракцию выброса ЛЖ у большинства пациентов с ХОБЛ, значимый вклад вносит формирование легочной гипертензии в рамках хронического легочного сердца.

Выводы. Выявление низкого ФВ ЛЖ у больных с ХОБЛ также затруднено из-за неспособности больных достигнуть того уровня нагрузки, которая может привести к появлению болевого синдрома. С увеличением давления в легочной артерии связаны более выраженные нарушения некоторых клинических и инструментальных параметров. Таким образом, больные с наличием ХОБЛ требуют особого внимания, более детального сбора анамнеза и тщательного анализа полученных данных для своевременной диагностики кардиальной патологии и назначения специфической терапии, в том числе и высокоселективных бета-блокаторов.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., РУЗИЕВА Х.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить корреляционные взаимоотношения клинических параметров у больных с ХСН и ХОБЛ в зависимости от наличия или отсутствия ХОБЛ.

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью обследованы 75 человек с ХСН, госпитализированных в ГУ «РСНПМЦТИМР» в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы, в зависимости от наличия ХОБЛ. Всем больным выполнялись спирография на аппарате «Спектротомед», калибровочный насос «Schiller Calibration Syringe (3L)», Switzerland, ЭхоКГ на аппарате «Samsung V8» с одновременной регистрацией двухмерной эхокардиограммы и доплерэхокардиограммы в импульсном режиме. Оценивались клинические проявления ХСН, использовались шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), модифицированная шкала одышки (mMRC), индекс коморбидности Чарльсона.

Результаты исследования. При проведении корреляционного анализа у больных ХСН, страдающих ХОБЛ, выявлена обратная взаимосвязь СДЛА с переносимостью физической нагрузки (тест с шестиминутной ходьбой) ($r=-0,40$, $p<0,05$), сатурацией ($r=-0,55$, $p<0,01$) и прямая – с длительностью одышки ($r=0,39$, $p<0,05$) и количеством баллов по ШОКС ($r=0,33$, $p<0,05$). При оценке взаимосвязей СДЛА с параметрами Эхо-КГ была выявлена ожидаемая сильная прямая связь с размером правого предсердия (ПП) ($r=0,80$, $p<0,001$), конечным диастолическим размером правого желудочка (КДР ПЖ) ($r=0,80$, $p<0,001$), толщиной передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ) ($r=0,62$, $p<0,001$). У больных

с ХСН без ХОБЛ обнаружены аналогичные обратные взаимосвязи СДЛА с SaO₂ ($r=-0,62$, $p<0,001$), переносимостью физической нагрузки (тест с шестиминутной ходьбой) ($r=-0,39$, $p<0,05$) и прямые – с ШОКС ($r=0,40$, $p<0,05$), шкалой выраженности одышки mMRC ($r=0,34$, $p<0,05$), возрастом ($r=0,40$, $p<0,05$) и функциональным классом ХСН ($r=0,39$, $p<0,05$). Выявлены сильные прямые взаимосвязи с параметрами правых отделов сердца: с ПП ($r=0,81$, $p<0,001$), с КДР ПЖ ($r=0,48$, $p<0,01$), с ТПСЖ ($r=0,67$, $p<0,001$).

Выводы. Диагностика ХСН у больных с ХОБЛ достаточно сложна, что связано со схожестью клинической картины обеих патологий, особенно на ранних этапах их развития. У больных с сочетанной патологией наблюдаются уменьшение толерантности к физической нагрузке, усугубление явлений гипоксемии, увеличение ЧСС, более высокий уровень СДЛА. С увеличением давления в легочной артерии связаны более выраженные нарушения некоторых клинических и инструментальных параметров. У больных обеих групп одинаково часто выявлялась систолическая дисфункция левого желудочка (ФВ <40%). При анализе проводимой терапии отмечена недостаточная дозировка бета-блокаторов у больных с ХОБЛ, что может усугублять течение и прогрессирование ХСН. Таким образом, больные с наличием ХОБЛ требуют особого внимания, более детального сбора анамнеза и тщательного анализа полученных данных для своевременной диагностики кардиальной патологии и назначения специфической терапии, в том числе и высокоселективных бета-блокаторов.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ЖУРАЕВА З.Р.¹, АХМЕДЖАНОВА З.И.².

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, ²Институт иммунологии и геномики человека при АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить содержание витамина D у детей с воспалительными заболеваниями органов дыхания и влияние его на течение болезни.

Материал и методы. Проведено исследование 50 больных с воспалительными заболеваниями органов дыхания госпитализированные в отделение пульмонологии клиники ТашПМИ. Средний возраст детей составил $6,2\pm 3,1$. Из них 30 больных с диагнозом внебольничной пневмонии средней тяжести составили первую группу. Вторую группу для сравнения

составили 20 детей с диагнозом острый бронхит. Уровень витамина D в сыворотке крови был проанализирован с помощью метода высокоэффективной жидкостной хроматографии на анализаторе Liason Dia Sorin Pleutschland GmbH Germany. Уровень витамина D $30\leq 70$ нг/мл расценивался нами как оптимальной, в пределах 20-29 нг/мл – недостаточный, ≤ 20 нг/мл – как дефицит.

Результаты исследования. Анализ результатов проведенных исследований показал, что в первой группе пациентов с пневмонией – у

27,4% больных был выявлен дефицит витамина D, у 50% недостаточный уровень, у 22,6% оптимальное содержание витамина D. У пациентов второй группы с острым бронхитом – у 11,4% больных был дефицит витамина D, у 32,3% недостаточное поступление, у 56,1% оптимальное содержание витамина D. Выявлена положительная взаимосвязь низкого уровня витамина D с тяжестью состояния пациента, клинической картиной и рентгенологическими изменениями, в частности с площадью поражения легких. Сравнительный анализ показал более выраженную недостаточность витамина D у пациентов с пневмонией, в сравнение с острым бронхитом.

Выводы. Проведенные исследования показали, что низкий уровень витамина D влияет на клинические и лабораторные

показатели больных бронхолегочной патологией. Выявлена положительная корреляция низкого уровня витамина с более тяжелым течением заболевания. Обнаружено, что более низкий уровень витамина D выявлен у большего количества пациентов с пневмонией, по сравнению с острым бронхитом. Изучение роли витамина D для формирования врожденного и приобретенного иммунитета и адекватного иммунного ответа, использование его в качестве дополнения к антибиотикам вероятно может помочь снизить детскую смертность, что требует и диктует проведение дальнейших исследований в этом направлении и необходимости раннего исследования назначения данного витамина часто болеющим детям.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РИСКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ ПРИЧИН ХОБЛ

КУТЛИМУРАТОВА М. Г¹. КЕНЖАЕВ М. Л²., МУХАМЕДОВА М.М.³

¹Хорезмский филиал РНЦЭМП, Хорезм, ²Соматическая больница Ташкентской области, ³РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования. Изучение степени распространенности и факторов риска ХОБЛ.

Материал и методы. По данным международной информационной системы Medline за период с 1990 по 2004 г. в различных странах по изучению распространенности ХОБЛ выполнена 5464 исследовательские работы. В нашем исследовании мы проанализировали источники для определения статистического анализа данного заболевания. Анализ данных был проведен по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. По выводом испанских исследователей (IBERPOC, 2000), из 78% больных только 49% больных получили лечение. При исследованиях выявлен рост распространенности ХОБЛ в последнее десятилетие, особенно отчетливо проявляющийся в развитых и развивающихся странах. По мнению ученых, обусловлен он прежде всего увеличением табакокурения по всему миру и изменениями возрастной структуры населения («старением

населения»). Следовательно, при международных исследованиях выявлено, что распространенность ХОБЛ составляет 9–10% среди людей старше 40 лет, а этот показатель резко повышается до 15,4 среди курильщиков. Табакокурение один из главных внешних факторов риска возникновения ХОБЛ. Табакокурение – оксидант, снижающий антиоксидантную способность легкого, инактивирует ауантитрипсина и ингибиторов внутрилегочной эластазы, также замедляет восстановление экстрацеллюлярного матрикса. Кроме того, основной причиной ХОБЛ является внешняя среда с загрязненной атмосферой, при которой риск увеличивается в 2,9 раза.

Выводы. Персонализированный подход к лечению ХОБЛ, предложенный международными экспертами, представляется эффективным средством оптимизации ведения больных ХОБЛ. Выявлен внешний фактор риска, как курение и неблагоприятные условия проживания в развитии ХОБЛ.

ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ ТАЎЛИЛИ

КУТЛИМУРАТОВА М. Г¹. КЕНЖАЕВ М. Л²., МУХАМЕДОВА М.М.³

РШТЎИМ Хоразм филиали, Хоразм, Тошкент вилояти ихтисослаштирилган Соматика касалхонаси, РШТЎИМ, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. ЎСОК билан оғриган беморлардаги клиник белгиларини ўрганиш

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотларга ХВКТТМ пульмонология бўлимидаги анамнезида ЎСОК билан оғриган 110 нафар бемор жалб қилинди. Беморлар бу

тадқиқот бошланишидан олдин спирометрия ва холтор мониторида кўрикдан ўтказилди. Беморларни қуйидаги критерий бўйича танлаб олдик: пациентларни ўртача ёши, ЎСОК ташхиси, УФН<50%, ХМ-ЭКГ да ишемик ўзгаришлар; беморларнинг роилик хати; Танлаб олинган

110 нафар беморда ЎСОК қўзиш даври, ЮИК, стабил зўриқиш стенокардияси ФК II. Гипертоник касаллик 1-2 босқичлари аниқланди. Беморлар артериал қон босим баланд бўлиши, жисмоний зўриқишда хансираш (200 метргача), юрак тез уриб кетиши, балғамли йўталга шикоят қилдилар. Беморлар энг кўп хансираш (59%) ва юрак сохасидаги оғриқларга (55,4%) шикоят қиладилар. Беморларнинг артериал босимини ўлчаганда айнан ЎСОК беморларда артериал қон босими

баландлиги пульмоген гипертензия, яъни қон билан таъминланиш бузилганлиги ҳисобига ЮИК ва АГ аниқланди. Шунингдек беморларда ушбу кўрсаткичлардан СРО ошганлиги аниқланди.

Хулоса: ЎСОК билан оғриган беморларда ўзига хос клиник симптомлар билан кечиши, эркаларда кўпроқ учраши (бу албатта тамаки чекиш билан боғлиқ), ЮИК бирга кечиши, қон босим баланд бўлиши, СРО баланд бўлиши кузатилди.

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

РАХИМОВА Д.А., АРИПОВ Б.С., МУМИНОВ Д.К.

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

Цель исследования. Изучение параметров клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Клинико-психологическое обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения «Астрокард» фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили доплерэхокардиографическое исследование 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. При корреляционном анализе 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 $86,1 \pm 0,9$ удара в минуту до $93,5 \pm 0,8$ удара в минуту, схожим образом изменилась максимальная и минимальная ЧСС.

При анализе спектральных параметров ВРС в группе больных с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатическое влияние 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. У больных 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 ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ А.Л., НУРИТДИНОВА С.К., АТАХОДЖАЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Оценка состояния центральной гемодинамики и эндотелийзависимой вазодилатации, также определение эффективности комплексной терапии у больных легочной

гипертензией. Изучение состояния центральной гемодинамики и дисфункции диафрагмальных мышц у больных хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой с ЛГ.

Материал и методы. Обследовано 26 больных ХОБЛ (1-я группа) и 21 больной БА (2-я группа). У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср. >25 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. Ультразвуковым методом оценивалось функциональное состояние диафрагмальных мышц.

Результаты исследования. До лечения выявлено существенное нарушение функции диафрагмальных мышц, выражающееся в сочетании усиления общего синтеза СmNO. У пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой подобная гиперпродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1-й группы.

При применении небивалола на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной дисфункции диафрагмальных мышц и гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза СmNO в плазме крови в 1-й и 2-й группах соответственно на 1,05 и 1,5 раза ($p<0,05$). 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 раза ($p<0,05$). 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.

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

Небивалол корректирует показатели СmNO в плазме крови соответственно, улучшает дисфункции диафрагмальных мышц, также эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

НАРУШЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., АЛЯВИ Б.А., АРИПОВ Б.С., МУМИНОВ Д.К.

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

Цель исследования. Исследование состояния дисфункции диафрагмальных мышц 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 гемодинамики изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения. Ультразвуковым методом оценивалось функцио-

нальное состояние диафрагмальных мышц. 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 моды $0,70\pm0,02$, увеличения показателей амплитуды моды $36,1\pm0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и функции диафрагмальных мышц.

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 индекса напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адап-

тации. 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 уменьшился индекс циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и

5,9%, также параллельно снижалась дисфункция диафрагмальных мышц ($p < 0,05$).

Выводы. В основе возникновения и развития БА, осложненной легочным сердцем, лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы и дисфункции диафрагмальных мышц, 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 приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ВЫБОР РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

САЛАЕВА М.С., РУСТАМОВА М.Т., ХАЙРУЛЛАЕВА С.С., АРЗИКУЛОВ И.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выбор реабилитационных мероприятий у больных бронхиальной астмой и оценка их влияния на течение заболевания.

Материал и методы. Обследованы 30 больных с бронхиальной астмой (БА). Методы медицинской реабилитации включали подключение к комплексному лечению больных БА методов физиотерапевтического воздействия: дарсон-вализация и амплипульс-терапия. Для местной дарсон-вализации использовали (аппарат «Искра-1»), импульсы переменного тока с несущей частотой 110 кГц, сила тока в разряде, не превышающая 0,02 мА, напряжение 50В. Продолжительность процедуры 5 минут. Курс лечения 7 дней. Амплипульс-терапией проводили воздействие переменными синусоидальными модулированными токами (СМТ) с помощью аппаратов «Амплипульс-4». Для генерации синусоидальных токов частотой 2000 Гц, модулированных частотой 50 Гц. Плотность тока не превышала 0,1 мА/см². Продолжительность не более 30 мин. На курс назначали 6 процедур. В контрольную группу включены 27 больных БА, которые принимали только базисную терапию.

Результаты исследования. У больных БА использование методов электрогимнастики дыхательных мышц определяло значительно лучшее

изменение в параметрах состояния респираторных мышц. По результатам комплексного лечения с включением методов электрогимнастики было отмечено, что у $88,2 \pm 7,8\%$ больных БА зарегистрировано повышение дискриминантного показателя утомления диафрагмы и лишь у $11,7 \pm 7,8\%$ его дальнейшее снижение, определяющее повышение степени утомления. У больных БА дискриминантный показатель утомления диафрагмы при комплексном лечении с включением методов электрогимнастики увеличивался на 79,3% (с $26,6 \pm 4,24$ до $47,7 \pm 8,16$).

Базисная терапия БА не приводила к достоверному приросту дискриминантного показателя утомления диафрагмы (с $29,9 \pm 4,09$ до $34,2 \pm 3,51$), что отмечалось лишь у $28,5 \pm 12,0\%$ больных БА, у $21,4 \pm 10,9\%$ больных БА дискриминантный показатель на фоне базисной терапии БА не изменялся и у $50,0 \pm 13,3\%$ больных – снижался.

Выводы. Результаты исследования показали, что методы, использованные нами в комплексном лечении больных БА, методы физиотерапевтического воздействия являются действенной мерой по устранению состояний утомления респираторных мышц и повышения уровня тренированности дыхательной мускулатуры у больных БА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

СУГРАЛИЕВ А.Б.¹, АКТАЕВА Ш.С.², КУСЫМЖАНОВА Ж.М.², АБИЛХАС А.А.²

¹Казахский национальный медицинский университет им Асфендиярова,

²РГП на ПХВ «Национальный госпиталь МЦ УД ПРК», г. Алматы, Казахстан

Цель исследования. Описать клинические фенотипы ТЭЛА на основании глубокого анализа клинических симптомов пациентов, кому был верифицирован диагноз ТЭЛА во время госпитализации.

Материал и методы. Перекрёстное исследование в период с 1 сентября 2016 года по 31

марта 2023 года, состоящее из ретроспективной части (с 1 сентября 2016 года по 31 декабря 2022 года) и проспективного наблюдения (с 1 января 2023 года по 31 апреля 2023 года). Диагноз ТЭЛА был верифицирован с помощью мультidetектор-ной контрастной ангиографии легочных артерий (МДКТ).

Результаты исследования. За данный период всего было диагностировано 53 случая ТЭЛА, из них 6 пациентов, находившиеся в бессознательном состоянии на аппаратном дыхании, были исключены из данного исследования. Таким образом, для идентификации клинического фенотипа ТЭЛА было отобрано 47 пациентов. У 4 пациентов диагноз ТЭЛА был установлен в приемном отделении больницы. У остальных диагноз ТЭЛА был установлен в процессе стационарного лечения по поводу различных заболеваний терапевтического или хирургического профиля. При этом среди пациентов терапевтического профиля 42 (80%) основными клиническими диагнозами были декомпенсация хронической сердечной недостаточности, пневмония, острый коронарный синдром (ОКС) и онкологические заболевания. Среди хирургических 11 (20%) основными диагнозами во время стационарного лечения были травмы, эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов, офтальмологические

инфекции, нейрохирургические заболевания. Детальная оценка клинических проявлений показала, что наиболее часто у пациентов с ТЭЛА отмечалась одышка – 78%, клиника тромбоза глубоких вен в виде отека нижних конечностей – 46%, сердцебиение – 40%, боль в груди, напоминающая ОКС – 34%, кашель – 30% и клиника кардиогенного шока у 8,5%. Указанные клинические симптомы позволили нам выделить 3 клинических фенотипа пациентов ТЭЛА.

1. Респираторный (основной) тип, когда основным проявлением является одышка.

2. Ангинозный, или инфарктоподобный тип, когда главным является болевой синдром в груди, напоминающий ОКС, и сердцебиение.

3. Гемодинамический тип (пациенты высокого риска), когда у пациента в течение определенного периода развивается картина кардиогенного шока с падением АД, нарушением сознания и олигурией.

Выводы. Анализ клинических симптомов ТЭЛА позволяет выделить 3 фенотипа пациентов: респираторный, ангинозный и гемодинамический.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЛЁГКИХ

УРИНОВ О.

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

Цель исследования. Изучение функционального состояния коморбидных больных с ишемической болезнью сердца и хроническим обструктивным бронхитом лёгких.

Материал и методы. Исследование проводилось среди пациентов, обратившихся за консультацией в поликлинику Республиканского специализированно научно-практического медицинского центра кардиологии. В исследование включались пациенты, подписавшие добровольное информированное согласие. Проводился опрос пациентов с помощью специально разработанного опросника. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с рекомендациями GOLD у соответствующих специалистов данного заболевания. Для определения насыщения в крови кислородом (SpO_2) использовался аппарат пульсоксиметра Little Doctor MD300C23 и Riester Ri-fox N.

Для статистической обработки использовали статистический пакет Statistica 12.0 (Statsoft Inc., США). Качественные значения представляли в абсолютных числах (n) и процентах (%), сравнивали их с использованием критерия χ^2 по Пирсону. Статистически значимыми считали различия при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. В наше исследование было включено 333 больных коморбидных состояний ИБС с ХОБЛ, в том числе мужчин 183 (55,0%) и женщин 150 (45,0%). Средний возраст в когорте составил – $63,53 \pm 10,06$ года, в т.ч. муж-

чин – $62,74 \pm 10,47$ года, женщин – $64,49 \pm 9,47,06$ года. [$p < 0,001$].

В нашем исследовании САД и ДАД с увеличением возраста повышается (от $135,01 \pm 29,26$ мм. рт. ст. и $83,81 \pm 11,1$ мм. рт. ст. до $149 \pm 35,9$ мм. рт. ст. и $87,2 \pm 13,01$ мм. рт. ст. соответственно) ($p < 0,01$). Средний САД и ДАД в когорте составил – $141,79 \pm 29,23$ мм. рт. ст. и $86,83 \pm 15,46$ мм. рт. ст.

Более значимое снижение насыщения крови кислородом у коморбидных больных ИБС с ХОБЛ наблюдались в группе пациентов после 75 лет и составил SpO_2 – 89,9%. До 44 лет SpO_2 составил 94,0%, в группах 45–59 лет и 60–74 лет наблюдались почти с одинаковой частотой (92,9% и 92,5% соответственно). Наблюдалось снижение SpO_2 с возрастом, но статистически значимой разницы между группами обнаружено не было ($p > 0,05$). Средние показатели ЧДД и ЧСС в группах больных ИБС и ХОБЛ составили $20,05 \pm 1,63$ в минуту и $82,91 \pm 15,24$ в минуту соответственно. С увеличением возраста средние показатели ЧДД и ЧСС пропорционально повышается (от $18,75 \pm 1,75$ в минуту и $82,62 \pm 15,83$ в минуту до $21,29 \pm 1,40$ в минуту и $85,76 \pm 11,88$ в минуту соответственно).

Число вдохов у пациентов в возрасте до 40 лет в среднем составляло 18,75 вдоха в минуту, а у пациентов старше 75 лет – 21,29 вдоха в минуту. Хотя количество вдохов в минуту увеличивается с

возрастом, статистически значимой разницы между группами не обнаружено ($p>0,05$).

Выводы. САД и ДАД с увеличением возраста повышается. Насыщение крови кислородом у

коморбидных больных ИБС с ХОБЛ наблюдалось снижение SpO_2 с возрастом. С увеличением возраста средние показатели ЧДД и ЧСС пропорционально повышаются.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ЛЁГКИХ СРЕДИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

УРИНОВ О.

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

Цель исследования. Изучение клинико-анамнестических характеристик у коморбидных больных с ишемической болезнью сердца и хроническим обструктивным бронхитом лёгких среди молодого возраста.

Материал и методы. В наше исследование было включено 333 больных коморбидных состояний ИБС с ХОБЛ, в том числе мужчин 183 (55,0%) и женщин 150 (45,0%). Исследование проводилось среди пациентов, обратившихся за консультациями в поликлинику Республиканского специализированно научно-практического медицинского центра кардиологии.

Работа выполнена в соответствии с Хельсинской декларацией, одобрена локальным этическим комитетом. Для статистической обработки использовали статистический пакет Statistica 12.0 (Statsoft Inc., США). Качественные значения представляли в абсолютных числах (n) и процентах (%), сравнивали их с использованием критерия χ^2 по Пирсону. Статистически значимыми считали различия при значении $p<0,05$.

Результаты исследования. В нашем исследовании включено 333 (средний возраст $63,53\pm 10,06$) пациента с ИБС и ХОБЛ. Анализ показал, с увеличением возраста (от 44 лет до 60–74 лет) частота встречаемости коморбидных состояний пропорционально повышается (от 2,7 до 54,95% соответственно). В старческом возрасте имеет тенденцию к снижению коморбидных состояний (до 13,2%).

При анализе по возрастным группам отмечено, что среди пациентов до 74 лет мужчин больше, чем женщин, а разница между возрастными группами практически отсутствует. Среди пациентов в возрасте 75 лет и старше женщины встречались чаще, чем мужчины, но статистически значимой разницы между группами не обнаружено.

Среди пациентов до 44 лет курильщики составляли $66,7\pm 16,7\%$, что в 3,3 раза больше, чем в группе пациентов старше 75 лет. Этот показатель в 3,3 раза больше, чем в группе больных старше 75 лет. С увеличением возраста процент курильщиков среди больных снижается ($\chi^2=23,501$; $p<0,01$).

Кроме того, были проанализированы взаимосвязи по степени тяжести ИБС и ХОБЛ от зависимости COVID-19. По данным исследования анализ анамнеза показал, что у 180 (54%) больных имелся COVID-19. Как видно, при COVID-19 отмечается самая высокая распространённость (66,6%) в более молодом возрасте до 44 лет. С увеличением возраста отмечалась тенденция к снижению COVID-19 (43,2%) ($\chi^2=8,360$; $p<0,05$).

Результаты показали, что отягощенный семейный анамнез по ССЗ наблюдалось у 266 (79,9%) больных. При этом показатель между возрастными группами колебался от 70,1% в группе 45–59 лет, до 84,2% в группе 60–74 лет ($\chi^2=7,865$; $p<0,05$). Малоактивный образ жизни составил высокий процент во всех группах. Статистически значимой разницы между группами не обнаружено ($\chi^2=3,324$; $p>0,05$). По мере увеличения возрастных групп снижается процент больных с ожирением первой степени (ИМТ – 30–34,9 кг/м²) и ожирением третьей степени (ИМТ – > 40 кг/м²), процент больных с ожирением второй степени увеличивается (ИМТ – 35–39,9 кг/м²) ($\chi^2=27,110$; $p<0,01$).

Вывод. Исследование показало, что распространённость ИБС с ХОБЛ чаще встречается в возрасте 60–74 лет (54,95%). Самая высокая распространённость COVID-19 наблюдалась (66,6%) в более молодом возрасте до 44 лет. Среди пациентов до 44 лет курильщики составляли $66,7\pm 16,7\%$, что в 3,3 раза больше, чем в группе пациентов старше 75 лет.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫХ МАЛТ-ЛИМФОМЫ И РАКА ЖЕЛУДКА

ИСМАИЛОВА Ж.А. , ЮСУПБЕКОВ А.А.

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

Цель исследования. Исключение хирургического вмешательства и расширение арсенала средств при лечении *Helicobacter pylori*-ассоциированной МАЛТ-лимфомы желудка, а также повышение эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* с целью снижения профилактики рака желудка.

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных с МАЛТ-лимфомой и 30 – с раком желудка (РЖ). Возраст пациентов варьировал от 26 до 73 лет, составляя в среднем 46,7±0,5 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб на абдоминальные боли, явлений диспепсии, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), гистологического исследования гастробиоптатов, верификацией НР.

Результаты исследования. Полученные результаты показали, что в общей группе из 68 пациентов наличие положительного гена *CagA* наблюдали у 60 (88,2%), а в контрольной – этот показатель составил 28 (54,9%) из 51 наблюдаемого. Полученные нами результаты свидетельствовали о наличии бактериальных изолятов у больных с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями желудка, имеющими достаточно выраженную резистентность к кларитромицину (CLR). Влияние резистентности *H. pylori* на общую эффективность эрадикационной терапии бесспорно. С этим учетом исследуемых пациентов разделили на две группы по отношению наличия резистентности бактериального изолята к кларитромицину на основе выявления гена *CagA*. По нозологиям самая высокая резистентность к кларитромицину наблюдалась у группы пациентов с раком желудка – в 15 (65,2%) случаях, а при МАЛТ-лимфоме – 18 (48,6%) случаях.

Учитывая резистентность к кларитромицину изолятов *H. pylori* у 55% пациентов, назначали четырнадцатидневную эрадикационную терапию: пероральное введение антибиотика – нифуратела в дозе 400 мг 2 раза в день после еды, гастропротектора – ребамипид в дозе 100 мг по 1 таблетке 3 раза в день после еды, блокатора калиевых каналов (P-CAB) – вонопризана в дозе 20 мг в день, при этом прием препаратов осуществляют в течение 14 дней. Эффективность лечения оценивали спустя шесть недель после эрадикационной терапии при исследовании гена *CagA*, путем Real-time PCR. Результаты анализа с наличием гена *CagA* у 55% больных показали резистентность к кларитромицину, что доказывает эффективность классической эрадикационной терапии только в 58,8% случаев и позволяет пересмотреть тактику лечения у больных с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями желудка. После проведенной предложенной эрадикационной терапии установлена эффективность без использования кларитромицина, амоксициллина, а также без ИПП у устойчивых изолятов, которая составила 96%.

Выводы. Включение препаратов в комплекс тройной терапии повысило эффективность эрадикационной терапии. Существующие терапевтические схемы, применяемые для эрадикации *Helicobacter pylori*, основаны на сочетанном применении нескольких антибиотиков и ингибитора протонной помпы (ИПП). Одновременное назначение нескольких антибактериальных препаратов влияет на микробиоценоз толстого кишечника. Включение блокатора кислоты, конкурирующий с калием (P-CAB) – вонопризана, антибиотика – нифуратела и гастропротектора – ребамипида способствует решению одной из основных поставленных задач – повышению эффективности эрадикационной терапии, снижению ее побочных эффектов и возможности сокращения сроков терапии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

ИСМАИЛОВА Ж.А., ЮСУПБЕКОВ А.А.

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

Цель исследования. Изучение морфологических показателей при синдроме раздраженного кишечника

Материал и методы. В исследование был включен 101 больной с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Возраст пациентов варьировал от 18 до 36 лет, составляя в среднем $27 \pm 0,5$ года. Диагноз устанавливался на основании жалоб, явлений диспепсии, анамнеза заболевания, нарушение консистенции и частоты стула, данных объективного обследования, эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, гистологического исследования биоптатов толстого кишечника.

Результаты исследования. В зависимости от варианта лечения пациенты были разделены на 3 группы: 34 пациента 1-й группы получали пробиотик *Saccharomyces boulardii* (биотерол) по 250 мг по 1 капсуле 2 раза в сутки и ректальное введение озонированной минеральной воды в объеме 200 мл/сут ежедневно; 34 больных 2-й группы на фоне традиционной терапии принимали биотерол по 250 мг по 1 капсуле 2 раза в сутки; 33 больным 3-й группы на фоне традиционной терапии проводилось ежедневное ректальное введение озонированной минеральной воды в объеме 200 мл/сут.

После лечения отмечались существенные изменения морфологических показателей. Нормосекреторная форма морфологических изменений в 1-й группе обнаружена у 17 (50%), во 2-й – у 12 (35,3%), в 3-й группе – у 10 (30,3%) больных. Т.е. число пациентов с нормосекрецией в 1-й группе возросло на 29,4%, во 2-й – на 17,7%, в 3-й – на 12,1%.

Пациентов с гиперсекреторной формой морфологических изменений толстой кишки в 1-й группе до лечения было 17 (50%), после лечения осталось 11 (32,4%), во 2-й группе – соответственно 16 (47,1%) и 13 (38,2%), в 3-й – 16 (48,5%) и 13 (39,4%), т.е. уменьшилось соответственно на 17,6, 8,9% и 9,1%. У больных с гипосекреторной формой

морфологических изменений также произошли положительные сдвиги: так, число пациентов с гипосекрецией в 1-й группе уменьшилось до 6 (17,6%), во 2-й – до 9 (26,5%), 3-й – до 10 (30,3%), т.е. соответственно на 11,8, 8,8 и 3%. Такая же картина наблюдалась при анализе результатов морфометрического изучения колонобиоптатов. Просвет желез, независимо от морфологического варианта оставался в пределах нормы. После лечения просвет желез при нормосекреторной форме составил $3,0 \pm 0,1\%$, при гиперсекреторной – $3,1 \pm 0,2\%$, при гипосекреторной – $3,0 \pm 0,1\%$. Эпителий желез после лечения при нормосекреторной форме в среднем был равен $33,2 \pm 0,3\%$, а при гиперсекреторной форме утолщался до $51,5 \pm 0,2\%$; при гипосекреторной форме, напротив, утончался до $21,8 \pm 0,3\%$. Эпителий бокаловидных клеток при гиперсекреторной форме не отличался от такового при нормосекреторной форме, а при гипосекреторной форме несколько утончался.

Эпителий бокаловидных клеток при нормосекреторной форме составил $17 \pm 0,3\%$, при гиперсекреторной – $43,9 \pm 0,4\%$, при гипосекреторной – $5,7 \pm 0,6\%$. Строма собственной пластинки при гипосекреторной форме утолщалась, а при гиперсекреторной, напротив, утончалась. Стома собственной пластинки при нормосекреции была равна $56,2 \pm 0,5\%$, при гиперсекреции – $46,1 \pm 2,2\%$, при гипосекреции – $72,7 \pm 0,4\%$. Лимфоидно-плазматический инфильтрат после лечения при нормосекреции составил $4,2 \pm 0,2\%$, при гиперсекреции – $5,4 \pm 0,2\%$, при гипосекреции – $2,3 \pm 0,2\%$. Плазматические клетки в норме составляли $4,4 \pm 0,6\%$, при гиперсекреции – $6,4 \pm 0,8\%$, при гипосекреции – $0,5 \pm 0,6\%$.

Выводы. Применение пробиотика и озонотерапии улучшают морфологические показатели при синдроме раздраженного кишечника. Таким образом, предлагаемый способ доступен, эффективен в использовании, может быть рекомендован для применения в практической терапии и гастроэнтерологии.

ЭОЗИНОФИЛЛИ ЭЗОФАГИТНИНГ МОРФОЛОГИК КЎРИНИШЛАРИНИ ЎРГАНИШ

ИСМАИЛОВА Ж.А., ЮСУПБЕКОВ А.А.

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

Тадқиқотнинг мақсади. Эозинофилли эзофагитнинг қизилўнгач касалликлари орасида учраши, клиникаси ва морфологик белгиларини ўрганиш.

Материал ва усуллари. Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт Марказида гастрозофагеал рефлюкс касаллиги диагнози билан даволанаётган 80 бемор ва улардан олинган қизилўнгач биоптатларининг морфологик намуналари бўлди. Қизилўнгач касалликларида клиник ва морфологик кўринишларни ўрганишда эндоскопик, морфологик ва статистик усулларида фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Эндоскопик текширув натижаларига асосланиб беморларни икки гуруҳга бўлдиқ, яъни эндоскопик позитив ва эндоскопик негатив эзофагит гуруҳлари. Клиник шикоятларни ҳисобга олган ҳолда эндоскопияда ўзгаришлар бўлмаган беморларда ҳам биз морфологик текширувлар учун биоптатлар олдиқ. Биоптатларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдиқ, барча 80 та беморларда клиникасидан ва эндоскопия натижаларидан қатъий назар турлича морфологик ўзгаришлар кузатилди. Морфологик ўзгаришлар эозинофилли эзофагитда қизилўнгач шиллиқ қавати базал мембранаси гиперплазияси, дискератоз, хужайралараро бўшлиқнинг кенгайиши, эозинофилли инфильтрация, шиллиқ қават ўз пластинкаси сўргичларининг узунлашиши ва сонининг кўпайиши ҳамда фиброз билан намоён бўлди. Бунда базал қават гиперплазияси иккала гуруҳда ҳам деярли баробар учраши, яъни 91,1% эндоскопик негатив турида ташкил

этган бўлса, 91,3% ҳолларда эндоскопик позитив турида кузатилди. Хужайралар аро бўшлиқнинг кенгайиши ҳам деярли бир хил учраш частотасига эга бўлиб, 85,2% ҳолларда эндоскопик негатив эзофагитда кузатилган бўлса, 84,7% ида эндоскопик позитив турида кузатилди. Асосий морфологик белгилардан бири бўлган эозинофилли инфильтрация кўриш майдонида ≥ 15 тадан кўп учраши аниқланди. Юқорида келтирилга 3 морфологик белги ўз навбатида эозинофилли эзофагитда бошланғич ва доимий морфологик белгилари деб ҳисобланиши мумкин. Шиллиқ қаватдаги ўз пластинкаси сўргичларининг узунлашиши ва сонининг кўпайиши умумий гуруҳда 72,5% ташкил этиб, эндоскопик позитив гуруҳда негатив гуруҳга нисбатан 13,5% кўпроқ учраши аниқланди. Касаллиқнинг ривожланиши ва қайтмас жараёнга ўтганидан дарак берувчи шиллиқ қаватдаги ўз пластинкаси фибрози 80 бемордан фақатгина 19 беморда кузатилиб 23,7% ташкил этди ва асосан эндоскопик позитив касаллик турида учраганини қайд этиш лозим.

Хулоса. Эозинофилли эзофагит учун эндоскопик ўзгаришлар кузатилмаган ҳолларда ҳам беморларда клиник симптомларни бўлиши ҳамда морфологик ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Клиник шикоятларнинг борлиги ва уларнинг қай даражада ифодаланганлиги эозинофилли эзофагитда касаллик фаоллик даражасини баҳолай олмайди. Биоптатларини гистологик баҳолаш касаллик фаоллигини динамикада мониторинглаш учун асосий кўрсатма бўла олади.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

КАРИМОВ М.М., ХАМРАЕВ А.А., СОБИРОВА Г.Н.

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

Цель исследования. Оценка уровня витамина D и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ) больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материал и методы. Исследования проведены у 47 больных ХП (средний возраст $59,77 \pm 1,68$ лет), из них 12 мужчин и 35 женщин, проходивших лечение в отделении гастроэнтерологии 1-й клиники ТМА. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц того же возраста. Наряду с клиническими

исследованиями в сыворотке крови определяли уровень кальцидиола D, а также активность эластазы в кале. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у пациентов с ХП развивается (ВНПЖ), проявляющаяся снижением активности эластазы в кале до $179,34 \pm 14,05$ мкг/г кала ($P < 0,05$) при значении этого показателя у практически здоровых лиц $208,27 \pm 10,83$ мкг/г кала. На фоне этого выявлено снижение уровня

D до $19,49 \pm 1,42$ нг/мл (у практически здоровых лиц $25,90 \pm 1,53$ нг/мл) и тенденция к снижению до $1,83 \pm 0,04$ ммоль/л уровня общего кальция в сыворотке крови (у практически здоровых лиц $1,98 \pm 0,03$ ммоль/л). Это проявлялось развитием остеопороза у 19,2% и остеопении и у 53,2% обследованных больных, тогда как у практически здоровых лиц признаки остеопении выявлены у 26,6% обследованных.

Согласно Клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов 2015 года дефицит 25(OH)D оценивается как выраженный дефицит (менее 10 нг/мл), дефицит (от 10 нг/мл до 20 нг/мл), недостаточность (от 20 до 30 нг/мл) и адекватный уровень (более 30 нг/мл). У практически здоровых лиц в 40% случаях отмечен нормальный уровень, у 60% обследованных недостаточность витамина D. Согласно данной рекомендации, мы разделили больных ХП в зависимости от уровня витамина D на 4 группы. 1-ую группу составили 23,4% больных, у которых отмечен адекватный уровень данного витамина ($32,57 \pm 1,32$ нг/мл). В данной группе пациентов уровень общего кальция в сыворотке крови составил $2,12 \pm 0,08$ ммоль/л, что соответствует значениям практически здоровых лиц. Частота остеопении и остеопороза составила 18,2%, а активность эластазы кала – $254,45 \pm 25,01$ мкг/г кала, что указывает на сохранение

ВНПЖ. 2-ую группу составили 17% больных с недостаточностью витамина D. В данной группе уровень витамина D в сыворотке крови составил $23,84 \pm 0,83$ нг/мл, содержание кальция – $1,95 \pm 0,07$ ммоль/л. У 50% обследованных выявлено развитие остеопении, у 12,5% – остеопороза, активность эластазы в кале составила $166,37 \pm 19,01$ мкг/г кала. 3-ю группу составили 42,6% больных ХП с дефицитом витамина D. В данной группе больных уровень витамина D в сыворотке крови составил $15,55 \pm 0,61$ нг/мл, содержание кальция – $1,75 \pm 0,05$ ммоль/л. У 70% обследованных выявлено развитие остеопении, у 25% – остеопороза, активность эластазы в кале составила $143,50 \pm 9,39$ мкг/г кала. 4-ю группу составили 17% больных ХП с выраженным дефицитом витамина D. В данной группе больных уровень витамина D в сыворотке крови составил $7,00 \pm 0,75$ нг/мл, содержание кальция – $1,51 \pm 0,07$ ммоль/л. У 75% обследованных выявлено развитие остеопении, у 25% – остеопороза, активность эластазы в кале составила $116,37 \pm 11,73$ мкг/г.

Вывод. У больных с ХП по степени выраженности ВНПЖ наблюдается снижение уровня витамина D и кальция в сыворотке крови, ассоциированная с риском развития остеопении и остеопороза. Выявлена прямая зависимость между выраженностью ВНПЖ уровнем витамина D, кальция и частоты остеопении и остеопороза.

ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

КАРИМОВ М.М., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х., КАРИМОВА Д.К.

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

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

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

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

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГАСТРИТОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

КАРИМОВ М.М., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х., КАРИМОВА Д.К.

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

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность растительного фитопрепарата при лечении больных с функциональной диспепсией 9ФД)

Материал и методы. Были обследованы 40 больных с верифицированными диагнозом ФД в результате клинко-инструментальных исследований (27 женщин и 17 мужчин в средний возраст $32,4 \pm 3,8$ лет).

Результаты исследования. Из 40 обследованных больных у 12 было отмечено болевой вариант ФД. 11 больных отмечено вариант постпрандиального дистресс синдрома и у 17 больных сочетание коморбидность симптомов. Больные принимали фитопрепарат

«Гастритол» в дозе 30 капель 3 раза в день в течение 14 дней. После курса лечения у больных было отмечено купирование болевой симптоматики на 87%. Из постпрандиального дистресс симптома купирование чувства раннего насыщения было отмечено у 78%, больных и чувства тяжести у 68% больных. Существенных побочных эффектов от приема препарата у больных не было зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, при лечении обеих вариантов течения ФД, как болевая симптоматика и явления дистресс синдромов, фитопрепарат «Гастритол» оказывает существенно положительных клинический эффект.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРИТАМИ

КАРИМОВА Д.К., ИСМАИЛОВА Ж.А. КАРИМОВ М.М.

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

Цель исследования. Изучить эффективности эрадикационной терапии (ЭТ) у больных с НР-ассоциированными хроническими гастритами в зависимости от морфологической картины слизистой оболочки желудка.

Материал и методы. Исследование проведено у 50 больных (28 мужчин и 22 женщины, средний возраст – $53,4 \pm 3,3$ года) с НР-ассоциированным хроническим гастритом. Верификацию диагноза проводили по данным эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией из 5 точек желудка (2 – из тела, 2 – из антрального отдела и 1 – из малой кривизны желудка) и гистологического исследования. Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Наличие НР подтверждено с помощью неинвазивного дыхательного C14-уреазного теста (HUBT-20P *Helicobacter pylori* detector). Всем больным с хроническим гастритом была назначена эрадикационная терапия. Пациенты принимали ИПП, амоксициллин, кларитромицин, висмут трикалия децатрат в течение 10 дней.

Результаты исследования. Проведение четырехкомпонентной схемы лечения с включением

препарата висмута в течение 10 дней показало лучшие результаты по обоим тестам на НР. Так, по результатам дыхательного теста эрадикацию удалось достигнуть у 85% больных. По результатам уреазного теста эрадикация была отмечена у 85% больных. При суммировании обоих методов исследования полная эрадикация НР-инфекции была отмечена у 85% больных, что можно оценивать как относительно удовлетворительный результат.

Анализ неудачных ответов эрадикационной терапии у 15% показал определенные закономерности. Полученные результаты показывают, что при отсутствии атрофии и при наличии 0-1 до 3 стадии и степени атрофии слизистой оболочки желудка по системе OLGA эрадикация НР была успешной. Однако при наличии в слизистой оболочке желудка атрофии 3-4 стадии и степени, эрадикации добиться не удалось.

Выводы. Эффективность ЭТ у больных с натрофическими НР-ассоциированными хроническими гастритами достоверно выше по сравнению с больными, имеющими атрофические процессы в слизистой оболочке желудка.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Центр развития повышения профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние изменения слизистой оболочки краев дуоденальных язв во взаимосвязи с инфицированностью *Helicobacter pylori* под воздействием СМВ- и ТЭС терапии.

Материал и методы. Исследования проведены у 57 больных с *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) с дисбиозом кишечника (ДК). Женщин было 22, мужчин 35. В возрасте от 18–65 лет. Всем больным была назначена эрадикационная терапия. Кроме того, исследуемые были разделены на 3 группы: пациентов, получавших СМВ-терапии на область дуоденального треугольника – 23 больных, пациентов, получавших терапию транскраниальной электростимуляцией (ТЭС) – 19 больных, пациентов, получавших СМВ-терапии на область дуоденального треугольника и ТЭС терапию – 15 больных.

Результаты исследования. На фоне проводимой эрадикационной терапии по любым схемам отмечено явное улучшение морфометрических показателей, характеризующих воспалительный процесс в краях язвенных дефектов луковицы двенадцатиперстной кишки. При этом наиболее выраженные изменения относились к уменьшению плотности нейтрофильной и лимфоцитарной инфильтрации практически во всех группах больных.

Вместе с тем, полученные данные позволяют утверждать, что включение в схемы терапии физических факторов приводит к более выраженному положительному изменению клеточного

состава слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Так, более значительно уменьшалась плотность нейтрофильной (с 401 ± 89 – 326 ± 89 до 115 ± 15 – 110 ± 18 , соответственно в 3-й и 4-й группах, $p < 0,001$) и лимфоцитарной (с 3025 ± 412 – 2689 ± 501 до 225 ± 25 – 189 ± 92 , соответственно в 3-й и 4-й группах, $p < 0,001$) инфильтрации, что в свою очередь может свидетельствовать об уменьшении активности воспалительного и иммуно-воспалительного процессов. Помимо этого замечено, что включение в эрадикационную терапию ТЭС достоверно ($p < 0,05$) уменьшает плотность плазмоцитарной инфильтрации в 4-й группе больных (с 4123 ± 304 до 1723 ± 214).

С плотностью воспалительной инфильтрации тесно связаны такие морфологические изменения, как нарушения микроциркуляции (расширение сосудов, сладж, лейкопедоз и эритроцитопедоз) и отек стромы слизистой оболочки. Характерно, что в 3-й и 4-й группах эти изменения при контрольном гистологическом исследовании практически полностью были купированы.

Выводы. Таким образом, схемы терапии с включением физических факторов, а именно, СМВ-и ТЭС терапию по своей морфологической эффективности существенно превосходили аналогичную направленность эффектов стандартных схем эрадикационной терапии, что выражалось в положительном изменении клеточного состава слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки к концу проведенного лечения.

К ВОПРОСУ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

Центр развития повышения профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка клинической эффективности и безопасности препарата Сималгель с разными клинко-эндоскопическими вариантами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Под нашим наблюдением находились 44 пациента (женщин – 18, мужчин – 26) в возрасте 16–60 лет, проходящие лечение в гастроэнтерологическом отделении клиники ЦРПКМР.

Контроль над эффективностью терапии осуществлялся на основании динамики клинических

симптомов со стороны пищеварительного тракта, данных контрольного эндоскопического обследования, мониторингирования интрапищеводного pH.

В результате проведенной терапии у всех больных к концу 2-й недели отмечалось купирование абдоминального болевого синдрома, боли при пальпации сохранялись у 1/3 пациентов; 14 больным (5 – с ГЭРБ ± ФЛР и 9 – с ГЭРБ) на 3-й неделе от начала терапии были дополнительно назначены прокинетики. Через 4 нед. наблюдения у большинства

детей отмечалась выраженная положительная динамика клинических симптомов или полное их отсутствие. Данные, полученные при ФЭГДС (повторное исследование проводилось строго по показаниям), свидетельствовали об уменьшении воспалительных явлений СО верхних отделов ЖКТ, исчезновении отека, гиперемии.

Лишь у 3 больных с ГЭРБ в сочетании с ФЛР и у 2 – с ГЭРБ сохранялись клинические проявления в виде изжоги. Этим больным потребовалось назначение ИПП.

Нежелательных эффектов и побочных реакций мы не отмечали. Подавляющее большинство пациентов охотно принимали препарат.

Можно сделать вывод, что прием препарата Сималгель является эффективным в лечении больных с ГЭРБ. У пациентов с ГЭР может быть

использован препарат Сималгель на фоне диетотерапии и лечебного режима. Наилучший эффект при лечении ГЭРБ и ГЭРБ±ФЛР был достигнут при сочетании Сималгеля с прокинетиками и ИПП.

Выводы. Таким образом, применение препарата Сималгель у пациентов с клиническими или клинко-эндоскопическими признаками ГЭРБ патогенетически обосновано. У препарата отсутствует системное действие, лекарственное взаимодействие, нежелательных и побочных эффектов в нашем исследовании отмечено не было. Сималгель можно рекомендовать как для стационарного лечения больных, так и для применения в амбулаторной практике.

FEATURES OF THE COURSE OF FUNCTIONAL DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN JUNIOR WRESTLERS

ABDULKHAEVA D.R.

Republican Scientific and Practical Center for Sports Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. To study the features of the course of functional gastrointestinal disease sat the wrestlers.

Material and research methods. The study is based on an analysis of the results of a clinical study of 72 wrestling athletes. The study was conducted on the basis of the Republican College of the Olympic and Paralympic Reserve in Tashkent. An initial examination of 260 wrestling athletes was carried out, of which 102 patients were diagnosed with functional gastrointestinal diseases (FGID) (irritable bowel syndrome and functional dyspepsia), 158 patients were patients with other gastrointestinal pathologies (chronic gastritis, chronic duodenitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, chronic pancreatitis, etc.)

Results and discussion. Based on the results of the examination, 3 groups of patients were formed: «irritable bowel syndrome (IBS)» – 62 people; «Functional dyspepsia (FD)» -25 people; and «Mixed functional diseases (MFD)» -36 people. In a more detailed analysis, the severity of the four clinical

symptoms of functional gastric dyspepsia in the group of patients with FZ was less than in the group of patients with FD. At the same time, pain in the stomach, a burning sensation in the stomach, a feeling of fullness in the stomach after eating, and previous satiety were not determined in the group of IBS patients. Abdominal pain, relieved after bowel movement, and disturbances in stool consistency and/or frequency were more pronounced among patients with FZ compared to patients with IBS.

Conclusions. In conditions of a combined course of IBS and FD, the following were more often observed together: IBS with a predominance of constipation and functional dyspepsia in the variant of postcranial distress syndrome; IBS with a predominance of diarrhea and FD in the variant of epigastric pain syndrome, which at the pathogenetic level corresponds to the predominance of mechanisms of disturbances in gastroduodenal coordination and motor function of the colon in the first case and visceral hypersensitivity in the second case.

TREATMENT OF THE METABOLIC-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

SOBIROVA G.N., SAIDRASULOVA G.B., KARIMOV M.M.

Tashkent medical academy, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan

Aim. To evaluate the effect of supplementation with ademetonine for 3 months on lipidic and biochemical parameters in patients with metabolic syndrome and at risk of MAFLD.

Materials and Methods. The study was conducted at Tashkent medical academy between 2022-2024. The study participated 165 patients with metabolic syndrome with signs of MAFLD also. Patients included to research with age between 45 and 75 years old. All participants were subject to demographic data, clinical, functional and biochemical markers. Patients were observed weight, height and was calculated TMI, waist circumference, BP. Laboratoric-total cholesterol, triglyceride, ALT, AST, total bilirubin, C-reactive protein (CRP), fasting blood glucose level were also evaluated. All patients were under liver ultrasonographic inspection. Patients have been taking ademetonine for 3 months, and laboratory parameters were evaluated initially and after 3 months.

Results. The mean age of the patients was $48,19 \pm 3,93$ years old. The patients were 85,6% men and 14,4% women. In the study, metabolic syndrome was confirmed in 89,7% of patients. BMI was $<29,9$

m/kg² in 33,4% of patients, while 66% of patients were found $>29,9$ m/kg². Signs of fatty liver disease were found in 55,76% of patients at least as increased echogenicity by ultrasonography. High blood pressure in the form of systolic pressure or diastolic was found in 77,58% of patients. DM type 2 was determined in 43% of patients. Liver functional parameters as ALT, AST, total bilirubin was $24,73 \pm 0,32$, $37,61 \pm 2,1$ and $24,85 \pm 3,51$, after treatment with ademetonine decreased significantly ($p < 0,05$) all mentioned parameters. Originally, serum levels of triglyceride and total cholesterol levels were found at $1,95 \pm 0,57$ and $6,2 \pm 0,26$ respectively, after treatment changed insignificantly ($p > 0,05$). Interestingly, in the patients who was elevated liver functional parameters were elevated CRP levels also at $8,51 \pm 0,32$ and decreased significantly after completing treatment ($p < 0,05$).

Conclusion. MAFLD is associated with metabolic syndrome and appears with abnormal liver functional parameters such as ALT, AST, and total bilirubin. The results of our study have confirmed that a high percentage of patients with high risk factors of MAFLD treats with methionine may improve liver functional parameters and the condition of patients also.

SEMIZLIK VA ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA BUYRAKLARNING FUNKTSIONAL HOLATINI BAHOLASH

DAMINOVA B.T., ERNAZAROVA M.M.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Semizlik va surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda arterial gipertenziyada renal disfunktsiya parametrlarini baholash.

Material va usullari. Semizlik va arterial gipertenziya bilan kasallangan 59 nafar bemor tekshirildi. Bemorlarni tanlashda quyidagi mezonlar hisobga olindi: 25 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan erkaklar va ayollar, semizlikning mavjudligi (BMI 30 kg / m² dan; bel aylanasi (BA) ayollarda 80 cm dan va erkaklarda 94 cm dan ortiq), AGning I – II bosqichda, 1–2 darajada mavjudligi, buyrak patologiyasi yo'qligi (anamnezda buyrak kasalliklari, ultratovush tekshiruvida buyrak parenximasi va tomirlarida strukturaviy o'zgarishlar, siydik cho'kmasi va siydik zichligi o'zgarishi, proteinuriya, GFR ning 60 ml/min/1,73 m² dan kamayishi), imzolangan rozilik. Abdominal semizlik, AG bilan birgalikda BMI 30 kg / m² dan yuqoriligi va ≥ 2 kardiometabolik anormalliklarning mavjudligini metabolik jihatdan murakkab semizlik sifatida qabul qilindi. AG, dislipidemiya va giperglikemiyasiz semizlikning mavjudligi metabolik jihatdan sog'lom semizlik fenotipi deb hisoblandi. Tadqiqot davomida olingan natijalar semizlik va ortiqcha vaznga ega bo'lmagan 25–55 yoshdagi 30 nafar amalda sog'lom odamdan tashkil topgan nazorat guruhi natijalari bilan taqqoslandi. Yoshi, jinsi tarkibi, AG va semizlik davomiyligi bo'yicha farqlar topilmadi.

Belgilangan vazifalarga muvofiq, buyraklarning funksional holati guruhlarda hisoblash formulalari bo'yicha baholandi: glomerulyar filtratsiya tezligi (GFR) CKD EPI (kreatinin darajasiga ko'ra) va GFR Hoek (qon zardobida sistatin C darajasiga ko'ra).

Tadqiqot natijalari. Qiyosiy tahlil asosiy guruhlar va nazorat guruhi o'rtasida CKD EPI formulasidan foydalangan holda hisoblangan GFRda hech qanday farqni aniqlamadi, ular optimal qiymatlar diapazonida joylashgan edi, Hoek formulasi yordamida hisoblash esa GFRning 1- va 3-guruhlarda biroz pasayishini aniqlashga imkon berdi. Hoek formulasidan foydalangan holda GFRni hisoblash AG bilan og'rigan guruhlarda GFRning o'rtacha pasayishi ($p = 0,01$) bo'lgan bemorlarning katta foizini va 2-guruhdagi giperfiltratsiyali bemorlarning katta qismini aniqlashga imkon berdi. Shunday qilib, Hoek formulasi yordamida GFRni hisoblash semizlik va AH bilan og'rigan bemorlarda optimal GFRdan og'ishlarni ko'proq darajada farqlash imkonini beradi, degan xulosaga kelish mumkin. 1 va 3-guruhlarda GFRning pasayishi, gormonal va metabolik parametrlarning oshishi, tizimli yallig'lanish belgilari va endotelial disfunktsiya o'rtasidagi sezilarli bog'liqliklar aniqlandi. Shuni ta'kidlash kerakki, MHO guruhida GFRning o'sishi leptin va adiponektin qiymatlarining o'sishi bilan bog'liq holda kechdi, ammo insulin sezgirliги pasayishi bilan, DBP GFR ortishi kamaydi.

Xulosa. Semizlikning AG bilan birga kechishi adipotsitokin faollashuvi va endotelial disfunktsiya orqali glomerulyar va quvurli epiteliyaga ko'proq salbiy ta'sir ko'rsatadi, bu quvurli shikastlanish belgilarining eng yuqori ko'rsatkichlari va ularning IV turdagi kollagen bilan aloqasi va buyraklarning funksional holatining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Tadqiqot davomida glukoza chegara qiymatlari ($> 5,5$ mmol / l), siydik CRP-hs ($> 4,6$ mg/l) va VEGF ($> 56,7$ pg/ml)ga ko'ra, buyrak funktsiyasining erta buzilishi bilan murakkab semizlikning rivojlanishini bashorat qilish uchun matematik multifaktorial model ishlab chiqildi.

JAK 1 SELEKTIV INGIBITORINING REVMATOID ARTRIT KASALLIGINING TURLI KLINIK-RENTGENOLOGIK BOSQICHLARIGA TA'SIRI

MUXAMMADIYEVA S.M., MIRAXMEDOVA H.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. JAK 1 selektiv ingibitori (JAK 1SI), og'iz orqali qabu qilinadigan, kuchli, selektiv JAK1 ingibitori metotreksat (MT) bilan birgalikda MTga javob bermagan bemorlarda revmatoid artritis (RA)ning sezilarli simptomatik yengilligini ta'minladi. Biz JAK 1SI tadqiqotida bemorlarning hisobot natijalaridagi (PRO-patient reported outcomes) o'zgarishlarning chastotasi va yaqqolligi haqidagi ma'lumotlarni taqdim etamiz.

Material va usullar. JAK 1SI sinovida faol RA bo'lgan bemorlar 48 (H48) hafta davomida JAK 1SI 4 mg $\pm$ MT, platsebo (PBO) $\pm$ MT yoki adalimumab (ADA) 40 mg $\pm$ MT olganlar; PBO olgan bemorlar JAK 1SI 4 mg olish uchun H24 da (1:1) qayta randomizatsiya qilindi. PRO HAQ-DI, VAS og'riq ko'rsatkichlari va SF-36 va FACIT-fatigue (charchoq) ballarini o'z ichiga oladi. Har bir davolash guruhida boshlang'ich qiymatdagi (BQ) o'zgarishlari ma'lum bir vaqt oralig'ida H48 ga qadar baholandi. PBO guruhi bilan barcha JAK 1SI guruhlarida H24 gacha bo'lgan har bir vaqt nuqtasida BQdagi o'zgarishlarni solishtirish uchun aralash effektli model ishlatilgan. Minimal klinik jihatdan muhim farqqa erishgan bemorlarning ulushini solishtirish uchun, ya'ni H24 gacha bo'lgan har bir vaqt nuqtasida HAQ-DI TSI $\geq 0,22$ ni kamaytirish, PBO guruhi bilan barcha JAK 1SI guruhlarida logistik regressiya modeli ishlatilgan.

Tadqiqot natijalari. Randomizatsiya qilingan va davolangan 175 bemor orasida (63 JAK 1SI 4 mg $\pm$ MT; 52 ADA+MT va 60 PBO+MT), 121 (70%) H48 davomida o'rganilayotgan dorini qabul qilgan. Shu jumladan, H2 va H24 JAK 1SI olgan

bemorlar PBO bilan solishtirganda HAQ-DI va VAS BQ ko'rsatkichlarida nominal sezilarli pasayishni ($p < 0,001$) ko'rsatdi. BQdagi yaxshilanish H52gacha saqlanib qoldi. H2 da bemorlarning sezilarli darajada katta qismi HAQ-DI JAK 1SI 4 mg guruhida (52,5%; $p < 0,001$) va PBO (40,2%) erishgan. PBOga nisbatan bu foyda H24 gacha saqlanib qoldi va H12 dan H52 gacha HAQ-DI $\geq 0,22$ ga kamaygan bemorlarning nisbati JAK 1SI 4 mg guruhida $\geq 75,8\%$ ni tashkil etdi. JAK 1SI bilan davolash SF-36 jismoniy salomatlik indeksi (PCS; $p < 0,001$) va SF-36 ruhiy salomatlik indeksi (MCS; $p \leq 0,006$) uchun H4 va H12 da PBO ga nisbatan salomatlik bilan bog'liq hayot sifatini nominal sezilarli darajada oshirishni ta'minladi. Nominal sezilarli farqlar H24 da PCS SF-36 BQ o'zgarishi uchun ham kuzatildi. W4 ga kelib, 4 mg dozada ham JAK 1SI olgan bemorlar FACIT-charchoq reytingida (charchoq) BQda PBOga nisbatan ($p < 0,001$) nominal sezilarli darajada o'rtacha o'zgarishlarga ega edi. JAK 1SI guruhida H52gacha charchoqning pasayishi qayd etildi. Umuman olganda, JAK 1SI guruhlarida HAQ-DI, VAS skori va FACIT-charchoq (charchoq) ko'rsatkichlari bo'yicha BQ o'zgarishi vaqt nuqtalari bo'yicha ADA guruhidagi o'zgarish bilan kattaroq yoki solishtirish mumkin edi.

Xulosa. 52 hafta davomida 4 mg dozada ham JAK 1SI terapiyasi RA bilan og'riq bemorlarda platsebo bilan solishtirganda va MT terapiyasiga yomon javob bilan solishtirganda funksional holat, og'riq, sog'liq bilan bog'liq hayot sifati va charchoqning tez va barqaror yaxshilanishini ta'minladi.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИ СТАТИНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ ОРҚАЛИ ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШ

САЙИТХОНОВ С.М.

Тошкент Кимё Халқаро университети, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичидаги bemorларда гипергомоцистеинемияни статинлар билан даволаш орқали электролитлар номуаносиблигини мувофиқлаштириш.

Материал ва усуллар. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБКнинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 87 нафар bemorлар танлаб олиниб, улардан иккита 1-(n-45) ва 2-(n-42) тадқиқот гуруҳлари ташкил этилди. 1-гуруҳ СБК bemorларини даволаш стандартига мувофиқ анъанавий даво билан кифояланди, 2-гуруҳга эса анъанавий давога қўшимча аторвастатин

препарати (аторвастатин 40 мг/сутка) уч ой муддатга берилди. Барча bemorларнинг қон зардобидида электролитлар ва гомоцистеин текширилди.

Тадқиқот натижалари. 1-гуруҳда калий тадқиқот бошида $5,28 \pm 0,132$ ммоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $5,31 \pm 0,19$ ммоль/л.га ишончсиз ошди. 2-гуруҳ bemorлари қон зардобидида эса калий даражаси тадқиқот бошида $5,23 \pm 0,17$ ммоль/л. бўлиб, даволашдан кейин $4,52 \pm 0,15$ ммоль/л.га ишончли ($p < 0,01$) пасайди. Натрий 1-гуруҳда тадқиқот бошида $152,7 \pm 1,93$ ммоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $153,4 \pm 2,04$ ммоль/л. қийматга ишончсиз ўзгарди. 2-гуруҳ

беморларида эса натрий даражаси тадқиқот бошида $151,9 \pm 1,87$ мкмоль/л. экани аниқланиб, тадқиқот сўнггида $145,3 \pm 1,87$ мкмоль/л.гача кам ишончли ($p < 0,05$) пасайиши кузатилди. Кальций 1-гуруҳда даволанишдан олдин $1,95 \pm 0,03$ мкмоль/л. қийматни кўрсатган бўлса, у тадқиқот охирида $1,91 \pm 0,04$ мкмоль/л.га ишончсиз пасайди. 2-гуруҳда эса зардобдаги кальций даражаси тадқиқот бошида $1,96 \pm 0,03$ мкмоль/л.ни ташкил этган бўлса, тадқиқот сўнггида $2,07 \pm 0,04$ мкмоль/л. гача кам ишончли ($p < 0,05$) бўлса-да кўтарилгани аниқланди. Даволаниш бошида 1-гуруҳда $1,84 \pm 0,1$ мкмоль/л.ни ташкил этиб турган фосфор, уч ойдан кейин тадқиқот сўнггида $1,93 \pm 0,12$ мкмоль/л.га ишончсиз ошди. 2-гуруҳда эса фосфор тадқиқот бошида $1,82 \pm 0,11$ мкмоль/л. бўлиб, у тадқиқот сўнггида $1,53 \pm 0,09$ мкмоль/л.гача кам ишончли ($p < 0,05$) бўлса-да камайганлиги кузатилди.

Гомоцистеин 1-гуруҳ тадқиқот бошида $36,9 \pm 3,72$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у уч ойлик

даволашдан кейин $41,35 \pm 3,93$ мкмоль/л.га ишончсиз ўзгарди. Анъанавий давога қўшимча аторвастатин қабул қилган 2-гуруҳ беморлари қон зардобда эса гомоцистеин даражаси тадқиқот бошида $37,1 \pm 3,68$ мкмоль/л. бўлиб, уч ойлик даволашдан кейин $21,37 \pm 3,79$ мкмоль/л.гача ишончли ($p < 0,01$) камайганлиги кузатилди.

Шундай қилиб, фақат анъанавий даво билан кифояланган беморларга нисбатан, қўшимча аторвастатин қабул қилган беморлар қон зардобда гомоцистеин ва унга боғлиқ ҳолда электролитлар номутаносиблиги ишончли мувофиқлашди.

Хулоса. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида электролитлар номутаносиблиги гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда содир бўлади. Сурункали буйрак касаллигини даволашда аторвастатин тавсия этилиши қон зардобда гомоцистеин ва унга боғлиқ ҳолда электролитларнинг ишончли мувофиқлашишига олиб келади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЭЛЕКТРОЛИТЛАР МУВОЗАНАТИНИ ЎЗГАРИШИ

САЙИТХОНОВ С.М.

Тошкент Кимё Халқаро Университети, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида электролитлар мувозанати бузилишларини гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда ўзгаришлари динамикасини таҳлил қилиш билан беморларда дисэлектролитемия ва гипергомоцистеинемиянинг буйрак етишмовчи авж олишидаги хавф даражасини баҳолаш.

Материал ва усуллар. ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБКнинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 72 нафар беморлар ажратиб олиниб, улардан иккита тадқиқот гуруҳи ташкил этилди. 1-гуруҳ 38 нафар СБК 3-босқич, 2-гуруҳ 34 нафар СБК 4-босқич беморларидан иборат. Шунингдек, РИНваБТИАТМда режали гемодиализ сеансларини қабул қилиб юрган СБК 5-босқичдаги беморлардан 3-гуруҳ (n=17) ташкил этилди. Барча беморларнинг қон зардобда калий, натрий, кальций, фосфор ва махсус иммунофермент таҳлил усулида гомоцистеин текширилди.

Тадқиқот натижалари. Калий 1-гуруҳда $4,44 \pm 0,22$ мкмоль/л; 2-гуруҳда $5,5 \pm 0,28$ ва 3-гуруҳда эса $5,7 \pm 0,28$ мкмоль/л миқдор аниқланди. Натрий 1-гуруҳда $138,3 \pm 1,74$ мкмоль/л.га камайиб кетгани, 2-гуруҳ $151,6 \pm 1,94$ ва 3-гуруҳда эса $158,6 \pm 1,89$ мкмоль/л қийматни ташкил этди. Кальций 1-гуруҳда $2,0 \pm 0,08$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳ $1,9 \pm 0,09$ ва 3-гуруҳда $1,54 \pm 0,13$ мкмоль/л.га камайиб борди. Фосфор 1-гуруҳда $1,57 \pm 0,12$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳда $2,07 \pm 0,1$ ва 3-гуруҳда $2,34 \pm 0,1$ мкмоль/л.гача кўтарилиб кетгани аниқланди.

Шундай қилиб, бир қадар эътибордан четда қолиб кетаётган сув-электролитлар мувозанатининг бузилишларини СБК беморларида гипергомоцистеинемия билан биргаликда кечиши ва улар беморлар кардиоваскуляр тизимида бир қатор патофизиологик механизмларга жиддий таъсир қилиб СЮЕни шакллантиради. СЮЕ эса ўз навбатида СБК янада авж олиши ва чуқурлашиши учун рад этиб бўлмас замин экани муқаррардир. Шундай экан, СБК нинг эрта даврдан бошлаб қон зардобда гомоцистеин даражасини назоратга олиш ва уни коррекция қилиш масалалари ҳақида бош қотириш аини дамда нефрология клиник амалиётининг терапевтик соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммолардандир.

Хулоса. 1. Сурункали буйрак касаллигининг авж олиб консерватив босқичдан терминал босқичига ўтгани сайин калий ва натрий ортиб бориб гиперкалиемия даражасигача етади, шунингдек, бу даврда жараёнга гипокальциемия ва гиперфосфатемия ҳам қўшилади.

2. Гипергомоцистеинемия сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичида енгил, диализ олди ва терминал босқичларида эса ўрта даражада намоён бўлади.

3. Гипергомоцистеинемия сурункали буйрак касаллигида юрак-қон томир касалликларини ривожлантиришнинг ўта жиддий хавф омили бўлганлиги учун СБКнинг эрта даврларидан бошлаб қон зардобда гомоцистеин даражасини мониторинг қилиш талаб этилади.

О КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДОРСАЛГИЯХ

АБДУЛЛАЕВ А.Х.^{1,2}, АЛЯВИ Б.А.^{1,2}, РАИМКУЛОВА Н.Р.², РАСУЛЕВ Е.Э.², ХАН Т.А.¹

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», ²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения болевого синдрома при дорсалгиях.

Материал и методы. В исследование включили 36 пациентов с дорсалгиями на фоне спондилоартроза и остеохондроза (средний возраст – 55,1±4,9 года), получавших нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) диклофенак натрия (Диклоберл), 100 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 5-7 дней и хондропротектор Глюкофлекс по 1 каплете в день на протяжении 3 месяцев. До начала лечения и через 3 месяца проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), рентген, при необходимости – магнитно-резонансную или компьютерную томографию (МРТ, КТ). Эффективность лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; выраженности корешкового синдрома; оценке пациентами болевых ощущений.

Результаты исследования. До лечения пациенты жаловались на разнообразные болевые ощущения. У большинства больных (80%) 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, паравертебральных точек при пальпации. У 3 пациентов (8,3,5%) наблюдали снижение или выпадение соответствующих рефлексов, мышечную слабость и гипестезию в зоне пораженных нервных корешков. Интенсивность боли пациенты оценили как сильную (18) и умеренную (20), соответственно 81,9±9 и 61,6±7 мм по ВАШ. Под влиянием лечения

клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели вСРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ, рентген-денситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 5–7 дней у 31 больного (86,1%) снизилась до 27,1±6 мм и у 5 (13,8%) до 31,5±6 мм. У большинства обследованных восстановился объем движений и купировались явления корешкового синдрома. Значительное улучшение отметили 33 больных (91,6%), а положительная динамика выявлена у всех пациентов. Применение комплекса Диклоберл+Глюкофлекс способствовало быстрому купированию болевого синдрома, улучшению состояния больных, исчезновению симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Оценка результатов лечения, по мнению врачей и пациентов, совпала во всех случаях. Хороший клинический эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному и анальгетическому действию Диклоберла и многогранным свойствам Глюкофлекса, в состав которого входят глюкозамина гидрохлорид, хондроитина сульфат, кальций, магний, витамины С, D и K, цинк, медь, бор, и марганец. По-видимому, эти природные соединения стимулируют иммунитет и синтез коллагена, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединительной ткани, повышают их эластичность, улучшают кровоснабжение суставов и тканей, стимулируют иммунитет.

Выводы. Комплекс Диклоберл+Глюкофлекс при болевом синдроме у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (спондилоартроз, остеохондроз) оказал выраженный клинический эффект, что позволяет рекомендовать его в лечении и реабилитации этой категории пациентов.

ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИДА ЭКСТРОКОРПОРАЛ ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

АБДУЛЛАЕВА Х.А. САБИРОВ М.А.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Турли генезли нефропатиялар асосида буйрак етишмовчилиги ривожланиб режали гемодиализ бошлаган беморлардан иборат тадқиқот гуруҳларида экстракорпорал терапиянинг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази 1-гемодиализ бўлимида режали гемодиализ тадбирларини бошидан кечираётган 96 нафар беморлар танлаб олиниб, улардан иккита гуруҳи шакллантирилди. 1-гуруҳ (n-57) бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган (қандли диабет, гипертония касаллиги, ЮИК) генезли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан иборат. 2-гуруҳ (n-39) бирламчи буйрак касалликлари туфайли (гломерулонефритлар, пиелонефритлар, интерстициал нефрит, буйрак туғма касалликлари) сурункали буйрак

касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан ташкил топган. Тадқиқот гуруҳларида экстракорпорал терапия самарадорлиги URRни ҳисоблаш ва Kt/V қийматини ўрганиш билан баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказган тадқиқотларимиз асосида олинган натижаларга кўра, 1-гуруҳда URR $58,9 \pm 2,17\%$ ҳисобланди, 2-гуруҳда эса у $64,7 \pm 1,92\%$ ни ташкил этди. Сунъий буйрак аппарати кўрсатган Kt/V натижасига кўра, 1-гуруҳда у $1,13 \pm 0,029$ қийматдаги меъёрдан паст натижани акс эттириб, 2-гуруҳда эса Kt/V $1,29 \pm 0,03$ меърий қийматни ташкил этди.

Хулоса. 2-гуруҳга нисбатан бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган генезли сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ бошлаган 1-гуруҳда URR ва Kt/V паст қийматларни кўрсатди.

Экстракорпорал терапия самарадорлигини буйрак етишмовчилигининг генезига боғлиқ ҳолда намоён бўлади.

ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНΙΑ ЭПИЗОДЛАРИНИНГ ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИКЛАРИДА УЧРАШИ

АБДУЛЛАЕВА Х.А.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Турли генезли нефропатиялар асосида буйрак етишмовчилиги ривожланиб режали гемодиализ бошлаган беморлардан иборат тадқиқот гуруҳларида интрадиализ гипотония эпизодларини учраш частотасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази 1-гемодиализ бўлимида режали гемодиализ тадбирларини бошидан кечираётган 96 нафар беморлар танлаб олиниб, улардан иккита гуруҳи шакллантирилди. 1-гуруҳ (n-57) бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган (қандли диабет, гипертония касаллиги, ЮИК) генезли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан иборат. 2-гуруҳ (n-39) бирламчи буйрак касалликлари туфайли (гломерулонефритлар, пиелонефритлар,

интерстициал нефрит, буйрак туғма касалликлари) сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан ташкил топган. Тадқиқот гуруҳларида бир ой мобайнида (12 сеансда) юзага келган интрадиализ гипотония эпизодлари ўрганилиб қайд этилди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказган тадқиқотларимиз асосида олинган натижаларга кўра, 1-гуруҳда интрадиализ гипотония 116 марта, яъни $16,9\%$ ни; 2-гуруҳда эса интрадиализ гипотония 63 марта, яъни $13,4\%$ ни ташкил этди.

Хулоса. 2-гуруҳга нисбатан бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган генезли сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ бошлаган 1-гуруҳда интрадиализ гипотония эпизодлари кўпроқ учради. Интрадиализ гипотония эпизодлари буйрак етишмовчилигининг генезига боғлиқ ҳолда юзага келади.

ЭКСТРОКОРПОРАЛ ТЕРАПИЯ ФОНИДА РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИНИНГ ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

АБДУЛЛАЕВ И.Ж., УМАРОВ О.М.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Режали гемодиализ беморларининг ҳаёт сифатини SF-36 психодиагностик тест услуги кўрсаткичлари бўйича баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази экстрокорпорал детоксикация бўлимида назоратда бўлган ҳамда мазкур муассасада режали гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари танлаб олинди. Уларнинг ҳаёт сифати SF-36 психодиагностик тест услугида ўрганилди. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморларининг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларини SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Режали гемодиализ муолажаларини олаётган беморларда шкаладаги «жисмоний ҳолатга асосланган фаолият ўрни» 37,3% га ва «эмоционал ҳолатга асосланган фаолият ўрни» кўрсаткичлари 53,7% гача сезиларли даражада пасайди, бу беморларнинг ўз-ўзига хизмат қилиш, жисмоний зўриқишлардаги муҳим чекловлар натижасида одатий ижтимоий ҳаётдаги ўрнини камайиши, ҳаёт сифатини ва ҳиссини сезиларли ёмонлаштиради. Шу билан бирга, оғриқ интенсивлигини 76,8% гача

ўсиш саломатликнинг умумий ҳолати 48,2% гача ёмонлашишига олиб келди. Умуман, SF-36 психодиагностик услуги кўрсаткичларига кўра, даволашдан олдин СБЕ билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати амбивалент тенденциялардаги ўзгаришларни қайд қилиш мумкин. Бу асосан беморларда яшашга негатив қарашнинг ўсиши, ижтимоий фаолияти ва уларнинг саломатлигини яхшилаш субъектив тажрибалар билан боғлиқ тажрибаларда ифодаланган. Бу албатта касалликнинг прогрессив ривожланиб бориши билан нафақат клиник-лаборатор кўрсаткичларини ошиб бориши, балки беморларнинг руҳий ҳолатини ёмонлашиши ва ҳаёт сифатини ҳам пасайиб боришига олиб келишидан далолат беради.

Хулоса. SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра, СБК V босқич беморларнинг ҳаёт сифати, жисмоний ва эмоционал фаолияти ўз турмуш тарзидан қониқмаслик ҳисси соғлом шахсларга нисбатан сезиларли даражада фарқ қилади.

Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморлар билан клиник психологлар ва психотерапевтлар психокоррекцион ва психотерапевтик ишлар олиб боришларида эътиборга олишлари лозим бўлади.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНΙΑ ЭПИЗОДЛАРИ

АБДУЛЛАЕВ И.Ж., УМАРОВ О.М.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Турли профили ультрафильтрация усулларида ўтказилган гемодиализ тадбирлари фонида режали гемодиализ беморларида интрадиализ гипотония эпизодларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази Экстрокорпорал детоксикация бўлимида режали гемодиализ тадбирларини бошидан кечираётган 65 нафар беморлар танлаб олинди. Улардан иккита тадқиқот гуруҳи шакллантирилди. 1-гуруҳ (n-31) беморлари стандарт профили ультрафильтрация услуги бўйича режали гемодиализ сеансларини қабул қилишди. 2-гуруҳ (n-34) беморлари эса 1-профили ультрафильтрация услуги бўйича режали гемодиализ сеансларини қабул қилишди. Кузатув 1 ой мобайнида олиб борилиб бу даврда

содир бўлган ИДГ эпизодлари тегишли тадқиқот гуруҳидаги жадвалга киритилиб қайд этиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Интрадиализ эпизодлари частотаси ва уни турли ультрафильтрация усулларида ўтказилган гемодиализ тадбирларини хавф омил сифатида таъсири ва боғлиқлигини баҳолаш бўйича олиб борган бир ойлик изланишларимизда қуйидаги натижаларни қўлга киритдик. Унга мувофиқ, стандарт профили ультрафильтрация услугида режали ГД тадбирларини ўтказган беморлардан ташкил топган 1-гуруҳда бир ой ичида жами 372 марта ГД сеанслари ўтказилган бўлиб, улардан 51 ҳолатда ИДГ кузатилди. 1-профили ультрафильтрация услугида режали ГД тадбирларини ўтказган беморлардан иборат 2-гуруҳда эса бир ой ичида жами 408 марта ГД сеанслари ўтказилиб, мазкур

гуруҳ беморларидан 17 нафарида ИДГ ҳолати юзага келди.

Хулоса. Стандарт профилли ультрафилтрация усулида гемодиализ ўтказган беморларда интрадиализ гипотония эпизодлари 1-профилли ультрафилтрация усулига қараганда 3 баравардан ортиқроқ частотада учради.

Режали гемодиализ беморларини экстрокорпорал даволашда 1-профилли ультрафилтрация усулини қўллаш орқали интрадиализ гипотония эпизодлари камаюди ва уларнинг яшовчанлиги ортишига эришилади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности применения различных режимов магнитотерапии (МТ) с использованием импульсного низкочастотного магнитного поля у пациентов с остеоартритом коленного сустава.

Материал и методы. В рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование были включены 100 пациентов с остеоартритом коленного сустава II–III степени по классификации Kellgren-Lawrence. В 1-ю группу вошли 35 пациентов, получавших локальную МТ на коленный сустав с применением бегущего импульсного магнитного поля (БИМП) 20 мТл, частота 6,25 Гц, экспозиция 20 мин. Во 2-ю группу включили 35 больных, которым проводилось воздействие магнитным полем с комбинацией режимов: 5 дней – импульсное магнитное поле (ИМП) с индукцией 2 мТл, частотой 100 Гц, затем режим БИМП 20 мТл, частота 6,25 Гц, длительность 20 мин, количество процедур – 12. В 3-ю группу вошли 30 пациентов, которые получали плацебо-магнитотерапию на область коленного сустава. При анализе результатов использовались шкалы ВАШ (100 мм) и WOMAC, а также субъективная оценка пациентами результатов лечения (5-балльная шкала).

Результаты исследования. Установлено выраженное симптом-модифицирующее влияние МТ (по ВАШ и WOMAC) в виде снижения выраженности боли у пациентов с гонартрозом ($p < 0,01$). Отмечено улучшение индексов боли и скованности, а также функциональных характеристик более выраженное у пациентов, которые получали комбинированный режим воздействия магнитным полем ($p < 0,01$). Эффективность лечебного воздействия во многом зависит от вида магнитного поля, индукции, частоты, формы импульса, экспозиции,

зоны воздействия. После оценки проведенной терапии в конечной точке исследования была отмечена положительная динамика, отражающая уменьшение выраженности болевого синдрома во всех группах наблюдения. При использовании МТ в 1-й и 2-й группах было выявлено выраженное уменьшение показателя боли по ВАШ (100 мм). Уменьшения боли по ВАШ в покое и при движении являлись достоверными по сравнению с исходными величинами ($p < 0,05$) и недостоверными при сравнении между группами ($p > 0,05$). Эффективность результатов лечения во 2-й группе (ИМП 3+1 режим) была достоверно выше ($p < 0,05$), особенно по сравнению с результатами 3-й группы (МТ-плацебо). Это особенно явно видно в отношении суммарного значения «хорошей» и «отличной» оценок результатов лечения по группам – такую оценку дали 60% больных 1-й и 2-й групп, получавших МТ, и 32,5% пациентов 3-й группы. По всем параметрам проводимой оценки по WOMAC (боль, скованность, функциональная активность), выраженности боли по шкале ВАШ (100 мм) динамика была значимо выше во 2-й группе, получавших импульсную МТ в режиме 3+1. Реализация биофизических процессов приводит к саногенетическим эффектам в зоне воздействия магнитного поля и в организме в целом, что выражается в уменьшении выраженности симптомов заболевания.

Выводы. Применение магнитотерапии, позволяющей использовать различные биотропные характеристики магнитного поля, является эффективной и безопасной технологией лечения пациентов с остеоартритом. Применение МТ с использованием различных режимов является безопасным для пациентов и не вызывает серьезных неблагоприятных событий.

РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАННИХ СТАДИЙ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Уточнение диагностических возможностей МРТ и R-логического исследования в оценке состояния костного мозга, синовиальной оболочки, суставного хряща, фиброзно-хрящевых структур, костей и параоссальных мягких тканей при асептическом некрозе головки бедренной кости (АНГБК) после ковид-19.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные 30 пациентов. Среди них было 21 мужчина и 9 женщин, в возрасте 28–65 лет, с общим количеством поврежденных тазобедренных суставов 48. При изучении анамнеза в исследование включались лишь больные, перенесшие ковид-19. Всем пациентам проведено общеклиническое, R-логическое обследование и выполнена МР-томография. Большинство пациентов жаловалось на боли в паху (30), реже – беспокоили боли в ягодичной области (7) и в области тазобедренного сустава (4). У ряда больных (10) отмечалась иррадиация болей в область коленного сустава. Боли, как правило, значительно усиливались при нагрузке (27) и в связи с прогрессированием болезни, иногда отмечались и в покое (7). Постепенно развивалось ограничение подвижности в тазобедренном суставе (22), хромота (17), укорочение конечности (8). При R-исследовании выполнялась обзорная (прямая-задняя) R-графия таза с внутренней ротацией стоп (20°). МРТ проводилась на МР-томографе MAGNETOM EXPERT фирмы «Siemens» (Германия), с напряженностью магнитного поля 1,0 Т.

Результаты исследования. Выявленная патология тазобедренных суставов классифицировалась по стадиям с учетом клинических проявлений и R-логических признаков.

0 стадия (5). На R-граммах признаков асептического некроза не выявлялось. I стадия (5). На R-граммах отмечался остеопороз головки бедренной кости. II стадия (14). На R-граммах определялось линейное повышение прозрачности

костной ткани в субхондральной области параллельно суставной поверхности головки бедренной кости (симптом «полумесяца»). III стадия (9). R-логически – имело место уплощение суставной поверхности и потеря сферической формы бедренной головки. Суставная щель без особенностей, не отмечено изменений и в вертлужной впадине. IV стадия (6). Определяется выраженная деформация головки бедра и резкое сужение суставной щели до полного ее отсутствия с вторичными изменениями вертлужной впадины. Анализ МРТ-изменений показал отек костного мозга, у 15 – некроз костного мозга, у 17 – грубые изменения в виде фиброза и остеосклероза, у 14 больных имелись изменения в вертлужной впадине. До МРТ-исследования эти суставы считались здоровыми. Интенсивность изображения некротического фокуса зависит от характера и стадии патологического процесса [9]. На ранней стадии участок некроза сохраняет высокую интенсивность на T1-ВИ и пониженную интенсивность на T2-ВИ, соответствующую нормальному изображению жирового костного мозга. Если некроз сопровождается кровоизлиянием, то интенсивность некротического фрагмента становится высокой на T1- и T2-ВИ. При пропитывании некротического участка суставным выпотом он приобретает низкую интенсивность на T1-ВИ и высокую на T2-ВИ. В необратимую фазу костного инфаркта преобладают фиброз и остеосклероз, что обуславливает низкую интенсивность МР-сигнала некротического участка на T1- и T2-ВИ.

Вывод. В начале заболевания (0-1 стадии АНГБК) классическая R-ография неинформативна, отсюда методом выбора является магнитнорезонансная томография. МР-томографическая семиотика АНГБК зависит от стадии и распространенности процесса, обеспечивая тем самым принцип наибольшей информативности.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭМП УВЧ И СВЧ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Разработка сочетанного воздействия электромагнитного поля (ЭМП) ультравысокой частоты (УВЧ) и ЭМП сверхвысокой частоты (СВЧ) у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 47 больных РА. У всех пациентов оценивали стандартные параметры суставного синдрома: число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), продолжительность утренней скованности в минутах, выраженность боли по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и общее состояние здоровья пациентов (ОСЗП) по ВАШ. Оценка активности РА проводилась с использованием индекса DAS 28. Функциональная способность пациентов была определена по классификации О. Steinbrocker. Серопозитивный РА диагностирован у 38 (80,9%) больных, серонегативный – у 9 (19,1%). I рентгенологическая стадия РА установлена у 2 (4,3%) пациентов, II – у 21 (33%), III – у 14 (29,8%), IV – у 10 (21,3%) пациентов.

Проведено сочетанное воздействие ЭМП УВЧ битемпорально и ЭМП СВЧ на область надпочечников с целью селективной стимуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Комплексное воздействие начинали с битемпоральной УВЧ-терапии, далее без перерыва во времени проводят процедуру СВЧ-терапии на область надпочечников. СВЧ-терапию (460 МГц) выполнялось прямоугольным излучателем 16 × 35 см, который располагают с зазором 4–5 см на уровне позвоночных сегментов ThX–LII поперечно. Интенсивность воздействия 40–45 Вт, продолжительность 15–20 мин, на курс 10–12 ежедневных воздействий. Методика сочетанного воздействия ЭМП УВЧ битемпорально и ЭМП СВЧ на область надпочечников дает все терапевтические эффекты, которые присущи изолированной битемпоральной УВЧ-терапии. Отличительной чертой данного воздействия является его

тотальное супрессивное влияние на иммунокомпетентную систему у пациентов с РА независимо от серопринадлежности по РФ.

Результаты исследования. Расстройства глюкокортикоидной функции надпочечников вследствие истощения их резервных возможностей в результате длительно текущего аутоиммунного воспалительного процесса, а также дисфункции контролирующего влияния механизма обратной связи с вышележащими центрами нейроэндокринной регуляции (гипоталамус–гипофиз) определяют степень иммунопатологических нарушений и дальнейшее прогрессирование РА. Сочетанное воздействие оказывает противовоспалительное, обезболивающее, десенсибилизирующее действие и отличается всеми эффектами, присущими битемпоральной УВЧ-терапии. Отличие заключается в селективном иммуномодулирующем влиянии на иммунокомпетентную систему серонегативных по ревматоидному фактору (РФ) пациентов с РА.

Данная методика показана больным РА со средней и высокой (II–III степень) активностью воспалительного процесса, медленно прогрессирующим течением, суставной и суставно-висцеральной формами, наличием экссудативного компонента воспаления (синовит) в пораженных суставах, серопозитивной и серонегативной по РФ формами, I–IV стадией процесса. Возможно комбинирование данной методики с другими видами бальнеолечения, ЛФК, медикаментозными препаратами.

Выводы. Клинический эффект достигается за счет влияния физических факторов непосредственно на ведущие звенья патогенеза РА. В этом случае физические факторы используют уже не для локальной симптоматической терапии, а как патогенетически направленное лечение, по определенным позициям схожее с болезньмодифицирующими препаратами базисного ряда.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА РАННИХ СТАДИЯХ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Разработка и изучение метода комплексного безоперационного лечения АНГБК на основе сочетания методов физиобальнеотерапии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 36 пациентов (17 мужчины, 19 женщин) в возрасте от 24 до 47 лет (средний возраст 32 года) с клинически и инструментально подтвержденным диагнозом АНГБК I–III степени (18 пациентов с I степенью, 14 – со II, 4 – с III степенью). Среди клинических проявлений преобладали: болевой синдром, наличие хромоты, ограничение объема движений и уменьшение дистанции безболевой ходьбы. Все больные ранее получали симптоматическое лечение в виде приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Основную группу составили 30 больных, которым был назначен лечебный комплекс, включающий комбинированное воздействие магнитным полем высокой частоты (МП ВЧ) – индуктотермией – на область сегментов позвоночного столба ThX–LII индуктором-кабелем или диском на область ТБС. Используют аппарат ИКВ-4 (13,56 МГц) в слаботепловой дозировке. Продолжительность ежедневных процедур 15–20 мин, 10–12 на курс лечения. Возможно использование индуктора-диска, который контактно или с зазором 1 см располагают над. В контрольную группу включили 15 больных, которые получали лечение с использованием комплекса: массаж ТБС; синусоидально-модулированные токи (род работы III, частота модуляции 10 и 100 Гц; продолжительность процедуры составляла 10 мин; ультрафонофорез с 1% гидрокортизоновой мазью. Воздействие ультразвуком проводилось в непрерывном режиме при интенсивности 0,6 Вт/см². Продолжительностью 8 мин. На курс 10–12 процедур. У пациентов обеих групп до и после лечения проводился клинический

и функциональный анализ состояния ТБС, включавший: оценку клинического состояния с использованием опросника Харриса (Harris Hip Score – HHS); ультразвуковую денситометрию. Определение плотности костной ткани (t) проводилось в двух точках: на проксимальной фаланге среднего пальца кисти (PPIII) и на дистальной головке лучевой кости (DRII). Первая точка использовалась для оценки плотности трубчатой кости, вторая – для оценки плотности губчатой кости; оценку качества жизни при помощи опросника качества жизни (Short Form Medical Outcomes Study SF-36).

Результаты исследования. У пациентов обеих групп, получающих различные комплексы лечения, была выявлена положительная динамика, выражающаяся в клинико-функциональном улучшении состояния ТБС: уменьшении болевого синдрома, увеличении объема движений и дистанции безболевой ходьбы. По данным денситометрии было отмечено статистически значимое увеличение плотности костной ткани (как трубчатой, так и губчатой) в обеих группах. При оценке динамики показателей качества жизни по шкалам опросника SF-36 в основной и контрольной группах полученные данные сравнивались со средними значениями в популяции. Эффективность оценивалась методом анкетирования через год после лечения. В основной группе средний уровень боли по ВАШ составил 4 балла, в контрольной – 6 баллов. Функция сустава (по шкале HHS с максимумом в 100%) в основной группе оценивалась в 70%, в контрольной – в 60%.

Вывод. Использование комплекса лечения на основе физиотерапии позволяет получить положительную клинико-функциональную динамику состояния суставов и увеличение показателей качества жизни у пациентов с АНГБК.

ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

АСРАРОВА З.Д., НИГМОНОВ Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести углубленный и продолжительный клинический анализ течения ишемической болезни миокарда (ИБС) у пациентов, находящихся на гемодиализе (ГД).

Материал и методы. В исследование включены 119 стабильных пациентов на ГД (67

мужчин, средний возраст 50±13 лет). Средняя продолжительность терапии ГД составила 50 месяцев [95% доверительный интервал (ДИ) 39–60]. Проспективное наблюдение началось в июне 2002 года и завершилось в июне 2009 года. Средняя продолжительность наблюдения

составила 1518 дней (95% ДИ 1373–1666), что эквивалентно 495 пациентам. В ходе наблюдения фиксировались конечные точки прогноза, указывающие на прогрессирование ИБС и кардиоваскулярной патологии. Для более точного анализа использовались различные методы диагностики, включая эхокардиографию, электрокардиографию и биохимические анализы крови. Эти методы позволили выявить изменения в структуре и функции сердца, а также определить уровни биомаркеров, таких как тропонин Т и аполипопротеин А1. Дополнительно пациенты регулярно проходили медицинские осмотры для оценки общего состояния здоровья и выявления возможных осложнений.

Результаты исследования. На момент включения в исследование клинические признаки ИБС были выявлены у 60 пациентов (50,4%); из них типичная стенокардия наблюдалась у 52%, безболевая ИБС у 23%, смешанная форма ИБС у 25%. Пациенты с ИБС отличались от пациентов без признаков ИБС по возрасту, пульсовому артериальному давлению, уровню аполипопротеина А1 и тропонина Т (ТнТ). У них чаще выявлялись признаки уплотнения и кальцификации аортального и митрального клапанов. За время наблюдения умер 51

пациент (42,9%), из них 39 человек (32,8%) – из-за сердечно-сосудистых причин. Среди 66 из 119 пациентов, у которых произошли сердечно-сосудистые события, смертность составила 59%, суммарная доля пациентов с различными формами ИБС – 86%, прогрессирование ИБС отмечено у 82%. У 35% пациентов клинические признаки коронарной недостаточности появились впервые за время наблюдения. Пациенты с признаками прогрессирования или развития ИБС были старше, имели более высокий уровень ТнТ, иммуноглобулинов и больший диаметр аорты. При регрессионном анализе возраст оказался единственным независимым предиктором прогрессирования ИБС, а клинические признаки ИБС и уровень ТнТ на момент начала исследования – высокодостоверными и независимыми предикторами сердечно-сосудистой выживаемости.

Выводы. ИБС имеет значительное клиническое и прогностическое значение и требует тщательной диагностики и соответствующего лечения для улучшения исходов у пациентов на ГД. Важно учитывать возраст и уровень ТнТ при оценке риска прогрессирования ИБС и сердечно-сосудистой выживаемости.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

АСРАРОВА З.Д., ДАМИНОВА К.М.

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

Материал и методы. В исследование включены 217 пациентов с ХБП в возрасте от 18 до 65 лет, отобранных из 350 амбулаторных карт. Пациенты были распределены по степеням ХБП на основе скорости клубочковой фильтрации (СКФ): 1 степень (СКФ 60–89 мл/мин/1, 73 м²) – 54 пациента; 2 степень (СКФ 45–59 мл/мин/1, 73 м²) – 53 пациента; 3 степень (СКФ 30–44 мл/мин/1, 73 м²) – 58 пациентов; 4 степень (СКФ 15–29 мл/мин/1, 73 м²) – 52 пациента. Обследование проводилось в три этапа: комплексная диагностика нефропатии и выявление факторов риска на первом этапе, клиническое и лабораторное обследование через 90 и 180 дней с коррекцией антигипертензивной терапии на втором и третьем этапах.

Результаты исследования. Из 217 пациентов у 135 была выявлена АГ (в среднем 154, 5/85, 78 мм рт. ст.), при этом 33 пациента (15,2%) не знали о наличии у них АГ. Эти пациенты были распределены по группам в зависимости от

степени ХБП: 1 группа (СКФ 60–89 мл/мин/1, 73 м²) – среднее САД 148, 18±2, 36 и ДАД 82, 12±0, 95 мм рт. ст.; 2 группа (СКФ 45–59 мл/мин/1, 73 м²) – среднее САД 152, 12±1, 49 и ДАД 85, 52±1, 08 мм рт. ст.; 3 группа (СКФ 30–44 мл/мин/1, 73 м²) – среднее САД 157, 71±1, 48 и ДАД 86, 97±1, 12 мм рт. ст.; 4 группа (СКФ 15–29 мл/мин/1, 73 м²) – среднее САД 161, 77±1, 92 и ДАД 88, 52±1, 13 мм рт. ст. К завершению первого этапа лечения у 51, 1% (n=69) пациентов были достигнуты целевые значения АД (140/90 мм рт. ст.), у остальных пациентов удалось стабилизировать АД на более низком уровне, чем исходный.

Выводы. Исследование показало, что АГ и ХБП могут протекать бессимптомно, что требует более внимательного изучения факторов риска на уровне первичного звена здравоохранения. Для эффективной профилактики прогрессирования ХБП необходим строгий контроль достижения целевого уровня артериального давления.

ИНФЕКЦИЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ

ГАНИЕВА Н.А., МУХИДДИНОВА С.М., ДЖУРАЕВА Э.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль инфекционных факторов в развитии узловой эритемы.

Материал и методы. Обследовано 27 пациентов с узловой эритемой в возрасте от 20 до 40 лет, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и артрологии, кардиоревматологии, а также в поликлинике артрологического специализированного курса амбулаторного лечения многопрофильной клиники ТМА. Всем больным проведен общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование (АЛТ, АСТ, билирубин), иммунологическое обследование (СРБ, РФ, ds-ДНК, АНА, АНЦА), серологическое исследование (TORCH-инфекции), бактериологический посев из зева, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Из 27 обследованных больных женщины составили 70,4% (19 пациентов), мужчины – 29,6% (8

пациентов). По возрасту больные распределились следующим образом: 20–25 лет – 9 больных (33,3%), 26–35 лет – 16 (59,3%), 36–40 лет – 2 пациента (7,4%). Анализ клинических симптомов у больных с узловой эритемой показал, что у 74,1% больных выявлены мягкие эритематозные или с наличием симптома «синяка» узлы диаметром 1–5 см и четкими границами, у 18,5% лихорадка, у 7% – боль в горле, у 3,7% – диарея и боль в животе. При серологическом исследовании у 9 больных (33,3%) обнаружена *Chlamydomydia pneumoniae*, у 3 (11,1%) – *Herpes simplex virus*, у 2 (7,4%) – *Cytomegalovirus*, у 13 (48,2%) пациентов – *Staphylococcus aureus*.

Выводы. Таким образом, раннее выявление инфекционных агентов и клинических признаков с применением современных методов диагностики и настороженность врача в отношении узловой эритемы обуславливают возможность адекватного лечения данного заболевания.

СВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ДАМИНОВА К.М., АСПАРОВА З.Д.

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

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение дислипидемии у больных ХБП в условиях первичного звена здравоохранения, а также оценка эффективности выявления и коррекции модифицируемых факторов риска, таких как ожирение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия (АГ), гипергликемия и заболевания нижних мочевых путей.

Материал и методы. В исследование включены 217 больных ХБП в возрасте от 18 до 65 лет. Проведено трехэтапное обследование, включающее комплексную диагностику нефропатии, выявление наличия различных факторов риска и их связь с изменениями почек. Первый этап включал: комплексную диагностику нефропатии у всех больных, выявление наличия различных немодифицируемых и модифицируемых факторов риска, одним из которых была дислипидемия и ее связь с изменениями почек в условиях первичного звена здравоохранения. Определялись уровни холестерина и индекс массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. На основе категории СКФ хронической болезни почек (ХБП) по KDIGO 2012 г., пациенты распределились

следующим образом: 1 степень (СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м²) – 54 пациента; 2 степень (СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м²) – 53 пациента; 3 степень (СКФ 30–44 мл/мин/1,73 м²) – 58 пациентов; 4 степень (СКФ 15–29 мл/мин/1,73 м²) – 52 пациента. Гиперхолестеринемия выявлена у 154 (71,0%) пациентов. Средний ИМТ составил 29,5±5,92 кг/м², при этом нормальную массу тела имели 52 (24,0%) больных, избыточный вес – 63 (29,0%) пациента, ожирение – 102 (47,0%) пациента. Результаты исследования показали, что из них – ожирение I ст. – 44 (43,14%) больных, ожирение II ст. – 47 (46,08%), ожирение III ст. – 11 (10,78%) больных. При этом у ранее выявленных ХБП (n=151) ожирение выявлено у 59 (39,7%), в то же время у пациентов впервые выявленных ХБП (n=54) ожирение выявлено у 35 (64,81%) больных.

Выводы. В заключение можно сказать, что уменьшение числа пациентов с нормальным ИМТ происходит при усугублении состояния и появлении первых признаков ХБП. Раннее выявление дислипидемии и других факторов риска в условиях первичного звена здравоохранения может способствовать ранней диагностике и профилактике прогрессирования ХБП.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА

ДЖУРАЕВА Э.Р., ЗИЯЕВА Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности течения аксиального спондилоартрита у лиц разного пола.

Материал и методы. Обследовано 32 пациента с достоверным диагнозом АС, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных АС было 7 женщин (21,9%) и 25 мужчин (78,1%). У женщин и мужчин не выявлено различий по возрасту (у женщин он составил $36,4 \pm 4,9$ года, у мужчин – $39,4 \pm 5,4$ года). Длительность заболевания АС у мужчин составила $14,6 \pm 0,6$, у женщин – $15,1 \pm 1,1$ лет. Активность заболевания определялась с помощью индекса BASDAI. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование костей таза, позвоночника, пораженных периферических суставов; иммунологические исследования и определение антигена HLA-B27. Боль в спине и суставах оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), подвижность аксиального скелета определяли с помощью индекса BASMI (the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) и его составляющих.

Результаты исследования. Результаты проведенных исследований показали, что HLA-B27-антиген выявлен у большинства пациентов обеих групп (у 86,6% мужчин и у 91,7% женщин). Интенсивность боли по ВАШ у женщин с АС была

значительно выше ($4,8 \pm 3,4$ мм), чем у мужчин ($2,9 \pm 2,3$ мм). Активность АС согласно индексу BASDAI у мужчин составила $3,6 \pm 0,2$ балла, что соответствовало умеренной степени, у женщин – $4,8 \pm 0,3$ балла, то есть имела место высокая степень активности заболевания. По результатам анализа крови СОЭ в группе женщин была несколько выше ($28,6 \pm 1,7$ мм/час) по сравнению с показателями у мужчин ($20,5 \pm 2,6$ мм/ч мм/час). Сравнительный анализ уровня СРБ показал, что у женщин показатели СРБ были выше, чем у мужчин: $18,4 \pm 10,9$ мг/л против $12,5 \pm 7,4$ мг/л, но различия статистически незначимы ($p > 0,05$). У женщин с АС было характерно более медленное прогрессирование процесса в позвоночнике и крестцово-подвздошных сочленениях (частота III степени сакроилеита при одинаковой давности болезни составила 28% у женщин и 45,7% у мужчин), частое поражение шейного отдела позвоночника (анкилозы, артриты дугоотростчатых суставов в 20% случаев против 5,6% у мужчин), грудиноключичных сочленениях (в 45% случаев у женщин и 20% – у мужчин). Периферический артрит нижних конечностей был более свойственен мужчинам (34% против 28% у женщин).

Выводы. Как показали результаты проведенного исследования, клиническая картина АС у женщин протекает более тяжелее, начиная с ранней стадии, что проявляется более высокой активностью заболевания, функциональной недостаточностью по сравнению с противоположным полом.

ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ДЖУРАЕВА Э.Р., ГАНИЕВА Н.А., ЗИЯЕВА Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ течения ревматоидного артрита (РА) у пациентов, перенесших COVID-19

Материал и методы. Обследовано 43 пациента с достоверным диагнозом РА, согласно критериям Американской коллегии ревматологии и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2010, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных РА было 37 женщин (87%) и 6 мужчин (13%), средний возраст больных ($M \pm m$) составил $51,16 \pm 9,35$ года, средняя длительность РА – $15 \pm 9,26$ лет. У всех обследованных больных

определяли число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, проводили общую оценку активности заболевания больным (ООАБ) и врачом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28 – СОЭ. По заболеваемостью COVID-19 пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные РА, перенесшие COVID-19, II группа – больные РА, не перенесшие данное заболевание. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование суставов, иммунологическое исследование и определение ревматоидного фактора (РФ) крови.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено, что после перенесенного COVID-19 у 68,1% больных РА отмечалось обострение патологического процесса. Клиническими особенностями РА у пациентов I группы в 70% случаев было частое вовлечение в процесс крупных и средних суставов. Продолжительность утренней скованности у больных РА I группы составила $180,0 \pm 1,6$ минуты, в то же время во II группе – $156 \pm 1,5$ минуты. В зависимости от наличия РФ в сыворотке крови у 59% обследованных больных I группы РА был серопозитивный (среднее значение РФ – $19,2 \pm 1,4$) и у 41% – серонегативный (во II группе эти показатели составили 70% и 30% соответственно). Активность РА согласно индексу DAS28 у пациентов I группы была $5,13 \pm 0,6$ баллов, что соответствовало III степени, во II группе DAS28 составила $5,0 \pm 0,8$ балла, то есть имела место II степень активности. По функциональному классу больные были распределены следующим образом: в I группе 82% больных, во II группе 70% больных имели III функциональный класс, что показало большее нарушение функции суставов после перенесенной вирусной инфекции. Согласно рентгенологическим проявлениям,

больные I группы были распределены следующим образом: I стадия выявлена у 23% больных, II – у 64%, III стадия – у 13% больных. Рентгенологические изменения во II группе: I стадия выявлена у 20% больных, II – у 60%, III – у 10%, IV стадия выявлена у 10% больных. По результатам анализа крови у пациентов I группы уровень гемоглобина составил $92,0 \pm 0,6$ г/л, СОЭ – $28,6 \pm 0,9$ мм/час по сравнению с показателями во II группе: гемоглобин – $101,3 \pm 0,3$ г/л; СОЭ – $20,5 \pm 1,2$ мм/час. Сравнительный анализ уровня СРБ показал более высокие значения у больных I группы ($35,1 \pm 1,3$) по сравнению со II группой (СРБ – $28,6 \pm 0,9$). У 75% пациентов РА I группы кроме суставных проявлений также отмечались системные проявления (ревматоидные узелки – 17%, кардит – 54%, нефрит – 4%).

Выводы. Таким образом, анализ течения РА после перенесенного COVID-19, показал, что у пациентов часто отмечалась высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей острофазных проб, быстрое прогрессирование заболевания, а также присоединялось системное поражение внутренних органов.

ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ МАРКЕРЛАРИНИНГ МАНЗАРАСИ

ДЎСҚОБИЛОВА З.Б.

23-сон Маҳкумлар учун ихтисослашган касалхонаси, Тошкент Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморларида буйрак шикастланиш маркерлари кўрсаткичлари хусусиятларини ўрганиш ҳамда уларни потенциал модификацияланган хавф омилларига боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун 2023 йил мобайнида Жазони ижро этиш департаменти 23-сон Маҳкумлар учун ихтисослашган касалхонаси терапевтик бўлимида даволанган 26% СБК беморлари ажратиб олинди. Барча бемордаги асосий потенциал модификацияланган хавф омиллари сони аниқланиб, ҳар ҳар бири бўйича тадқиқот гуруҳлари шакллантирилди. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган СБКлардан иборат 1-гуруҳ (n-21); қандли диабет генезли нефропатиялар асосида шаклланган СБКлардан иборат 2-гуруҳ (n-34); артериал гипертензия (АГ) негизда кечаётган СБКлардан иборат 3-гуруҳ (n-37); семизлик негиздаги СБКлардан иборат 4-гуруҳ (n-21) ҳамда 2 ва ундан ортиқ (қандли диабет, АГ ва семизлик) комплекс хавф омиллари негизда кечаётган СБКларидан иборат 5-гуруҳ (n-28) ташкил этилди. Барча беморларда буйрак шикастланиш маркери протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, альбуминурия, альбумин/креатинин (А/К) нисбати текширилди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Турли потенциал модификацияланган хавф омиллари негизда кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак шикастланиш маркерлари қуйидаги натижаларни акс эттирди. Унга мувофиқ, модификацияланган хавф омиллари мавжуд бўлмаган беморлардан иборат 1-гуруҳда протеинурия $0,99 \pm 0,16\%$; қандли диабет негизда кечаётган беморлардан иборат 2-гуруҳда $1,73 \pm 0,19\%$; АГ негизда кечаётган беморлардан иборат 3-гуруҳда $1,42 \pm 0,14\%$; семизлик мавжуд беморлардан иборат 4-гуруҳда $1,34 \pm 0,15\%$ ва комплекс хавф омиллари негизда кечаётган беморлардан ташкил топган 5-гуруҳда эса $2,13 \pm 0,24\%$ ни намоён этди. Эритроцитурия бир кўрув майдонида 1-гуруҳда $4,3 \pm 0,32$ донани; 2-гуруҳда $5,6 \pm 0,44$ донани; 3-гуруҳда $5,1 \pm 0,36$ донани; 4-гуруҳда $4,8 \pm 0,39$ донана ва 5-гуруҳда $7,3 \pm 0,82$ донани ташкил этди. Цилиндрурия бир кўрув майдонида 1-гуруҳда $3,9 \pm 0,12$ донана; 2-гуруҳда $5,3 \pm 0,23$ донана; 3-гуруҳда $4,5 \pm 0,19$ донана; 4-гуруҳда $4,3 \pm 0,18$ донана ва 5-гуруҳда $5,7 \pm 0,24$ донана экани аниқланди. Альбуминурия 1-гуруҳда $38,9 \pm 1,75$ мг/сутка; 2-гуруҳда $45,8 \pm 2,17$; 3-гуруҳда $40,5 \pm 1,98$ мг/сутка; 4-гуруҳда $41,2 \pm 1,54$ ва 5-гуруҳда $51,3 \pm 2,96$ мг/сутка экани аниқланди. А/К нисбати ҳисоб-китобларига кўра 1-гуруҳда $3,81 \pm 0,16$; 2-гуруҳда

4,39±0,18; 3-гурӯҳда 4,03±0,16; 4-гурӯҳда 3,97±0,17 ва 5-гурӯҳда 4,71±0,19 қийматгача ошиб кетгани кўрилди.

Хулоса. Турли потенциал модификацияланган хавф омиллари негизда кечаётган СБК мавжуд

хавф омилига боғлиқ равишда муайян тадқиқот гуруҳларида ўзига хос манзарани кашф этди.

Қандли диабет ва комплекс хавф омиллари гуруҳларида буйрак шикастланиш маркерлари яққолроқ намоён бўлган.

ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ ҲОЛАТИ

ДЎСҚОБИЛОВА З.Б.

23-сон Маҳкумлар учун ихтисослашган касалхонаси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак дисфункцияси кўрсаткичлари хусусиятларини ўрганиш ҳамда уларни потенциал модификацияланган хавф омилларига боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун 2023 йил мобайнида Жазони ижро этиш департаменти 23-сон Маҳкумлар учун ихтисослашган касалхонаси терапевтик бўлимида даволанган 26% нафар СБК беморлари ажратиб олинди. Барча бемордаги асосий потенциал модификацияланган хавф омиллари сони аниқланиб, ҳар бири бўйича тадқиқот гуруҳлари шакллантирилди. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган СБКлардан иборат 1-гурӯҳ (n-15%); қандли диабет генезли нефропатиялар асосида шаклланган СБКлардан иборат 2-гурӯҳ (n-24%); АГ негизда кечаётган СБКлардан иборат 3-гурӯҳ (n-26%); семизлик негиздаги СБКлардан иборат 4-гурӯҳ (n-15%) ҳамда 2 ва ундан ортиқ (қандли диабет, АГ ва семизлик) комплекс хавф омиллари негизда кечаётган СБКлардан иборат 5-гурӯҳ (n-20%) ташкил этилди. Барча беморларда қонда буйрак фаолиятини белгиловчи мочевино ва креатинин миқдори аниқланди. Коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) зардобдаги креатинин миқдори бўйича 2011 йили модификация қилинган CKD-EPI (2009) формуласи (<http://nefrosovvet.ru/> сайтидаги online ҳисоблагич) кўмагида ҳисобланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Турли потенциал модификацияланган хавф омиллари негизда кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак фаолияти кўрсаткичлари қуйидаги натижаларни акс эттирди. Унга мувофиқ, модификацияланган хавф омиллари

мавжуд бўлмаган беморлардан иборат 1-гурӯҳда зардобда креатинин 133,6±4,98 мкмоль/л.; қандли диабет негизда кечаётган беморлардан иборат 2-гурӯҳда 157,8±5,59 мкмоль/л.; АГ негизда кечаётган беморлардан иборат 3-гурӯҳда 149,4±5,34 мкмоль/л.; семизлик мавжуд беморлардан иборат 4-гурӯҳда 149,1±4,87 ва комплекс хавф омиллари негизда кечаётган беморлардан ташкил топган 5-гурӯҳда эса 165,4±5,69 мкмоль/л.ни ташкил этди. Қон зардобда мочевино 1-гурӯҳда 9,38±0,58 ммоль/л.; 2-гурӯҳда 11,29±0,62 ммоль/л.; 3-гурӯҳда 10,65±0,68 ммоль/л.; 4-гурӯҳда 10,3±0,74 ва комплекс хавф омиллари негизда кечаётлардан иборат 5-гурӯҳда эса 13,2±0,91 ммоль/л.ни ташкил этди. Зардобдаги креатинин қиймати асосида ҳисобланган КФТ 1-гурӯҳда 57,8±2,73 мл/дақ.; 2-гурӯҳда 46,3±2,16 мл/дақ.; 3-гурӯҳда 49,8±1,78 мл/дақ.; 4-гурӯҳда 50,1±1,98 мл/дақ. ва комплекс хавф омиллари негизда кечаётлардан иборат 5-гурӯҳда эса 42,8±1,8 мл/дақ.ни намоён этди.

Хулоса. Турли потенциал модификацияланган хавф омиллари негизда кечаётган сурункали буйрак касаллигида буйрак дисфункцияси градиентлари мавжуд хавф омилига боғлиқ равишда муайян тадқиқот гуруҳларида ўзига хос манзарани кашф этди.

Қандли диабет ва комплекс хавф омиллари гуруҳларида буйрак дисфункцияси кўрсаткичлари юқори эканлиги кузатилди.

Мазкур популяция беморларида потенциал модификацияланган хавф омилларини ўз вақтида аниқлаш ва унга қарши кураш билан сурункали буйрак касаллигини прогрессив авж олиб кетишининг олдини олинади.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА LEU28PRO ГЕНА APOE И ALUINS/DELI>D ГЕНА ACE ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

ЖАББАРОВ О.О., ХУЖАНИЯЗОВА Н.К., ТУРСУНОВА Л.Д.

*Ташкентская медицинская академия, Техникум общественного здравоохранения
имени Абу Али ибн Сины, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Оценка вклада полиморфного маркера гена APOE и гена ACE в риск развития диабетической нефропатии при СД 2 типа у лиц узбекской национальности.

Материал и методы. В Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III клиники ТМА были обследованы 129 больных СД 2-го типа, которые составили основную группу и 110 здоровых лиц узбекской нации для контрольной группы, включенных по принципу «случай-контроль». Пациенты в основной группе были распределены следующим образом: 65 пациентов с длительностью заболевания до 10 лет, без диабетической нефропатии (33 пациента) и с диабетической нефропатией (32 пациента), 64 пациентами – с диабетом, продолжающимся более 10–20 лет, с без диабетической нефропатии (31 пациента) и диабетической нефропатии (33 пациента).

Тестирование полиморфизма Leu/Pro гена APOE и полиморфизма AluIns/Dell>D гена ACE проводилось на программируемом термоциклере фирмы «AppliedBiosystems» 2720 (США), с использованием тест-систем компании «ЛИТЕХ» (Россия), согласно инструкции производителя. Для статистической обработки материала использовалась программа STATISTICA 6. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением ($M \pm SD$). Нормальность распределения проверялась критерием Колмогорова-Смирнова. Относительный риск заболевания у носителей определенного аллеля и генотипа вычислялся как показатель отношения шансов (OR – oddsratio). Значение OR вычисляли с помощью онлайн-калькулятора программы

«Медицинская статистика» ([http:// medstatistic.ru/calculators.html](http://medstatistic.ru/calculators.html)).

Распределение генотипов проверяли на отклонение от равновесия Харди-Вайнберга. Коэффициент корреляции r рассчитывали методом Спирмена. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Наше исследование продемонстрировало ассоциацию между носительством Pro-аллеля (генотип Leu/Pro) гена APOE и диабетической нефропатией у больных СД 2-го типа. А также была выявлена ассоциация между носительством D-аллеля (генотип DD) гена ACE и диабетической нефропатии у больных СД 2-типа. Полученные результаты согласуются с данными отечественных и зарубежных авторов, показавших, что носительство Pro-аллеля является независимым фактором риска ДН у пациентов с СД 2-го типа в различных этнических группах. Эти данные и результаты нашего исследования позволяют сделать вывод, что генотипы полиморфного маркера Leu28Pro гена APOE и AluIns/Dell>D гена ACE играют важную роль в развитии ДН у больных сахарным диабетом 2-го типа в исследуемой узбекской нации.

Выводы. Таким образом, в результате исследования выявлена достоверная ассоциация риска диабетической нефропатии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с генами, кодирующими факторы метаболизма липидов (APOE) и генами, кодирующими компоненты PAC – ген ангиотензин – превращающего фермента (ACE), продукты экспрессии которых играют роль в патогенезе поражения почек при сахарном диабете.

ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

ЗИЯЕВА Ф.К., ДЖУРАЕВА Э.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить варианты поражения периферической НС у больных АС.

Материал и методы. Обследовано 56 больных АС в возрасте $38,7 \pm 0,6$ года, среди них было 86% мужчин и 14% женщин, длительность заболевания составила $11,7 \pm 0,4$ года. I степень активности патологического процесса установлена у 24% пациентов, II – у 57%, III – у 19% больных. Висцеральные изменения

обнаружены у 76% больных, в том числе поражение периферической НС – в 33% случаев. Больным выполняли рентгенографию грудной клетки, периферических суставов, крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника, сонографию суставов и внутренних органов, электроэнцефалографию, у части больных – компьютерную и магнитно-резонансную томографию позвоночника и головного мозга.

Всем больным проведена консультация невропатолога и окулиста.

Результаты исследования. В большинстве случаев больные жаловались на чувство онемения, жжения и «ползания мурашек», снижение или (реже) повышение чувствительности в кистях и стопах. При неврологическом исследовании выявлялись уменьшение болевой и температурной чувствительности в дистальных отделах конечностей, иногда двигательные нарушения в виде вялых парезов, высокие сухожильные рефлексы, равномерно расширенные в руках и ногах, явления гиперестезии на ногах по типу «высоких носков», а в руках (кистях) –

с явлениями гиперпатии по ходу лучевого и локтевого нервов. Полинейропатия установлена у 18% больных АС, радикулопатия – у 17%, цервикокраниалгия – у 14%, мононейропатия – у 13%, синдром метакarpального канала – у 9%, невралгия тройничного нерва – у 5%, неврит лицевого нерва – у 4%. Если в группе мужчин периферическая нейропатия диагностирована в 28% случаев, то среди больных АС женского пола – в 2,7 раза чаще.

Вывод. Таким образом, поражение периферической НС часто встречается у больных АС и отличается многообразием клинических проявлений, зависит от характера течения заболевания.

КОРРЕКЦИЯ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

ИБРАГИМОВ А.Ю., МУСАЕВА Ш.З., САИПОВА М.Л., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить компоненты метаболического синдрома при проведении длительной терапии глюкокортикостероидами (ГКС) у больных системной красной волчанкой (СКВ) и разработать схему их коррекции.

Материал и методы. В исследование были включены 32 больных с СКВ женского пола, в возрасте 18–54 лет, средний возраст 26,5 года, длительность болезни от 2 до 17 лет. ГКС терапию больные получали с момента установления диагноза в дозе, соответствующей активности процесса. Периодически по показаниям больные получали классическую пульстерапию (ПТ) с метилпреднизолоном (солумедролом) в дозе 500 – 1000 мг в течение 3–5 дней или комбинированную пульстерапию в сочетании с циклофосфаном в дозе 1000 мг на второй день пульстерапии однократно. После проведения курса ПТ по уровню активности СКВ были назначены на длительные сроки преднизолон 5 мг, таблетки, перорально в дозе 1мг на кг веса (50–60 мг в день) в сочетании с циклофосфаном 200 – 400 мг внутримышечно в неделю. В течение 6–12 месяцев проводилась повторная ПТ метилпреднизолоном (солумедролом) и циклофосфаном 1 раз в месяц в указанных дозах. Доза ГКС снижалась по мере улучшения состояния, но оставались не ниже 20–25 мг преднизолона в день. Помимо этого были применены аминохинолиновые, нестероидные противовоспалительные, сосудистые препараты, по показаниям – антикоагулянты и антиагреганты.

Для изучения влияния длительности ГКС терапии на показатели метаболического синдрома (МС) больные разделены на 3 группы по длительности заболевания. До 5 лет (I гр.) – 8 больных, до 10 лет (II гр.) – 15 больных, до 15 лет

(III гр.) – 9 больных. Проводились общепринятые лабораторные исследования, подтверждающие наличие метаболического синдрома: превышение уровня глюкозы в крови ($>5,6$ ммоль/л), наличие центрального ожирения (ЦО) (при окружности талии больше 94 см), гиперхолестеринемия (уровень ОХС больше 5,2 ммоль/л), артериальная гипертензия (показатели АД больше 139/89 мм.рт.ст.).

Результаты исследования. У больных с продолжительностью болезни до 5 лет показатели гликемии составили $4,9 \pm 0,06$ ммоль/л, до 10 лет $5,3$ ммоль/л, до 15 лет $6,4 \pm 0,09$ ммоль/л. Показатели ЦО у больных с длительностью болезни до 5 лет составили $98 \pm 3,2$ см, при длительности болезни до 10 лет – $106 \pm 3,4$ см, при длительности болезни до 15 лет – $114 \pm 3,8$ см. Показатели ОХС также зависели от длительности болезни и дозы поддерживающей терапии ГКС: при длительности болезни до 5 лет – уровень ОХС составлял $4,8 \pm 0,24$ ммоль/л с нарастанием этих показателей до $6,7 \pm 0,65$ ммоль/л у больных с длительностью болезни до 15 лет. Отмечалось увеличение средних значений артериального давления в зависимости от длительности болезни: до 5 лет – $122,2 \pm 3,1 / 80,2 \pm 2,5$ мм.рт.ст., до 10 лет – $140,5 \pm 4,3 / 92 \pm 2,1$, свыше 10 лет – АД $160, 4 \pm 5,2 / 100,4 \pm 3,4$ мм.рт.ст. Изучаемые показатели II и III групп были достоверно большими в сравнении с показателями I группы. Больные с МС придерживались антиатерогенной диеты, гиполипидемической терапии (статины). Применялись ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II) в зависимости от уровня артериального

давления, сосудистые препараты (трентал, курантил, реосорбилакт), сахароснижающие препараты с учётом уровня гликемии на фоне базисной терапии СКВ.

Выводы. При длительном течении СКВ на фоне постоянного приема адекватной ГКС

терапии нарастали признаки метаболических нарушений – повышение АД, уровня гликемии, увеличения показателей ЦО и содержания ОХС. Это диктует необходимость терапевтического вмешательства, что позволяет сдерживать прогрессирование метаболического синдрома.

ОЦЕНКА ПОЛЗЫ И РИСКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИЕЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК IIIБ-V СТАДИИ

ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования является оценка пользы и риска антикоагулянтной терапии у пациентов с ренальной анемией при фибрилляции предсердий (ФП) и хронической болезни почек (ХБП) IIIБ-V стадии.

Материал и методы. С февраля 2022 г. по июль 2023 г. в кардиологические отделения госпитализированы 2983 пациентов с ФП. У большинства пациентов с ФП имелась гипертоническая болезнь (94%), хроническая сердечная недостаточность (71%), ишемическая болезнь сердца (65%), сахарный диабет 2-го типа (23%). ХБП диагностирована в соответствии с критериями KDIGO, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле СКD-EPI. Показания к антикоагулянтной терапии (АКТ) определяли согласно европейским рекомендациям по ФП с использованием шкал оценки риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) –CHA2DS2-VASc и риска кровотечений – HAS-BLED.

Результаты исследования. СКФ до 45 мл/мин/1,73 м² выявлена у 2189 (73%) пациентов с ФП, СКФ менее 45 мл/мин/1,73 м² – у 794 (27%) пациентов с ФП (ХБП IIIБ–V стадии в 516 (65%) случаях, впервые выявленное устойчивое снижение СКФ (ВВС СКФ) менее 45 мл/мин/1,73м² в 278 (35%) случаях). Среди пациентов с ФП и ХБП в 23% случаев диагностирована ренальная анемия, в 63% (n=505) случаев при ФП и СКФ<45 мл/мин/1,73м². При СКФ 45-30 мл/мин/1,73м² ренальная анемия выявлена у 59%, при СКФ 30-15 мл/мин/1,73м² – у 89%, при СКФ <15 мл/мин/1,73м² – у 97%, при ВВС СКФ <45 мл/мин/1,73м² – у 51%. При стратификации

тромбоэмболического риска по шкале CHA2DS2-VASc у пациентов с ФП и ХБП IIIБ–V стадии 0-1 балл набрали 1% (n=11), 2-5 баллов 53% (n=420), ≥6 баллов 46% (n=363) пациентов. Результаты анализа риска кровотечений по шкале HAS-BLED продемонстрировали следующий данные: 0-1 балл – 8% (n=64), 2 балла – 15% (n=118), ≥3 баллов – 77% (n=612). Во время изучения частоты назначения АКТ было выявлено, что ривароксабан назначался 21%, апиксабан – 22%, дабигатран – 10%, варфарин – 25%, низкомолекулярные гепарины – 3%, АКТ не рекомендовано – 9%, АКТ на выбор – 10% случаев. При ренальной анемии легкой степени (у 39% пациентов) прием АКТ привел к уменьшению риска развития ТЭО – ОР 0,55 при 95% ДИ 0,38-0,79; при ренальной анемии средней степени (у 47,3% пациентов) риск ТЭО не снизился ОР 1,03 при 95% ДИ 0,69-1,58; при ренальной анемии тяжелой степени (у 13,7% пациентов) риск ТЭО также не было снижено – ОР 1,6 при 95% ДИ 1,17-2,2).

Выводы. У каждого четвертого пациента кардиологического отделения с ФП выявлено снижение СКФ<45 мл/мин/1,73м², при этом у 1/3 из них – ВВС СКФ<45 мл/мин/1,73 м², и именно у этих больных наиболее часто доза назначаемого антикоагулянта не соответствовала СКФ; 50% пациентов со СКФ<45 мл/мин/1,73 м² и 32% со СКФ<30 мл/мин/1,73 м² рекомендованы прямые пероральные антикоагулянты. Больным с ХБП V стадии прямые пероральные антикоагулянты не назначались, в 50% случаев не рекомендован ни один из антикоагулянтов.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК IIIБ-V СТАДИИ

ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространённость ренальной анемии среди пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической болезнью почек (ХБП) IIIб-V стадии.

Материал и методы. В кардиологическое отделение поступило 794 пациентов с диагнозом ФП и с поздними стадиями ХБП – IIIб (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 45–30 мл/мин/1,73м²), IV (СКФ 29–15 мл/мин/1,73м²), V (СКФ <15 мл/мин/1,73м²), с впервые выявленным устойчивым снижением СКФ (BBS СКФ) менее 45 мл/мин/1,73м². Классификацию ренальной анемии проводили согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения.

Результаты исследования. Ренальная анемия была диагностирована у 505 (63%) пациентов с ФП и СКФ менее 45 мл/мин/1,73м². Всего среди пациентов с ХБП IIIб стадии анемия выявлена у 207 (59%) больных, с ХБП IV стадии – у 110 (89%), с ХБП V стадии – у 43 (97%), с BBS СКФ – у 145 (51%). Легкая степень анемии (гемоглобин (Hb) у мужчин 110-129 г/л, у женщин 110-119 г/л) была диагностирована у 39% пациента: при ХБП

IIIб стадии у 85 (24%) пациентов; при ХБП IV стадии у 28 (22%) пациентов; при ХБП V стадии у 9 (20%) пациентов; при BBS СКФ у 75 (26%) пациентов. Средняя степень анемии (Hb 81-109 г/л) выявлена в 47,3% случаях, при ХБП IIIб стадии у 86 (25%) пациентов, при ХБП IV стадии у 60 (48%) пациентов, при ХБП V стадии у 29 (66%) пациентов, при BBS СКФ у 64 (23%) пациентов. Тяжелая степень анемии (Hb 81-109 г/л) определилась у 47,3% пациента, при ХБП IIIб стадии у 36 (10%) пациентов, при ХБП IV стадии у 22 (19%) пациентов, при ХБП V стадии у 5 (11%) пациентов, при BBS СКФ у 6 (2%) пациентов.

Выводы. У каждого четвертого пациента кардиологического отделения с ФП и СКФ <45 мл/мин/1,73м² выявлена ренальная анемия, при этом распространённость её увеличивается со снижением СКФ. Вышеуказанные результаты свидетельствуют о том, что этой популяции пациентов рекомендуется более тщательный подбор антикоагулянтной терапии в связи с высоким риском прогрессирования ренальной анемии в данной когорте пациентов.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ФЕТУИН-А БИОМАРКЕРИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

ЙУЛДОШЕВ Т. Р.

Сурхондарё вилояти Ангор тумани тиббиёт бирлашмаси, Термиз, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Фетуин-А янги буйрак биомаркери сурункали буйрак касаллигининг консерватив ва диализ олди босқичларидаги беморлар қон зардобидаги ўзгаришлари манзарасини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 57 нафар сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморлари олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатинин ҳамда креатинин қиймати бўйича ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлиги (ҳис.КФТ) градиентлари ўрганилиб АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида СБКнинг консерватив ва диализ олди босқичларига ажратилиб, улардан С3-гуруҳ (n-31) ва С4-гуруҳ (n-26) тузилди. Ушбу тадқиқот

гуруҳларидаги барча беморлар қон зардобидаги фетуин-А даражаси аниқланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Унга мувофиқ, С3-гуруҳда Фетуин-А даражаси $708,69 \pm 37,68$ мкг/мл ва С4-гуруҳда эса $596,52 \pm 38,19$ мкг/мл миқдорни ташкил этди. Натижалар ўзаро статистик таҳлил қилинганида С3-гуруҳ натижаларига нисбатан С4-гуруҳ қиймати кам ишончли ($p < 0,05$) ўзгаргани кузатилди.

Хулоса. Сурункали буйрак касаллигининг диализгача бўлган даврларида фетуин-А камая бошлайди.

Сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичига нисбатан диализ олди босқичидаги беморлар қонда Фетуин-А даражаси кам ишончли бўлса-да пасаяди.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАЛИЗГАЧА БЎЛГАН ДАВРИДА ТОМИРЛАР КАЛЬЦИФИКАЦИЯСИНИНГ МАНЗАРАСИ

ЙУЛДОШЕВ Т. Р.

Сурхандарё вилояти Ангор тумани тиббиёт бирлашмаси, Термиз, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг консерватив ва диализ олди босқичларидаги беморларида юрак клапанлари ва аорта томирлари кальцификациясининг ўзгаришларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 57 нафар сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморлари олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатинин қиймати бўйича ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлиги (ҳис.КФТ) градиентлари ўрганилиб АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида СБКнинг консерватив ва диализ олди босқичларига ажратилиб, улардан С3-гурӯх (n=31) ва С4-гурӯх (n=26) тузилди. Ушбу тадқиқот гуруҳларидаги барча беморларда ЭхоКГ ўтказилиб юрак клапанлари

ва аорта томирларида кальцификация белгилари аниқланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Унга мувофиқ, С3-гурӯхда 22,6% да ҳамда С4-гурӯхда эса 30,78% ида юрак клапанлари ёки аорта томирида кальцификация белгилари аниқланди. Демак, С3-гурӯх беморларига нисбатан С4-гурӯх беморларида юрак клапанлари ва аорта томирлари кальцификация белгилари кўпроқ кузатилди.

Хулоса. Сурункали буйрак касаллигининг диализгача бўлган даврларида беморларда юрак клапани ва аорта томирларида кальцификация белгилари кузатилади. Сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичига нисбатан диализ олди босқичидаги беморлар юрак клапани ёки аорта томирларида кальцификацияси белгилари кўпроқ намоён бўлади.

РАЗЛИЧИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КИРЕЕВ В.В., ХАТАМОВ Х.М., СУЯРОВ А.А.,

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Ўзбекистон

Цель исследования. Изучение иммунологических различий синовиальной жидкости (СЖ) в зависимости от стадии ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы. Проведено исследование СЖ у 21 пациента с РА (из них мужчин было 4), средний возраст $54,1 \pm 3,0$ года, средняя продолжительность заболевания $5,3 \pm 1,5$ года. 12 пациентов были серонегативными, а остальные серопозитивными. 10 пациентов имели позднюю стадию заболевания – $9,88 \pm 2,44$ года (продолжительность от 2,5 до 32 лет), а у 11 больных была начальная стадия заболевания – $0,88 \pm 0,27$ года (от 2 мес до 2 лет). Верификация диагноза на ранней стадии (особенно при серонегативном варианте) осуществлялась с использованием тестов АЦЦР и АМЦВ в периферической крови. При поступлении осуществлялась в асептических условиях пункция поражённых суставов (все коленные), при этом удалялось от 2 до 35 мл СЖ (средний объём $15,7 \pm 2,9$ мл). В СЖ проводилось исследование субпопуляций CD-лимфоцитов методом моноклональных антител. Приводилось

исследование CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD25, CD95, определение иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Определение ревматоидного фактора в периферической крови и СЖ осуществлялось по общепринятой методике.

Статистическая обработка осуществлялась при помощи программ Excel с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. В группе 10 больных с поздней стадией РА содержание CD3, % – $49,9 \pm 4,33\%$, CD4, % – $27,3 \pm 3,26\%$, CD8, % – $25,6 \pm 3,01\%$, CD16, % – $19,1 \pm 1,45\%$, CD20, % – $25,1 \pm 2,55\%$, CD23, % – $19,3 \pm 2,0\%$, CD25, % – $20,55 \pm 2,73\%$, CD95, % – $0,02 \pm 1,9\%$, значение ИРИ – $1,11 \pm 0,1$.

В группе 11 больных с ранней стадией РА уровни CD3, % – $44,72 \pm 1,24\%$, CD4, % – $21,36 \pm 0,85\%$, CD8, % – $18,0 \pm 0,96\%$, CD16, % – $21,09 \pm 1,18\%$, CD20, % – $23,54 \pm 0,84\%$, CD23, % – $21,82 \pm 1,61\%$, CD25, % – $19,4 \pm 1,33\%$, CD95, % – $21,09 \pm 1,71\%$, значение ИРИ – $1,2 \pm 0,06$.

Сопоставление значений уровня CD-лимфоцитов показало достоверное различие уровня CD4, %, CD8, % и значения ИРИ ($p < 0,05$) в зависимости от стадии РА.

Вывод. У больных РА выявляется различия в содержании субпопуляций CD4, CD8-

лимфоцитов и ИРИ в СЖ в зависимости от стадии заболевания.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

МАМАСИДДИКОВА С.Б., ХИДОЯТОВА М.Р., МИРХАМИДОВ М.В., МАМАСИДДИКОВ А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить распространенность и структуру психических расстройств у пациентов с ревматоидным артритом (РА), а также их связь с демографическими показателями, стрессовыми факторами, воспалительной активностью, длительностью РА, болью и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование были включены 46 больных с подтвержденным диагнозом ревматоидного артрита, 84% из которых были женщинами, средний возраст которых составлял 56 (45; 67) лет. Длительность РА на момент исследования была равна 8 (1; 16) годам. Активность РА оценивали по DAS 28, а боль оценивали по ВАШ шкале. Для диагностики синдрома стенокардии (ССЗ) использованы эхокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) и измерение артериального давления (АД). Для определения психических расстройств в соответствии с МКБ-10 использован ряд психиатрических и психологических шкал.

Результаты исследования. 84% пациентов были диагностированы с психическими расстройствами. Преобладали (70%) расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС); депрессивными эпизодами страдали (35%), в том числе рекуррентными депрессивными расстройствами (17%); дистимия (25%), расстройства адаптации (18%) и

генерализованное тревожное расстройство (7%). 48% пациентов с РТДС страдали от умеренных когнитивных проблем; 74% из них испытывали проблемы со сном, 61% указали на стрессовое событие в начале заболевания и 54% испытывали нарушение сна перед обострением РА. Пациенты с РТДС не отличались по возрасту, полу, длительности и активности РА от пациентов без РТДС, но чаще имели асептические некрозы (АН) костей, IV рентгенологическую стадию, III класс функциональной недостаточности (ФН), более высокий индекс тяжести, индекс HAQ. Пациенты с РТДС испытывали более сильную боль ($p<0,04$). Длительность приема ГК у них была меньше ($p<0,04$). Частота приема БПВП не различалась у пациентов с РТДС и без них, но метотрексат больные с РТДС получали реже. У больных РА и ССЗ (стенокардия, атеросклероз, артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения) РТДС встречались чаще.

Выводы. Большинство больных ревматоидным артритом страдают психическими расстройствами с преобладанием РТДС. Развитию и обострению ревматоидного артрита часто предшествуют стрессовые ситуации. Встречаемость РТДС не зависит от возраста, пола, длительности и активности ревматоидного артрита, но связана с деструктивными изменениями в суставах (наличием АН и IV рентгенологической стадии болезни), выраженностью боли, ФН, индексом тяжести и HAQ, а также менее агрессивной терапией ревматоидного артрита и ССЗ.

АУТОИММУННЫЕ КРИЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

МУСАЕВА Ш.З., САИПОВА М.Л., ХАТАМОВА Д.Т., ЗИЯМУХАМЕДОВА М.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить эффективность пульс-терапии при аутоиммунных кризах у больных с СКВ, которые развиваются на высоте заболевания и обусловлены нарушениями в системе гуморального и клеточного иммунитета.

Материал и методы. Под наблюдением находились 18 больных СКВ, получавшие стационарное лечение в ревматологическом отделении ГКБ № 1. Возраст больных 18–42 года, женщин – 16, мужчин – 2. Длительность

заболевания от 3-х месяцев до 15 лет. Острое течение диагностировано у 6, подострое – у 10, хроническое у – 2 больных. Диагноз СКВ выставлен на основании диагностических критериев АРА, подтвержден иммунологическими тестами. Лабораторные показатели соответствовали степени активности процесса.

Основными показаниями к применению пульс-терапии явились активный волчаночный нефрит (ВН), особенно с нефротическим

синдромом (анасарка, гипопроотеинемия, гиперлипидемия), артериальной гипертонией, быстрым повышением уровня креатинина, острое тяжелое поражение ЦНС (менингоэнцефалит, энцефало-миелорадикулоневрит, поперечный миелит), острый диффузный миокардит, язвенно-некротический кожный васкулит, легочной васкулит, высокая воспалительная активность болезни, резистентная к терапии, гематологический криз, глубокая тромбоцитопения, иммунологические сдвиги (LE-клетки, антинуклеарный фактор).

После подтверждения аутоиммунного криза проводили пульс-терапию метилпреднизолоном (МП) (метипред, солумедрол) по 1000 мг внутривенно капельно в сутки в течение трех последовательных дней (3000 мг на курс). Для усиления эффекта добавляли циклофосфамид (Ц) во второй день инфузии в дозе 1000 мг, с последующим программным продолжением обоих иммунодепрессантов (МП и Ц) ежемесячно в течение 6–12 месяцев по 1000 мг каждый месяц внутривенно капельно. При хроническом течении в фазе обострения заболевания с I–II степенями активности процесса при наличии вяло текущего миозита, эритематозных, буллезных поражений кожи применяли половину суточной дозы МП и Ц.

Одновременно больные также получали базисную терапию СКВ: преднизолон в суточной

дозе 50–60 мг внутрь при III, 30 – 40 мг при II, 20 – 30 мг I степенями активности процесса; курантил 75–150 мг, гепарин по показаниям 20000 – 40000 ЕД в сутки; дополнительно по показаниям – ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) или антагонисты ангиотензин превращающего фермента (АРА), антагонисты кальция (АК), сердечные гликозиды, диуретики, препараты улучшающие микроциркуляцию.

Результаты исследования. У больных с СКВ после курса пульс-терапии клинические проявления болезни значительно уменьшились, уменьшились также симптомы поражения легких, сердца, ЦНС. Достигнута ремиссия у 9 больных ВН нефротического типа, у 2 больных отмечалось значительное улучшение состояния – исчезли отеки, улучшилась азотовыделительная функция почек и протеинурия с последующим наступлением ремиссии на фоне поддерживающей медикаментозной терапии. У 2 больных с быстро прогрессирующим ВН заметной положительной динамики не отмечалось.

Выводы. Лечение больных СКВ с аутоиммунным кризом с использованием пульс-терапии в комбинации с базисной терапией дал положительный эффект у 16 (88,8%) больных из 18 наблюдаемых.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА С УЧЕТОМ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

НАБИЕВА Д.А., ТАШПУЛАТОВА М.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка влияние половой принадлежности на течение подагрического артрита.

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 мужчины и 30 женщин с подагрическим полиартритом, лечившихся в отделении ревматологии и кардиоревматологии в 2022–2024 годах, в возрасте от 30 до 75 лет. Обследование больных включало подсчет числа болезненных и отечных суставов, определение ВАШ по оценке пациента, СРБ, определение мочевой кислоты. Диагноз подагрического полиартрита верифицирован выявлением моноурата натрия из синовиальной жидкости, рентгенографией кистей и стоп, ультразвуковым исследованием суставов.

Результаты исследования. У женщин в возрасте 60 лет с продолжительностью болезни 6,2 года преобладали: тофусы, поражение почек, кардиоваскулярная патология. 21 пациентки имели тофусы плюсне-фаланговых суставов правой стопы и правой кисти, межфаланговых суставов 2-3 пальцев

правой кисти и левой стопы. 25 женщин имели поражение почек при подагре, из них: мочекаменная болезнь – 8, мочекислый диатез – 12, подагрическая нефропатия – 3, 2 женщины имели хроническую почечную недостаточность в рамках ХБП. У каждой пациентки имелось поражение более чем 4 суставов, преобладали голеностопные, коленные, локтевые, плюсне-фаланговые суставы 1 пальцев обеих стоп, пястно-фаланговые суставы обеих кистей. 20 женщин с подагрическим артритом имели кардиоваскулярную патологию, из них: АГ – 11, ИБС, стабильную стенокардию – 8, в рамках метаболического синдрома с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (ИМТ – 36,3 см/ кг²), половина из них сочеталась с деформирующим полиостеоартрозом. 2/3 пациенток принимали медикаментозную терапию мочегонными средствами: фуросемид, аспирин, гепарин по поводу ИБС с ХСН и АГ. Все поступившие пациентки имели выраженные воспалительные изменения в крови (СОЭ – 35,1 мм/ч, СРБ – 46 Ед/л, уровень мочевой кислоты – 501

ммоль/л). В клинике у мужчин в возрасте от 46,2 года с продолжительностью болезни 12 лет превалировало: рецидивирующее течение заболевания у всех, поражение более 3-х суставов у 32, из них начало заболевания с поражения нижних конечностей у 21, тофусы кистей и стоп встречались у 11 больных. Пациенты отмечали провокации перед приступом подагры: перенесенные инфекции – 10, стресс – 5, травмы – 6, погрешность в диете – 15, у 4 больных приступ возник на фоне полного здоровья. Главное в клинике подагры у мужчин – много сопутствующих заболеваний. Часто встречалась кардиоваскулярная патология: ИБС, перенесенный инфаркт миокарда – 8, стенокардия – 10, фибрилляция предсердий – 6, ХСН – 15, АГ – 35, стентирование коронарных артерий – 5, аортокоронарное шунтирование – 6, протезирование клапанов – 2. Кроме того, у 19 мужчин встречались ХБП 3 ст., ожирение – 36

(ИМТ – 30,5 см/кг²), сахарный диабет 2 типа – 6, аденома предстательной железы – 29, язвенная болезнь желудка – 6. ½ пациентов принимали: кардиомагнил, варфарин, клопидогрел, гипотиазид, лориста Н по поводу АГ, ИБС, стентирования коронарных артерий. В крови у пациентов отмечается более выраженные воспалительные изменения (СОЭ – 48,7 мм/ч, СРБ – 58,5 Ед/л, мочевая кислота – 586 ммоль/л).

Выводы. У мужчин с подагрическим артритом наблюдалась чаще кардиоваскулярная патология с проведением интервенционной терапии с меньшим возрастом и большим стажем болезни, чем у женщин, а поражение почек, сахарный диабет и ожирение в большей степени наблюдается у женщин. Наличие большего поражения суставов и тофусов также встречалось у женщин, что следует расценивать клинику подагры у женщин как более тяжелую.

СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

НИШОНОВА Н.И., АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Изучение показателей кальций-регулирующих систем и функционального состояния печени и оценка эффективности препарата кальций Д3 в комплексе в лечении больных остеоартритом (ОА) и ревматоидным артритом (РА) с остеопорозом (ОП).

Материал и методы. 120 больных, из них 80 ОА и 40 РА с остеопорозом. Диагноз ОА верифицировали в соответствии с критериями Беневолентской Л. И., Бржезовского М. М. Рентгенологическая стадия заболевания выставлялась согласно классификации по Kellgren. Для характеристики РА использовали следующие методы: выраженность болей в суставах по ВАШ, суставной индекс Ричи, продолжительность утренней скованности (в минутах), для количественной оценки активности РА был использован комбинированный индекс DAS28. Плотность костной ткани определяли методом ультразвуковой денситометрии «Sunlight Medicals Ltd. Omnisense 8000S». Для характеристики нарушений МПКТ использовались рекомендации ВОЗ, согласно которым снижение МПКТ по Т-индексу более чем на 1 стандартное отклонение (SD) рассматривается как остеопения, а более 2,5 SD – как остеопороз. Содержание кальция, фосфора, магния, щелочной фосфатазы определяли на анализаторе «HUMALUZER 2000 HUMAN», (Германия). Проведен мониторинг минерального обмена и маркеров костной резорбции. Больным, у которых был выявлен ОП,

был назначен кальций Д3 форте по 1 таблетки в день.

Результаты исследования. В 40% ОА и 50% РА сочетаются с остеопорозом. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена зависели от активности РА, стадии ОА, и наличия ОП. Одним из показателей нарушения фосфорно-кальциевого обмена является активность ЩФ, указывающая на активизацию остеокластов. Анализ активности данного фермента у больных показал его увеличение в обеих группах. Причем, при наличии ОП активность фермента еще больше возрастала, половых различий не выявлено. По полученным результатам отмечено влияние лечебных факторов на фосфорно-кальциевый обмен, проявляющийся восстановлением баланса между макроэлементами. Отмечено снижение активности ЩФ, однако до нормативных значений она не достигала, что свидетельствует о сохранении деструктивных процессов в костной ткани. Установлены более выраженные сдвиги в фосфорно-кальциевом обмене при 2–3 стадиях ОА. У больных ОА с ОП впервые выявлено снижение уровня кальция. Интересные данные были выявлены у больных с РА: если у лиц женского пола отмечено некоторое его снижение, то у мужчин достоверно ниже более чем в 2 раза. У больных с РА уровень фосфора имел тенденцию к снижению, у лиц мужского пола наблюдалось статистически значимое снижение

в 1,7 раза. Полученные данные позволяют предположить, что изменения в обмене ряда веществ являются отражением патологических изменений в соединительной ткани и, прежде всего, в органическом матриксе хрящевой и костной ткани. Обнаруженные нарушения в различных системах организма у больных ОА и РА с ОП имеют важное значение для разработки тактики и стратегии лечения. Результаты по влиянию препарата кальций Д3 на изучаемые показатели различных систем организма у больных ОА и РА с ОП, позволят осуществлять

дифференцированное назначение препаратов с учетом характера изменений.

Вывод. Выявленные нарушения в минеральном обмене у больных ОА и РА с ОП указывают на возникновение потенциального риска развития полиорганных нарушений, что является одним из патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему прогрессированию заболевания, а применение препарата кальций Д3 способствует снижению интенсивности остеопороза.

ИЗУЧЕНИЕ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С ОСТЕОПОРОЗОМ

НИШОНОВА Н.И., АЛИАХУНОВА М.Ю.

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

Цель исследования. Изучение показателей маркеров костного метаболизма, минерального обмена и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных остеоартритом (ОА) с остеопорозом (ОП).

Материал и методы. 70 больных с подтвержденным диагнозом ОА, среди которых 53 (75,7%) женщины и 17 (24,3%) мужчин, в возрасте от 45 до 65 лет. Рентгенологически 1 стадия была выявлена у 27,7%, 2 стадия – у 61%, 3 стадия – у 11,3% больных. Функциональная недостаточность суставов I, II и III степеней соответственно у 25,8%, 67,8% и 6,4% больных ОА. Методы исследования: клинические, рентгенологические, биохимические, иммуноферментные. Определение продукта деградации коллагена 1-го типа – С-телопептид коллагена I типа (B-CrossLaps), маркера формирования костной ткани – остеокальцина и маркера формирования костного матрикса – общего аминокислотного пропептида проколлагена I типа (P1NP) проводили методом иммунохемилюминесцентного анализа. В качестве маркера активности процессов костной резорбции содержания оксипролина в крови и суточной моче. Содержание кальция, фосфора, магния, щелочной фосфатазы (ЩФ) и половых гормонов (эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин) определяли на анализаторе «HUMALUZER 2000 HUMAN», (Германия).

МПКТ определяли методом ультразвуковой денситометрии «Sunlight Medicals Ltd.Omnisense 8000S». Изменения МПКТ оценивались по Т-индексу (сравнение с пиковыми значениями МПКТ у здоровых лиц в возрасте до 30 лет) и Z-индексу (относительно средних значений, нормативных для данного возраста и пола). Для характеристики нарушений МПКТ использовались рекомендации ВОЗ, согласно которым снижение

МПКТ по Т-индексу более чем на 1 стандартное отклонение (SD) рассматривается как остеопения, а более 2,5 SD – как остеопороз. Больным, у которых был выявлен ОП, был назначен кальций Д3 форте по 1 таб. в день в комплексе с фототерапией, ЛФК и массажем области пораженных суставов.

Результаты исследования показали, что в 38,6% ОА сочетается с ОП, в 48,5% с остеопенией. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена зависели от стадии ОА и наличия ОП. У больных ОА с ОП выявлено снижение уровня кальция. При анализе абсолютных показателей остеокальцина и паратиреоидного гормона установлены достоверные различия соответствующих значений у большинства больных. Выявленные нами изменения уровня оксипролина в сыворотке крови больных с ОА указывают на изменение процессов костного ремоделирования, в частности в активизации резорбции костной ткани. Исследования показали, что у всех больных с ОА наблюдается статистически достоверное повышение уровня ЩФ (достоверное повышение на 130,7%), что может быть связано с активизацией остеокластов. Полученные данные позволяют предположить, что изменения в обмене ряда веществ являются отражением патологических изменений в соединительной ткани и, прежде всего, в органическом матриксе хрящевой и костной ткани. Результаты по влиянию препарата кальций Д3 в комплексном лечении на изучаемые показатели различных систем организма у больных ОА с ОП позволят осуществлять дифференцированное назначение препаратов с учетом характера изменений в организме больных.

Вывод. Выявленные нарушения у больных ОА с ОП указывают на возникновение потенциального риска развития полиорганных

нарушений, что является одним из патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему прогрессированию заболевания, а

применение препарата кальций Д3 способствует снижению интенсивности остеопороза.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

РУСТАМОВА М.Т., САРЫБАЕВА Г.К., ХАЙРУЛЛАЕВА С.С., СОЛИХОВ Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка фактического питания больных, страдающих подагрой, и разработать мероприятия по оптимизации организации диетических столов.

Материал и методы. Комплексное исследование проведено у 60 больных с подагрой и 30 здоровых лиц. Больные разделены на 2 группы, 1 группа (контрольная) – 30 больных с подагрой, которым проведена стандартная терапия и 2 основная группа – 30 больных с подагрой, которым проведена терапия новой лечебной диетой.

Результаты исследования. Изучены фактическое питание больных, взаимосвязь клинических, биохимических и инструментальных данных в динамике комплексного лечения с использованием новой диеты у данной категории больных. Отмечено, что все больные часто нарушают режим и структуру питания, употребляя острую, мясную пищу три и более раз в неделю, что отрицательно влияло на клиническое течение подагры. Нами рекомендованы в период обострения заболевания полностью исключить из рациона все мясные и рыбные блюда. Вне обострения заболевания – соблюдать питание с низким содержанием пуринов с включением в рацион блюда с большим количеством местных овощей, фруктов, готовить пищу методом варки и тушения. Мясо, птицу и рыбу обязательно предварительно отваривают, сливают первый бульон, так как в нем содержится большое

количество пуринов. Мясные и рыбные блюда включили в рацион больных не более двух раз в неделю (отварная индейка, курица, картофель, морковь, капуста, кабачки, баклажаны, огурцы и др.). Включили в рацион питания нежирное молоко, кефир, нежирный творог, сыр, сливочное масло, из фруктов – яблоки, груши, абрикосы, сливы, десерты Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

мармелад, пастила, варенье, зефир, мед, крупы – гречневая, овсяная.

С учетом вышеуказанного, в меню питания первой группы (контрольная) – 30 больных с подагрой включены национальные блюда, приготовленные из местных продуктов с низкой калорийностью, каши, мастава, плов с курицей, отварная рыба, свежие и отварные овощи, фрукты. Обязательное питье воды в промежутках между приемами пищи и перед едой, около 1,5 литров больше щелочную минеральную воду.

Анализ полученных данных показал, что клиническое течение подагры в контрольной группе значительно улучшилось, по сравнению с основной группой.

Выводы. Изучение пищевого поведения больных даст возможность на ранних этапах определить роль лечебного питания в комплексной терапии патологии. Пациентам необходимо дать рекомендации по правильному питанию при подагре в домашних условиях, что помогает избежать обострений и осложнений.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

РУСТАМОВА М.Т., САРЫБАЕВА Г.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить факторы риска развития у больных подагрой, разработать медико-санитарные мероприятия по повышению качества диспансеризации.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 178 историй болезни больных подагрой мужчин, леченных в СКАЛ и ревматологическом отделении Многопрофильной клиники ТМА в период 2021–2023 годы.

Возраст больных – от 35–75 лет, длительность заболевания колебался от 1 года до 20 лет.

Результаты исследования. Внезапно возникшие, быстро нарастающие боли в I плюснофаланговом суставе стопы, местные воспалительные явления в суставе: гиперемия кожи, отек и нарушение функции поврежденного сустава установлены у большинства больных. Из анамнеза выяснено, что большинство больных часто болели простудными заболеваниями, в

частности ОРВИ, хроническим тонзиллитом, ринитом. Обострение заболевания чаще отмечено в осенний и зимний периоды. Однако у каждого четвертого больного обострение отмечено после нарушения диеты в течение года. Поражение почек (уратный нефролитиаз, ХБП) было установлено у каждого четвертого больного. Необходимо отметить, что у 84% больных наблюдалась изменения в индексе массы тела, в том числе повышение показателя выявлено у 61% больных. И лишь у 16% пациентов индекс массы тела оказалась в пределах нормы. Результаты анализа показали, что 72% больных нарушали диету периодически, а 38% – нарушали постоянно, принимали жирную мясную пищу, острые специи, изделия из мягкого теста, бобовые, мясные консервы, копченые мясные изделия. Важно отметить, что приступ острого

подагрического артрита был спровоцирован употреблением алкоголя, ошибками в диете, простудой, применением диуретиков.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что больные чаще страдают подагрой интермиттирующим течением и хроническим подагрическим артритом с тофусами. Факторами риска развития заболевания установлены повышение индекса массы тела, ожирение, чрезмерное употребление мяса, острых специй, бобовых и алкоголя. В связи с вышеуказанным, считаем необходимым рекомендовать больным модификацию образа жизни, вести активную жизнь, вместе с врачом провести коррекцию веса, смену пищевых привычек, соблюдать питьевой режим, избегать приема сладких безалкогольных напитков, таких как лимонады, соки, ограничить прием соли.

РАЗЛИЧИЯ ХАРАКТЕРА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ И МЕТОТРЕКСАТУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В., ХАТАМОВ Х.М.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение характера чувствительности к глюкокортикоидам и метотрексату в синовиальной жидкости (СЖ) больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от серологического варианта заболевания.

Материал и методы. Исследован 31 образец СЖ больных РА (из них 4 мужчин). Средний возраст $55,21 \pm 3,21$ года, средняя продолжительность заболевания – $5,1 \pm 1,1$ года. 27 пациентов были серопозитивными, а остальные серонегативными. При поступлении осуществлялась в асептических условиях пункция поражённых суставов (все коленные), при этом удалялось от 2 до 51 мл СЖ (средний объем $16,8 \pm 2,5$ мл). В СЖ осуществлялось одномоментное определение чувствительности к шести системным глюкокортикоидам: преднизолону, дексаметазону, метилпреднизолону, гидрокортизону, триамцинолону, бетаметазону и иммунодепрессанту метотрексату. Принцип методики основан на чувствительности лимфоцитов периферической крови к глюкокортикоидам и метотрексату. В зависимости от характера чувствительности отмечается очень низкая, низкая, средняя, высокая и очень высокая чувствительность. Определение ревматоидного фактора в периферической крови и синовиальной жидкости осуществлялось по общепринятой методике.

Результаты исследования. В группе серопозитивных больных (27 больных) рас-

пределение чувствительности к бетаметазону составило: очень высокая чувствительность в 55,6% (15 пациентов), высокая чувствительность – 22,2% (6 пациентов), низкая – 7,4% (2 пациента), очень низкая – 14,8% (4 пациента). Для метилпреднизолона очень высокая чувствительность составила 44,4% (12 больных), высокая – 3,7% (1 пациент), низкая – 11,1% (3 пациента), очень низкая – 40,7% (12 пациентов). Для дексаметазона очень высокая чувствительность составила 33,3% (9 случаев), высокая – 7,4% (2 больных), низкая – 22,2% (6 больных) и очень низкая – 37% (10 случаев). Распределение чувствительности для преднизолона составило: очень высокая – 33,3% (9 случаев), высокая – 7,4% (2 больных), низкая – 25,9% (7 пациентов) и очень низкая – 33,3% (9 случаев). Для триамцинолона очень высокая чувствительность составила 70,4% (19 случаев), высокая – 14,8% (4 пациента), средняя – 3,7% (1 пациент) и низкая – 11,1% (3 пациента). Для гидрокортизона очень высокая чувствительность составила 37% (10 случаев), высокая и очень низкая – по 14,8% (по 4 пациента). Распределение чувствительности к метотрексату составило: очень высокая 37% (10 случаев), высокая – 7,4% (2 больных), низкая – 3,7% (1 пациент) и очень низкая – 51,8% (14 случаев).

В группе серонегативных больных (4 пациента) распределение чувствительности к бетаметазону обнаруживалась очень высокая чувствительность в 75% (3 случая), низкая чувствительность – 25% (1 больной). Для метилпреднизолона

очень высокая чувствительность – 50% (2 пациента), средняя и очень низкая – по 25% (по 1 пациенту). Для дексаметазона очень высокая чувствительность составила – 50% (2 пациента), высокая и средняя – по 25% (по 1 пациенту). Распределение чувствительности для преднизолона составило: очень высокая – 50% (2 пациента), высокая и низкая – по 25% (по 1 пациенту). Для триамцинолона и гидрокортизона

во всех случаях оказалась очень высокая чувствительность в 100%. Распределение чувствительности к метотрексату составило: очень высокая чувствительность – 50% (2 пациента), высокая и низкая – по 25% (по 1 пациенту).

Вывод. У больных РА отмечаются различия в характере чувствительности к глюкокортикоидам и метотрексату в СЖ в зависимости от серологического варианта.

РАЗЛИЧИЯ ХАРАКТЕРА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ И МЕТОТРЕКСАТУ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

СУЯРОВ А.А., КИРЕЕВ В.В., ХАТАМОВ Х.М.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение характера чувствительности к глюкокортикоидам и метотрексату в синовиальной жидкости (СЖ) больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы. Исследован 31 образец СЖ больных РА (из них 4 мужчин). Средний возраст $55,21 \pm 3,21$ года, средняя продолжительность заболевания $5,1 \pm 1,1$ года. У 10 пациентов была ранняя стадия заболевания от 1 мес. до 2 лет, средняя продолжительность $1,25 \pm 0,31$ года, и 11 пациентов имели позднюю стадию заболевания: средняя продолжительность $7,57 \pm 1,26$ года (от 2 до 30 лет). При поступлении осуществлялась в асептических условиях пункция поражённых суставов с удалением от 2 до 51 мл СЖ (средний объем $16,8 \pm 2,5$ мл). В СЖ осуществлялось одномоментное определение чувствительности к шести системным глюкокортикоидам: преднизолону, дексаметазону, метилпреднизолону, гидрокортизону, триамцинолону, бетаметазону и иммунодепрессанту метотрексату. Принцип методики основан на чувствительности лимфоцитов периферической крови к глюкокортикоидам и метотрексату. В зависимости от характера чувствительности отмечается очень низкая, низкая, средняя, высокая и очень высокая чувствительность. Определение ревматоидного фактора в периферической крови и синовиальной жидкости осуществлялось по общепринятой методике.

Результаты исследования. У пациентов с ранней стадией РА (10 больных) распределение чувствительности к бетаметазону обнаруживалась: очень высокая чувствительность в 70% низкая – 20%, очень низкая – 10%. Для метилпреднизолона очень высокая чувствительность – 40% (4 больных), низкая чувствительность – 20%, очень низкая – 40% (4 пациента). Для дексаметазона очень высокая чувствительность составила 20%, низкая чувствительность – 20% и очень низкая –

60%. Распределение чувствительности для преднизолона составила: очень высокая – 40% и очень низкая – 60%. Для триамцинолона и гидрокортизона распределение чувствительности составило: очень высокая чувствительность составили 90% и высокая – 10%. Распределение чувствительности к метотрексату составило: очень высокая 40%, высокая – 10% и очень низкая – 50%.

У пациентов с поздней стадией РА (21 больной) распределение чувствительности к бетаметазону составило: очень высокая чувствительность в 52,4% (11 пациентов), высокая чувствительность – 28,6% (6 пациентов), низкая – 4,8% (1 пациент), очень низкая – 14,2% (3 пациента). Для метилпреднизолона очень высокая чувствительность 47,6% (10 больных), высокая – 4,8% (1 пациент), низкая чувствительность – 9,5% (2 пациента), очень низкая – 38,1% (8 пациентов). Для дексаметазона очень высокая чувствительность составила 42,8% (9 случаев), высокая – 14,3% (3 больных), низкая чувствительность – 19% (4 больных) и очень низкая – 23,9% (5 случаев). Распределение чувствительности для преднизолона составило: очень высокая – 28,6% (6 случаев), высокая – 14,3% (3 больных), низкая – 38,1% (8 пациентов) и очень низкая – 19% (4 случаев). Для триамцинолона очень высокая чувствительность составила 61,9% (13 случаев), высокая – 19% (4 пациента), средняя – 4,8% (1 пациент) и низкая – 14,3% (3 пациентов). К гидрокортизону очень высокая чувствительность составила 66,7% (14 случаев), высокая – 14,3% (3 пациента) и очень низкая – 19% (4 случая). Распределение чувствительности к метотрексату составило: очень высокая 33,4% (7 случаев), высокая и низкая – по 9,5% (по 2 пациента) и очень низкая – 47,6% (10 случаев).

Вывод. У больных РА отмечаются различия в характере чувствительности к глюкокортикоидам и метотрексату в СЖ в зависимости от стадии заболевания.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ТУРСУНОВА Л.Д., ЖАББАРОВ О.О.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости стадий хронической болезни почек (ХБП) при оценке скорости клубочковой фильтрации (СКФ) различными методами у больных с первичной почечной патологией.

Материал и методы. В данное исследование было включено 46 (51,6% мужчин, 48,4% женщин) пациентов с клинически поставленным диагнозом ХБП, с первичной патологией почек, без поражения печени, онкологических, аутоиммунных заболеваний. Средний возраст больных составил $55,0 \pm 0,4$ лет, продолжительность почечной патологии – $12,4 \pm 0,3$ года. Всем пациентам проводились: общеклинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ почек и оценка клинического состояния. У всех больных уровень креатинина сыворотки крови составил $\leq 0,132$ ммоль/л. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Скорость клубочковой фильтрации оценивалась по соответствующим критериям, такие как клиренс креатинина (CCr), седьмой вариант формул для расчета СКФ по результатам исследования MDRD (MDRD₄), «краткая» формула MDRD (MDRD_{abbr}), расчетная величина клиренса креатинина по формуле D.W. Cockcroft и M.H. Gault (CockcroftGault), полусумма клиренсов креатинина и мочевины (CCr/CUr).

Результаты исследования. По данным полученных результатов было выявлено, что по определению CCr частота стадий ХБП составило: I стадия 40,87%, II стадия 36,35%, III стадия 21,27%, IV стадия 1,40%, V стадия 0,12%. По MDRD₄: I стадия 16,99%, II стадия 48,73%, III стадия 34,07%, IV стадия 0,20%, V стадия 0,00% соответственно. По MDRD_{abbr}: I стадия 18,16%,

II стадия 51,93%, III стадия 29,92%, IV стадия и V стадия 0,00% соответственно. По CockcroftGault: I стадия 41,11%, II стадия 39,95%, III стадия 18,73%, IV стадия 0,22%, V стадия 0,00% соответственно. По CCr/CUr: I стадия 13,39%, II стадия 35,81%, III стадия 45,28%, IV стадия 5,12%, V стадия 0,40% соответственно. Итого средний: I стадия 26,2%, II стадия 42,5%, III стадия 29,9%, IV стадия 1,39%, V стадия 0,10% соответственно.

Нужно обратить внимание и на то, что уровень креатинина в сыворотке ($0,132$ ммоль/л), принятый нами за «условно нормальный», сейчас уже рассматривается как несколько повышенный. В последние годы прослеживается тенденция к уменьшению границ «нормы» для концентрации сывороточного креатинина. Кроме того, специалисты в области клинической лабораторной диагностики наконец-то начали учитывать гендерные различия в отношении данного параметра. Такой подход следует только приветствовать, однако, на наш взгляд, никакие корректировки «норм» креатинина сыворотки не могут заменить определение величины СКФ тем или иным общепринятым способом.

Выводы. Таким образом, исследования выполненные в нашей клинике, в которых оценивалась стадия ХБП, установленная на основе определения СКФ разными методами, при концентрации креатинина в сыворотке крови, которую до последнего времени принимали за верхнюю границу нормы ($\leq 0,132$ ммоль/л), показали, что при ориентировке только на такой уровень креатинина сыворотки крови, примерно 30% больных с СКФ менее 60 мл/мин/ $1,73$ м² оказываются не учтенными.

РАЗЛИЧИЯ КЛЕТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНОМ ВАРИАНТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ХАТАМОВ Х.М., КИРЕЕВ В.В., СУЯРОВ А.А., АБДУРАХИМОВ И.И.

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Узбекистан, Ташкент

Целью исследования явилось изучение клеточных показателей синовиальной жидкости (СЖ) при серонегативном варианте ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы. Обследовано 16 больных с серонегативным вариантом РА, средний возраст $58,81 \pm 4,32$ года, средняя продолжительность заболевания $7,98 \pm 2,03$ года. Диагноз РА устанавливался согласно критериям

АРА (2016). Все больные имели II–III степень активности заболевания (СОЭ – $39,72 \pm 2,78$ мм/ч, С-реактивный белок – $18,23 \pm 0,9$ мг/л). Всем больным проводилась пункция коленных суставов с эвакуацией СЖ, в пробирку с добавлением раствора цитрата натрия в соотношении 1:10, который тщательно перемешивался. при этом удалялось от 2 до 51 мл СЖ (средний объем $16,8 \pm 2,5$ мл). Верификация диагноза на ранней

стадии осуществлялась с использованием тестов АЦЦР и АМЦВ в периферической крови. В СЖ исследовался клеточный состав, который выполнялся общепринятыми методами с окраской по Романовскому-Гимзе на гематологическом анализаторе-автомате Mindray BS-5000 (КНР) согласно инструкции фирмы-производителя с подсчетом относительного и абсолютного числа эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, сегментоядерных, палочкоядерных, эозинофилов. Определение ревматоидного фактора в периферической крови и СЖ осуществлялось по общепринятой методике.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ Excel. Достоверность полученных результатов оценивалась по U-критерию Манна-Уитни. Достоверным считался показатель при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У 5 (31,25%) больных в СЖ больных серонегативным вариантом РА РФ обнаружен не был, а у 11 пациентов в СЖ он обнаруживался. Выявляются достоверные различия абсолютного числа эозинофилов между негативными и позитивными

по РФ в СЖ пациентами. Выявляется повышение уровня лейкоцитов в 1,15 раза серонегативных пациентов сравнении с серопозитивными. Несмотря на отсутствие достоверных различий абсолютного показателя лимфоцитов, выявляется повышение в 1,74 раза у позитивных в сравнении с негативными по РФ пациентами. Также, несмотря на отсутствие достоверности, наоборот, отмечается повышение абсолютного числа сегментоядерных лейкоцитов в 1,21 раза у негативных пациентов. Сходная ситуация наблюдается – повышение числа моноцитов в 1,47 раза и палочкоядерных в 1,31 раза – в сравнении с позитивными по РФ пациентами. В целом отмечается повышение числа практически всех клеточных элементов СЖ (за исключением лимфоцитов) при отсутствии РФ в СЖ.

Вывод. У пациентов с серонегативным РА при отсутствии РФ в СЖ выявляется достоверное повышение эозинофилов и выявляется тенденция к повышению всех клеточных элементов (за исключением лимфоцитов) в сравнении с пациентами, имеющими РФ в СЖ.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

ЭРНАЗАРОВА М.М., ДАМИНОВ Б.Т.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда буйрак функцияси ҳолатини семизлик фенотипларининг намоён бўлишига қараб тавсифлаш.

Материал ва усуллар. Қўйилган мақсадни амалга ошириш мақсадида биз 119 нафар 2 ва 3-босқич сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан оғриган беморларни Республика Иختисослаштирилган Нефрология ва Буйраклар трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт Марказида текширувдан ўтказдик. текширувга олинган барча беморлар инсулинрезистентлик мавжудлигига кўра учта гуруҳга тақсимланди: 1-гуруҳ 41 нафар 2 ва 3-босқич СБК II–III СБК II–III бор бўлган, семизлик бўлмаган беморлар гуруҳи тана вазни индекси 30 кг/м^2 дан кам. 2-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланмаган семизлик бўлган (яъни инсулинрезистентлик аниқланмаган) 33 нафар бемор тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ дан ортиқ кузатилган ҳолда. 3-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланган семизлик (тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$), ва инсулинрезистентлик аниқланган беморлар гуруҳи 45 та нафар беморни ташкил қилди.

Текширув услублари: АҚБ ўлчаш, қорин айланасини ўлчаш, ТВИ ҳисоблаш бунда ТВИ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$, қон зардобиди липидлар таркибини ўрганиш,

буйракларнинг функционал ҳолатини аниқлаш (қондаги креатинин миқдори (КК), КФТ ҳисоблаш, альбуминурия даражасини аниқлаш (АУ).

Тадқиқот натижалари. СБК II–III босқичдаги бўлган турли фенотипик семизлик бор бўлган беморларда СБК ва КФТ даражаси бўйича тақсимланиши ўрганилганда семизлик бор бўлган 2 ва 3-гуруҳ беморларида СБКнинг 3 а ва б босқичли ва КФТ 60 дан кам бўлган беморлар сони ортиб бориши кузатилган. СБК II–III босқич бор бўлган беморларда буйракларнинг функционал ҳолати кўрсаткичлари ўрганилганда метаболик асоратланган ва асоратланмаган семизлиги бор бўлган беморларнинг иккала гуруҳида 1-гуруҳ беморларнинг кўрсаткичларига кўра кфт нинг камайиши ва альбуминурия даражасининг ортиши кузатилди. 2 ва 3-гуруҳ беморларнинг кўрсаткичлари орасида альбуминурия 2 баробар ортиқ ҳамда КФТ кўрсаткичи бўйича 13,7% ортиқ натижаларни кўрсатди. СБК 2 ва 3-босқичи билан оғриган беморларнинг биокимёвий лаборатор кўрсаткичлари қуйидаги слайдда келтирилган. Кўриниб турибдики, 3-гуруҳ беморлар 1-гуруҳига нисбатан қоннинг биокимёвий кўрсаткичлардан мочевиначининг ортиши 20,5 ва 46,5% га, қондаги оксил миқдорининг 9,5 ва 13,7% га паст бўлган. Қондаги протеин кўрсаткичлари 2 ва 3-гуруҳлар

орасида ҳам статистик ишонарли фарқ қилган. СБК II–III босқичдаги бўлган турли фенотипик семизлик бор бўлган беморларда альбуминурия даражаси бўйича тақсимланишини ўрганиб чиққанимизда семизлик бор бўлган беморлар гуруҳида альбуминуриянинг 2-даражаси бор бўлган беморлар сони ортиб бориши кузатилган. 1-гуруҳда бу категорияли беморлар сони 5 нафар (12,2%)ни, 2-гуруҳда 9 нафар (27,3%)ни ва 3-гуруҳда 24 нафар (53,3%)ни ташкил қилган.

Хулоса. СБКда семизлик билан кечувчи инсулинрезистентлик, ва глюкозага толерантликнинг ривожланиши буйракларнинг функционал ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади. Альбуминурия, гломеруляр филтрация тезлигининг пасайиши ва креатинин даражасининг кўтарилиши СБК билан бирга семизлик билан оғриган беморларда кардиоренал синдромнинг асосий кўриниши бўлиб, буйраклар шикастланишининг авж олиб боришига кўмаклашади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА МЕТАБОЛИК ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҚСИМЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ДАМИНОВ Б.Т., ЭРНАЗАРОВА М.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда метаболик хавф омилларининг семизлик фенотипларининг намоён бўлишига қараб тақсимланишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Қўйилган мақсадни амалга ошириш мақсадида биз 119 нафар 2 ва 3-босқич сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан оғриган беморларни Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйраклар трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт Марказида текширувдан ўтказдик. текширувга олинган барча беморлар инсулинрезистентлик мавжудлигига кўра учта гуруҳга тақсимланди: 1-гуруҳ 41 нафар, 2 ва 3-босқич СБК II–III СБК II–III бор бўлган, семизлик бўлмаган беморлар гуруҳи тана вазни индекси 30 кг/м^2 дан кам. 2-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланмаган семизлик бўлган (яъни инсулинрезистентлик аниқланмаган) 33 нафар бемор тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ дан ортиқ кузатилган ҳолда. 3-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланган семизлик (тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$) ва инсулинрезистентлик аниқланган беморлар гуруҳи 45 нафар беморни ташкил қилди.

Текширув услублари: АҚБ ўлчаш, қорин айланасини ўлчаш, ТВИ ҳисоблаш бунда ТВИ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$, қон зардобиди липидлар таркибини ўрганиш, буйракларнинг функционал ҳолатини аниқлаш (қондаги креатинин миқдори (КК), КФТ ҳисоблаш, альбуминурия даражасини аниқлаш (АУ), ёғ тўқимасининг метаболик фаоллигини лептин, адипонектин, резистин кўрсаткичлари ёрдамида баҳолаш, инсулинрезистентликни (ИР) НОМА-IR, индекси ёрдамида аниқлаш.

Тадқиқот натижалари. СБК II–III босқич бор бўлган беморларда семизлик ва АГ даражаси бўйича тақсимланиши шуни кўрсатдики, семизлик билан кечувчи СБК бор бўлган беморларда АГ

2 ва 3-даражаси учраш частотаси ортиши ва шу билан бирган семизликнинг оғирлик даражаси беморлар сони ортиши ҳам кузатилган. 1-гуруҳ беморлар орасида 4 нафар беморда ортиқча тана вазни (ТВИ 26 дан 30 гача бўлган беморлар категорияси) кузатилган. Кардиометаболик хавф омилларнинг тақсимланиши таҳлилини давом эттирганимизда текширувга олинган беморлар орасида ЮИК ва ИККС учраш частотаси қуйидаги слайдда келтирилган. ЮИК мавжуд беморлар сони 1-гуруҳда 12 нафар, 2-гуруҳда 14 нафар ва 3-гуруҳда 38 нафар беморни ташкил қилди. ИККС ўтказган беморлар 2-гуруҳда 2 нафар ва 3-гуруҳда 9 нафар эди. Қондаги инсулин миқдорининг фарқи ҳам мос равишда 2 ва 1,75 баробарни ташкил қилди ($p < 0,01$). Липид спектри кўрсаткичлари таҳлили натижаси шуни кўрсатдики, текширувга олинган барча беморларда семизлик намоён бўлишидан қатъий назар липид кўрсаткичларининг ўзгариши кузатилди. Барча гуруҳ беморларида гиперлипидемия ва дислипидемия белгилари кузатилди. 2 ва 3-гуруҳда ХС, ПЗЛП ва ТГ миқдорининг 1-гуруҳга нисбатан статистик жиҳатдан ишонарли юқори бўлганлиги кузатилди ($p < 0,01$).

Хулоса. Семириш ва метаболик ўзгаришлар мавжудлигига қараб инсулинрезистентлик кўрсаткичларининг 3-гуруҳ беморларида 1 ва 2-гуруҳ беморларига нисбатан фарқланади. Тадқиқотнинг 1 ва 2-гуруҳи билан солиштирганда 3-гуруҳдаги СБК ва метаболик жиҳатдан асоратланган семизлик билан оғриган беморларнинг липид профилининг юқори кўрсаткичлари билан бир қаторда, инсулинрезистентлик кўрсаткичининг ҳам ўсиши кузатилди 3-гуруҳда 1 ва 2-гуруҳга нисбатан мос равишда 2,5 ва 2 баробарни ташкил қилди.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПИК КЎРИНИШЛАРИДА ГЕНЕТИК ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҚСИМЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ДАМИНОВ Б.Т., ЭРНАЗАРОВА М.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда генетик омилларининг семизлик фенотипларининг намоён бўлишига қараб тақсимланишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Қўйилган мақсадни амалга ошириш мақсадида биз 119 нафар 2 ва 3-босқич сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан оғриган беморларни Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйраклар трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт Марказида текширувдан ўтказдик. текширувга олинган барча беморлар инсулинрезистентлик мавжудлигига кўра учта гуруҳга тақсимланди: 1-гуруҳ 41 нафар 2 ва 3-босқич СБК II–III СБК II–III бор бўлган, семизлик бўлмаган беморлар гуруҳи тана вазни индекси 30 кг/м^2 дан кам. 2-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланмаган семизлик бўлган (яъни инсулинорезистентлик аниқланмаган) 33 нафар бемор тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ дан ортиқ кузатилган ҳолда. 3-гуруҳ СБК II–III босқич ва метаболик жиҳатдан асоратланган семизлик (тана вазни индекси $\geq 30 \text{ кг/м}^2$) ва инсулинорезистентлик аниқланган беморлар гуруҳи 45 нафар беморни ташкил қилди.

Текширув услублари: буйракларнинг функционал ҳолатини аниқлаш (қондаги креатинин миқдори (КК), КФТ ҳисоблаш, альбуминурия даражасини аниқлаш (АУ), инсулинрезистентликни (ИР) НОМА-IR, индекси ёрдамида аниқлаш, генетик мезонларидан қуйидагилар аниқланди: интерлейкин-6 (IL-6 174C/G), РААТ тизими генетик маркери AT II AGTR1-angiotensin II type 1 reseptor – A1166C) ва адренергик рецепторларининг генетик маркери ADRB2 (Arg16Gly)нинг полиморф локуслари учун аллел жұфтларининг пайдо бўлиш частотасини ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. СБК II–III босқич бор бўлган беморларда яллиғланиш омили бўлган

IL-6 174C/G генетик маркери аллелларининг тақсимланишини таҳлили шуни кўрсатдики, семизлик билан кечувчи 2 ва 3-гуруҳ беморларда 1 гуруҳга нисбатан G ва GG аллелларининг учраш частотаси юқори бўлиши аниқланди. Метаболик ўзгаришлар намоён бўлишига кўра 3-гуруҳда GG аллели учраши 25га (55,5%) га етди. A1166C генининг тақсимланиши таҳлили шуни кўрсатдики, семизлик билан кечувчи 2 ва 3-гуруҳ беморларда 1-гуруҳга нисбатан A ва AA аллелларининг учраш частотаси юқори бўлиши аниқланди. Семизлик намоён бўлишига кўра 3-гуруҳда A аллели учраши 40га (88,9%) ва AA аллелининг тарқалганлиги 68,9% ташкил қилди. ADRB2 (Arg16Gly)нинг тақсимланишини ўрганиш натижасида семизлик билан кечувчи 2 ва 3-гуруҳ беморларда 1-гуруҳга нисбатан G ва GG аллелларининг учраш частотаси юқори бўлиши аниқланди. Семизлик намоён бўлишига кўра 3 гуруҳда GG аллели учраши 12 (26,7%) га AG аллелининг учраши 22 (48,9%) ни ташкил қилди. G аллелининг учраш частотаси 2-гуруҳда 60,6% ва 3-гуруҳда 68,9% ташкил қилди.

Хулоса. IL-6 (C174G), AGTR1 (A1166C) ва ADRB2 (Arg16Gly) генларининг аллел полиморфизми тизимли яллиғланиш белгилари, эндотелиал дисфункция, кардиометаболик омиллар, буйрак функциясининг индивидуал белгиларини ўз-ўзидан ишлаб чиқаришга селектив таъсир кўрсатиши мумкин. Семизликнинг мультифакториал генетик регуляциясини тасдиқловчи турли хил семизлик фенотипларини шакллантириш хусусиятлари IL-6-174GG, ADRB2 (Arg16Gly), AGTR1 (A1166C) каби семизликнинг турли шакллари билан оғриган беморларда сурункали буйрак касаллиги ривожланиш хавфи билан боғлиқ бўлган генотиплар аниқланган.

ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШНИНГ СУБЪЕКТИВ УСУЛЛАРИ

ЭШОНОВ Ш.Н., ДАМИНОВА К.М.

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Оролбўйи минтақасида сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморларига эрта ташхис қўйиш бўйича ишлаб чиқилган сўровноманинг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Оролбўйи минтақаси бирламчи бўғинида жами 500 нафар бемор

сўровномадан ўтказилди. Сўровнома натижаларига кўра, тадқиқотга 177 нафар ўртача ёши $48,17 \pm 0,63$ йил бўлган, олдин СБК ташхиси тасдиқланган, сийдик чиқариш аъзолари касалликлари билан оғриган, қандли диабет, юрак томирлари касаллиги ва гипертония касаллиги,

онкологик касалликлари бор беморлар олинди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар Acer 402E шахсий компютерида Microsoft Оффис 2019 дастурий пакетидан фойдаланган ҳолда статистик ишловдан ўтказилди, жумладан, ўрнатилган статистик ишлов бериш функцияларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Скрининг – бу клиникадан олдинги босқичда маълум бир касалликни аниқлашга қаратилган иккиламчи профилактика чорасидир. Скрининг пайтида ўзини касал деб ҳисобламайдиган, тиббий ёрдамга мурожаат қилмайдиган ва шунга кўра, махсус даволанишга муҳтож бўлмаган айрим хавф гуруҳларидаги аҳолини оммавий текширишдан ўтказилади. Бирламчи бўғинида жами 177 нафар бемор чуқурлаштирилган кўриқдан ўтказилди, шундан барча текширилган беморларнинг 121 нафарида (68,36%) илгари СБК ташхиси аниқланган, 56 нафар (31,64%) беморда биринчи бўлиб СБК ташхиси текширувларимиз давомида аниқланган. Сўровнома маълумотлари, анамнез ва шикоятлар ушбу беморларда СБКга шубҳа қилиш учун асос бўлди. Бу креатинин, мочевино, умумий пешоб таҳлилини ўрганиш учун асос бўлиб хизмат қилди, натижада 56 нафар беморларнинг 26 нафарига СБК I–II босқич ташхиси қўйилди (коптокча филтрацияси тезлиги (КФТ) 60–89 мл/мин/1,73 м², альбуминурия мавжудлиги ва

АКН>30мг/г). 30 нафар беморларда эса СБК III–IV босқич эканлиги аниқланди. Бу эса бирламчи тиббий бўғин шароитида СБКнинг ташхиси нима учун кам учрашини ифодалар эди. Бизнинг ҳолатимизда ҳатто 4-босқичли беморга ҳам (КФТ 60–89 мл/мин/1,73 м²) ўз вақтида ташхис қўйилмаган. Бу СБК ривожланишининг асосий ренал ва экстраренал омилларини аниқлашга қаратилган кейинги тадқиқотлар учун асос бўлиб хизмат қилди. Тадқиқот гуруҳига асосий касаллиги турлича бўлган СБК мавжуд бўлган беморлар киритилган, улар асосида бирламчи тиббий бўғимда СБК диагностикаси сифати баҳоланди. Текширилган ва аниқланган нозологик birlikлар сони бир-биридан фарқ қилди, чунки 1 нафар текширилаётган шахсда баъзида 2 ёки 3 та касаллик ташхиси аниқланган бўлган. Шундай қилиб, амбулатория карталари маълумотлари асосида ташхис қўйилган 177 беморда 254 касаллик (1 текширилганда 1,44 нозология) аниқланди.

Хулоса. Оролбўйи минтақасида беморларга эрта ташхис қўйиш бўйича ишлаб чиқилган сўровнома бирламчи бўғинида эрта аниқлаш, диспансер кузатувини шакллантириш учун фойдаланиш мумкин.

Мазкур сўровнома сурункали буйрак касаллиги ривожланишининг ўз вақтида олдини олиш, эрта ташхис қўйиш учун хавф гуруҳларини саралашга ёрдам беради.

ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА НОАНЪАНАВИЙ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

ЭШОНОВ Ш.Н., ДАМИНОВА К.М.

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Орол бўйи минтақасида сурункали буйрак касаллиги ривожланишида ноанъанавий омилларнинг аҳамиятини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Ўртача ёши 46,17±0,63 йил бўлган 217 нафар бемор ўрганилди, бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида коронар артерия касаллиги ва гипертония, саратон ва қандли диабетнинг барқарор шакллари бўлган сийдик чиқариш органлари бўлган беморлар. Дастлабки буйрак функциясига қараб, беморни текшириш маълумотларини қиёсий таҳлил қилиш, буйрак функцияси динамикасини баҳолаш, юрак-қон томир ҳодисалари ва ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш ўтказилди. СКД-ЕРІ тенгламаси (2009, модификация 2011.)

Тадқиқот натижалари. Бирламчи тиббий бўғинда жами 500 нафар бемор сўровномадан ўтказилди. Сўровнома натижаларига кўра тадқиқотга 177 нафар ўртача ёши 46,17±0,63 йил бўлган, олдин СБК (сурункали буйрак касаллиги) ташхиси тасдиқланган, сийдик чиқариш аъзолари

касалликлари билан оғриган, қандли диабет, юрак томирлари касаллиги ва гипертония касаллиги, онкологик касалликлари бор беморлар олинди. Бирламчи тиббий бўғинда жами 177 нафар бемор чуқурлаштирилган кўриқдан ўтказилди, шундан барча текширилган беморларнинг 121 нафарида (68,36%) илгари СБК ташхиси аниқланган, 56 нафар (31,64%) беморда биринчи бўлиб СБК ташхиси бизнинг текширувимиз давомида аниқланган. Текширувлар натижасида биринчи марта сўровнома, анамнез, шикоятлар асосида СБК ташхиси қўйилган беморлар аниқланди. Сўровнома маълумотлари, анамнез ва шикоятлар ушбу беморларда СБКга шубҳа қилиш учун асос бўлди. Бу креатинин, мочевино, умумий пешоб таҳлилини ўрганиш учун асос бўлиб хизмат қилди, натижада 56 нафар беморларнинг 26 нафарига СБК II, III босқич ташхиси қўйилди (КФТ (коптокчалар филтрация тезлиги) 60–89 мл/мин/1,73 м², альбуминурия мавжудлиги ва АКН>30 мг/л). 30 нафар беморларда эса СБК III, IV босқич эканлиги аниқланди. Бу эса бирламчи тиббий

бўгин шароитида СБКнинг ташхиси нима учун кам учрашини ифодалар эди. Бизнинг ҳолатимизда ҳатто IV босқичли беморга ҳам (КФТ 30–15 мл/мин / 1,73 м²) ўз вақтида ташхис қўйилмаган. Бу СБК ривожланишининг асосий ренал ва экстраренал омилларини аниқлашга қаратилган кейинги тадқиқотлар учун асос бўлиб хизмат қилди.

Хулоса. 1. Орол бўйи минтақасида сурункали буйрак касаллиги ривожланишида ноанъанавий

омиллар доим ҳам инобатга олинмаганлиги сабабли касалликнинг сони ўсиб бормоқда.

2. Орол бўйи минтақасида СБКга эрта ташхис қўйиш, шунингдек, касалликнинг олдини олиш ва диализ олди даврини узайтириш учун СБК билан оғриган беморларда ноанъанавий омилларни ҳам аниқлаш ва уларни бартараф этиш зарур.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

ISLAMOVA M.S., SABIROV M.A., AKHMEDZHANOVA Z.I.

Tashkent State Dental Institute, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation, Institute of Human Immunology and Genomics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. To study the quality of life (QoL) in patients with osteoarthritis depending on gender and age.

Materials and methods. The study included 78 patients. The male to female ratio was 1,3, males 25% aged 35 to 80 years, females 75% aged 35 to 89 years. The average age was $56,6 \pm 1,8$ and $57,8 \pm 1,3$ years, respectively. The diagnosis of osteoarthritis was made based on accepted criteria. Data collection was carried out by questioning patients.

The standard form of the SF-36® questionnaire assessed quality of life over the past 4 weeks. The questionnaire consists of 36 questions divided into 8 scales: physical functioning (PF), role physical functioning (RP), bodily pain (BP), general health (GH), vital activity (VT), social functioning (SF), role emotional functioning (RE), psychological health (MH). Calculations indicate values for each QoL category from 0 to 100 points, with a higher score indicating a higher level of QoL and 100 points representing complete health.

Results and discussion. At the first stage of the analysis of factors influencing the quality of life in patients with osteoarthritis, comparisons were made by gender. Quality of life scores were higher in men compared to women on all scales except role-physical functioning (RP). Men, regardless of age, have more positive emotions, their social activity is higher than that of women. Also, men are less prone to depression and anxiety than women. At the second stage of the analysis, the group of patients was stratified by age: 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84 and 85–94 years. When comparing quality of life parameters by age category, it was revealed that quality of life decreased with age, regardless of gender. The total score ranged from 58–36 for men and 56–28 for women.

Conclusions. The study was able to establish that the quality of life in female patients with osteoarthritis is lower than in male patients. At the same time, the quality of life is directly proportional to age.

CARDIORENAL SYNDROME OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

JABBAROV O.O., TURSUNOVA L.D., KHUJANIYAZOVA N.K.

Tashkent Medical Academy, College of Public Health named after Abu Ali ibn Sina, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. To study the features of cardiorenal syndrome (CRS) in diabetic nephropathy (DN) in patients with type 2 diabetes mellitus.

Material and methods. We examined 60 patients (32 men and 28 women) with type 2 diabetes with DN who were undergoing inpatient treatment at the Republican Scientific and Practical Center of Nephrology on the basis of the III-clinic of TMA. The average age of patients was $58,0 \pm 0,4$ years, duration of type 2 diabetes was $10,6 \pm 0,3$ years. Patients (n=60) were divided into 2 groups based on the duration of diabetes and the level of microalbuminuria

(MAU): group I (n=25) MAU was noted within $12,8 \pm 4,65$ mg/ml, in group II (n=35) it was $22,4 \pm 4,64$ mg/ml. The study patients underwent general clinical and biochemical tests, and B-mode echocardiography. An echocardiographic study was performed on a SONOSCAPE S20 ultrasound machine using a 3.5 MHz cardiac sensor in modes according to the generally accepted Simson method. Glomerular filtration rate (GFR) was determined using the CKD-EPI formula (ml/min/1,73 m²).

Results and discussion. In group I of patients, the level of creatinine and GFR were $76,4 \pm 10,8$

mmol/l and $79,2 \pm 15,8$ ml/min/ $1,73 \text{ m}^2$, and in group II – $78,2 \pm 11,6$ mmol/l and $73,4 \pm 17,5$ ml/min/ $1,73 \text{ m}^2$, respectively. Therefore, the higher the MAU level, the higher the creatinine and the lower the GFR, i.e. initial manifestations of renal dysfunction are noted.

Comparative characteristics of the main structural and functional indicators of the myocardium according to echocardiography studies in patients with chronic CRS reveals in patients of group II (MAU- $24,8 \pm 5,03$ mg/ml) a greater left ventricular end-diastolic diameter (LVEDD) ($5,29 \pm 0,48$ cm) and a more pronounced decrease in ejection fraction (EF) LV ($52,2 \pm 4,2\%$). The degree of LV hypertrophy (LVH) is also significant (LV wall thickness $-1,21 \pm 0,09$ cm) in patients of group II ($1,16 \pm 0,08$ cm) than the same indicator in patients of group I. Correlation analysis revealed a direct proportional relationship between the level of MAU and LV relative wall thickness (RWT), LV EDD and LV mass index (MI), respectively $r=0,2$, $r=0,3$, $r=0,3$ ($p<0,05$) and an inverse relationship between LV EF and MAU ($r=-0,44$) moderate correlation $p<0,05$).

Higher or threshold levels of MAU are accompanied by increased creatinine and decreased

GFR, are associated with increased LV myocardial mass, and are associated with preclinical impairment of LV systolic function.

The interaction we identified between increased blood pressure, increased mass of the LV myocardium, changes in its geometry and dysfunction increases the role of MAU as an early and reliable marker of cardiac, preclinical, structural and functional changes in the myocardium.

Our results allow us to note the level of MAU ($22,4 \pm 4,64$ mg/ml), at which a high probability of impaired LV contractile function is determined, which will make it possible to earlier predict and prevent the progression of CKD, and therefore CRS.

Conclusions. Thus, there are common ethical factors and pathogenetic mechanisms of damage to the heart and kidneys in type 2 diabetes, parallelism in the stages of damage to these target organs. The identified mechanisms of myocardial remodeling in chronic cattle can be the basis for early diagnosis of circulatory failure, as well as targeted and pathogenetically justified pharmacotherapy in this category of patients.

RHEUMATOID FACTORS AND ANTIBODIES TO CITRULLINATED PROTEINS IN THE LABORATORY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

MUKHAMMADIEVA S.M., MIRAKHMEDOVA H.X

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. The determination of rheumatoid factors (RF) and antibodies to citrullinated proteins (ACP) is crucial for diagnosing rheumatoid arthritis (RA) and differentiating it from other rheumatic diseases (RD). The aim of this study was to investigate the clinical significance of IgM and IgA rheumatoid factors (RF) and antibodies to citrullinated proteins: cyclic citrullinated peptide (CCP), modified citrullinated vimentin (MCV), and anti-keratin antibodies (AKA) in RA.

Materials and Methods. Participants: 993 patients with RA, with a median disease duration of 96 months (25th-75th percentile range: 36–192 months); 757 women and 239 men, age 51 years (25th-75th percentile range: 42–57 years); DAS28 score of 5.2 (25th-75th percentile range: 3,8–6,0). Comparison Group: 616 individuals, including 397 patients with various rheumatic diseases (RD) and 297 healthy donors, matched for sex and age with the RA patients. Testing Methods: IgM RF was measured using nephelometry, IgA RF and ACP were measured

using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and indirect immunofluorescence (for AKA).

Results and discussion. Diagnostic Sensitivity and Specificity: The highest diagnostic sensitivity was observed for MCV (83%). The highest diagnostic specificity was observed for CCP (87%). Likelihood Ratios: The highest positive likelihood ratio was for CCP (5,5). The lowest negative likelihood ratios were for IgA RF and MCV (0,2). Area Under the Curve (AUC; ROC Analysis): The largest AUC for RA was demonstrated by IgA RF and MCV (0,9). Correlations: The level of IgM RF correlated with the Sharp/van der Hejde joint damage index ($r=0,3$) and systemic manifestations ($r=0,2$). The concentration of CCP correlated with the disease activity score (DAS28) ($r=0,2$).

Conclusion. CCP and MCV show the best diagnostic efficacy for RA. The levels of autoantibodies (IgM RF, CCP) correlate with the extent of joint damage, systemic manifestations, and disease activity.

EFFECT OF PREVIOUS CORONAVIRUS INFECTION ON CLINICAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS

RAKHIMOVA M.B., AKHMEDOV KH.S., ABDURAKHIMOVA L.A.

Tashkent medical academy, Kimyo International University in Tashkent, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. It has now been established that the new coronavirus infection worsens the course of many autoimmune systemic diseases, including ankylosing spondyloarthritis (AS), which adversely affects both the course and outcome of the disease, leading to early disability. In this regard, it becomes necessary to study the characteristics of the course of AS and predict the outcome of the disease in patients with previous COVID-19.

Materials and methods. The study involved 100 patients with an established diagnosis of ankylosing spondyloarthritis. Patients were divided into 2 groups according to the results of tests for the previous coronavirus infection: the main group was 40 patients with AS and a COVID-19 infection, the average age of which was $52,3 \pm 1,2$ years, of which 31 were men and 9 were women, the control group was 60 patients with AS and did not tolerate COVID-19, the average age of which was $57,5 \pm 1,7$ years, of which 49 were men and 11 women. The diagnosis of ankylosing spondyloarthritis was established on the basis of AS criteria. The confirmed COVID-19 infection was the results of blood tests obtained by enzyme-linked immunoassay (ELISA), as well as a sample of swabs from the throat and nasopharynx, investigated by polymerase chain reaction (PCR). All patients were evaluated for clinical status, disease activity according to the Lansbury index, VAS pain scale, BASDAI, BASFI, ASDAS questionnaires, as well as X-ray examination of pelvic bones, peripheral joints, and inflammatory markers were identified as C-reactive protein, ESR, circulating immune complexes (small).

Results. A comparative analysis of the results of both groups showed that high disease activity was

observed in the main group and was established in 96% of patients, the indicators of the Lansbury indices, BASDAI, BASFI, ASDAS and VAS scales were $41,2 \pm 1,6$, $8,2 \pm 0,6$, $7,4 \pm 0,5$, $4,2 \pm 0,9$, $7,2 \pm 0,4$, respectively. High ESR $57,3 \pm 2,1$ (mm/h) and C-reactive protein $46,3 \pm 1,1$ (mg/L), signs of sacroileitis, enthesitis were detected in 76% of patients in the main group. While at patients of control group low indicators of the Lansbury index, scales of BASDAI, BASFI, ASDAS and VAS – $19,1 \pm 0,9$, $4,3 \pm 0,2$, $3,1 \pm 0,8$, $2,1 \pm 0,7$, $5,1 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) respectively, indicators of SOE and S – reactive protein – $17,2 \pm 1,9$ (mm/h) and $11,3 \pm 0,9$ (mg/l) respectively were noted. In 46% of patients in the control group, two-sided sacroileitis was detected, as well as expansion of the joint gaps in 28%. The CEC (small) indicators of the main group exceeded the control indicators by almost 2 times $58,3 \pm 1,3$ e.d. and $30,3 \pm 1,6$ e.d. ($p < 0,05$), respectively, which confirms the high activity of the inflammatory process in patients with AS who have undergone COVID-19.

Conclusion. Coronavirus infection has a direct trigger effect on the autoimmune mechanisms that underlie the development of ankylosing spondyloarthritis. Direct negative impact is confirmed by an increase in the activity of inflammatory markers, high indices and scales of disease activity and impaired functional activity. Thus, patients with AS and suffered COVID-19 are of particular interest due to the deterioration of the course of the underlying disease and the high risk of early disability development.

THE ROLE OF BETA-2-MICROGLOBULIN IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

TURSUNOVA L.D., JABBAROV O.O.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

The purpose of the study. To determine the relationship between β 2-microglobulin (β 2-MG) and the clinical picture and laboratory parameters of chronic kidney disease (CKD).

Material and methods. The study included 68 patients (32 men and 36 women) who were hospitalized in the Department of Nephrology of the National Medical Center of the Republic of Uzbekistan, with a clinically established diagnosis of CKD, who made up the first group. The control group consisted of 36 people (13 men and 23 women) with various forms of socially significant

diseases, but without signs of CKD. The average age of patients was $55,0 \pm 0,4$ years, the duration of CKD was $12,4 \pm 0,3$ years. All patients underwent careful collection of clinical and laboratory data, as well as laboratory monitoring of systolic and diastolic blood pressure (BP), body mass index, general clinical laboratory data, β 2-MG, lipid profile and proteinuria. Renal function was assessed using the CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) formula using serum creatinine. Statistical analysis was carried out using the programs "Statistica 10,0"

(StatSoft Inc., USA) and «Microsoft Office Excel 2010» (Microsoft Corp., USA).

Results and discussion. The level of beta2-MG in serum correlated with the severity of CKD and amounted to 8,5 (7,8; 12,1) mg/l at C4 and 18,3 (11,3; 23,6) mg/l at C5 stages of CKD, and urinary excretion was 2,6 (0,3; 6,4) mg/l at C4 and 2,614 (1,5; 25,8) mg/l at C5 stages of CKD. Regardless of renal impairment, the average serum beta-2-MG level was clinically significantly higher in females. A single-factor correlation analysis showed a statistically significant relationship between serum beta-2-MG and creatinine levels in both a subgroup of patients with CKD ($r=0,904$; $p=0,001$), and in the general sample ($r=0,747$; $p=0,001$). In individuals without CKD, an increase in serum creatinine levels was closely associated with an increase in urinary excretion of beta-2 MG ($r=0,252$; $p=0,005$). At the same time, in this category of patients, there was a close correlation between eGFR and serum beta-2-MG

levels ($r=-0,434$; $p=0,002$) and its urinary excretion ($r=-0,245$; $p=0,005$). A direct relationship has been established between an increase in serum beta-2 MG and an increase in diastolic blood pressure ($r=0,274$; $p=0,034$) among CKD patients. In the general sample, a direct relationship was recorded between the value of systolic blood pressure and serum beta-2-MG ($r=0,223$; $p=0,01$), as well as between diastolic blood pressure ($r=0,268$; $p=0,01$) and urinary excretion of beta-2-MG.

Conclusion. As a result of our study, the relationship of beta-2-MG with clinical and laboratory manifestations of CKD was evaluated. The data obtained characterize the high prognostic potential of changes in beta-2-MG in a population of patients with various forms of socially significant diseases, as well as CKD, which makes it possible to identify among them groups of patients with high and/or very high renal and cardiovascular risk for timely targeted therapeutic effects.

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI ANIQLASH UCHUN MASHINANI O'RGANISH VA KOMPYUTER KO'RISH QOBILIYATIDAN FOYDALANISH

AKRAMOV R.M.

INHA universiteti, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Yurak-qon tomir kasalliklarining dastlabki belgilarini aniqlash va xavflarni bashorat qilish, sog'liqni saqlash sohasidagi faol choralarni kuchaytirishda mashinani o'rganish va kompyuter ko'rishdan foydalanishni o'rganish uchun mobil ilova.

Material va usullar. Dasturiy ta'minot va asboblari: Ma'lumotlarni tahlil qilish va modellarni ishlab chiqish Python, R va MATLAB kabi dasturlash tillari yordamida, kutubxonalar va mashinalarni o'rganish uchun ramkalar (masalan, scikit-learn, TensorFlow, PyTorch) va kompyuterni ko'rish (masalan, OpenCV, Keras) yordamida amalga oshirildi)

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot va ishlanmalar bo'yicha sa'y-harakatlarimiz yakuniga yetganidan so'ng, biz yurak-qon tomir salomatligiga bag'ishlangan mobil ilovamizga ilg'or mashinani o'rganish va kompyuterni ko'rish texnologiyalari muvaffaqiyatli integratsiyalashganini e'lon qilishdan mamnunmiz. Bizning ilovamiz sakkizta mustahkam modulga ega bo'lib, ularning har biri keng qamrovli tushuncha

va diagnostikani taklif qilish uchun mo'ljallangan bo'lib, foydalanuvchilarga o'zlarining yurak-qon tomir farovonligini proaktiv boshqarish imkoniyatini beradi. Ushbu modullar orasida: kardiomegaliyani aniqlash, EKG tahlili, ekokardiyografiya talqini.

Xulosa. Mashinani o'rganish va kompyuterni ko'rishning integratsiyasi yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish va boshqarish sohasida katta va'da beradi. Ilg'or algoritmlar va tibbiy tasvirlash tahlillarining uyg'unligi orqali ushbu texnologiyalar klinitsyenlarga bemorlarning yurak-qon tomir sog'lig'i bo'yicha misli ko'rilmagan tushunchalarga ega bo'lib, erta aralashuv va shaxsiy yordam ko'rsatish imkonini beradi. Sog'liqni saqlash sohasidagi innovatsiyalarni qabul qilishda davom etar ekanmiz, mashinani o'rganish va kompyuterni ko'rishdan foydalanish yurak-qon tomir kasalliklarini nafaqat davolash mumkin, balki oldini olish mumkin bo'lgan kelajak sari o'zgartiruvchi yo'lni taklif etadi, bu esa barcha uchun sog'lom ertangi kunni ta'minlaydi.

ARTERIAL GIPERTENZIYA VA QANDLI DIABETLI BEMORLARDA QON BOSIMINI SUTKALIK PROFILINING O'ZIGA XOSLIGI

ALIMOVA S.R.¹, SROJIDINOVA N.Z.²

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi, ²Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Arterial gipertenziya (AG) va qandli diabetli (QD) bemorlarda qon bosimining sutkalik profilini o'ziga xosligini o'rganish.

Material va usullar. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida davolangan 114 nafar AG va QD bilan kasallangan bemorlarning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi. Kundalik qon bosimi profili Medicom-Combi apparati (Rossiya) yordamida osillometrik usul yordamida baholandi. Qon bosimini o'lchash kunduzi – 30 daqiqa, kechasi – 60 daqiqa oralig'ida amalga oshirildi. Qon bosimini sutkalik monitoringi (QBSM) antipertenziv terapiya fonida o'tkazildi. Statistik tahlil SPSS 24.0 dasturiy paketi yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tahlil qilish uchun bemorlar 2 guruhga ajratildi: 1-guruh AG va QDli bemorlar (n=37), 2-guruh AG QDsiz (n=77). 1-guruhda ayollar va erkaklarning nisbati 59,46% va 40,54%, 2-guruhda 71,43% va 28,57% ni tashkil etdi, mos ravishda. QBSM tahlili bo'yicha QDli bemorlarda o'rt.sut.SAB (126,6±14,0 vs 119,3±13,17 mmHg, p=0,019), o'rt.sut.DAB (73,6±15,24 vs 69,75±7,96 mmHg, p=0,018), o'rt.kunduzgi SAB (128,3±14,47 vs 120,06±13,08 mmHg, p=0,020), o'rt.kunduzgi DAB (72,7±10,05 vs 69,45±11,01 mmHg, p=0,022), o'rt.tungi SAB (115,8±31,75 vs 114,2±20,82 mmHg, p=0,033), o'rt.ktung DAB (66,4±19,06 vs 65,46±14,64 mmHg, p=0,023) QDsiz bo'lgan bemorlarga qaraganda ishonchli darajada yuqoriligi aniqlandi. QDli

bemorlarda QDsiz bemorlarga qaraganda kunduzgi SAB ($14,2 \pm 3,77$ vs $14,2 \pm 5,1$ mmHg, $p=0,043$), kunduzgi DAB ($10,2 \pm 3,27$ vs $11,2 \pm 4,7$ mmHg, $p=0,020$) variabelligi ham yuqori ekanligi aniqlandi. Tungi SAB ($11,1 \pm 5,86$ vs $12,1 \pm 5,4$ mmHg, $p=0,077$) va tungi DAB ($9,6 \pm 6,26$ vs $9,43 \pm 4,7$ mmHg, $p=0,109$) variabellik ko'rsatkichlari guruhlar orasida ishonchli farq qilmadi. Qon bosimni tungi pasayish darajasi (TPD) bo'yicha guruhlararo farq topilmadi: dipper SAB ($21,6\%$ vs $20,7\%$, $\chi^2=0,024$, $p=0,877$), non-dipper

SAB ($56,7\%$ vs $50,6\%$, $\chi^2=0,748$, $p=0,388$), night piker SAB ($21,6\%$ vs $26,0\%$, $\chi^2=0,534$, $p=0,466$), over dipper SAB (0% vs $1,3\%$, $\chi^2=1,3$, $p=0,253$) dipper DAB ($21,6\%$ vs $29,8\%$, $\chi^2=1,76$, $p=0,185$), non-dipper DAB ($54,0\%$ vs $48,0\%$, $\chi^2=0,72$, $p=0,397$), night piker DAB ($24,3\%$ vs $19,4\%$, $\chi^2=0,642$, $p=0,423$), over dipper DAB (0% vs $1,3\%$, $\chi^2=1,309$, $p=0,253$).

Xulosa. QDli bemorlar qon bosimining sutkalik profilini buzilganligi bilan ajralib turadi, bu esa yurak-qon tomir asoratlarning xavfini oshiradi.

TIREODIT O'ZGARISHLARNI KO'KRAK BEZI SARATONIDA O'RGANISH NATIJALARI

AZIMOVA M.A., NASIROVA X.K.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Klinik va morfologik tadqiqotlarni retrospektiv tahlil qilish orqali KBS bemorlarida QBdagi funksional o'zgarishlar darajasini aniqlash, funksional holatiga baho berish va o'zgarishlarni tuzatish usullarini aniqlash.

Material va usullar. Tadqiqot predmeti KBSdagi QB funksional holatining quyidagi gradatsiyalari bo'ldi: hajmi va o'lchami, parenxima tuzilishi, gormonal holat ko'rsatkichlari, parenximaning mahalliy sitomorfologik tuzilishi. Tadqiqot obyekti KBS tasdiqlangan 37 bemor: II va III bosqichlar. Bemorlarning yoshi 34 yoshdan 68 yoshgacha, o'rtacha $53,4 \pm 0,3$ yil. Bemorlarga O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan me'yorlar bo'yicha o'smaga qarshi terapiya o'tkazildi: poliximoterapiya – 31, gormon terapiyasi – 5 va immunokimoterapiya – 2. Ultratovush, MSKT, biokimyoviy ko'rsatkichlar va qalqonsimon bez gormonlarini o'rganish, sitomorfologiya. O'rganilayotgan gradatsiyalarni o'rganish uchun qalqonsimon parenximaning ingichka igna biopsiyasidan foydalanilgan.

Tadqiqot natijalari. Ko'krak bezi saratoni bosqichiga, gistologik turiga va o'sma o'sish jarayonining differentsiatsiyasiga qarab qalqonsimon

bez konturlarning o'rtacha hajmi va tekisligi o'zgarganligi aniqlandi. Shu bilan birga, statistik jihatdan sezilarli darajada qalqonsimon bez funksiyasi (gormonlarni o'rganish asosida) 23 dan 35% gacha pasayishi fonida, qalqonsimon bez parenximasida bir tekis bo'lmagan yangi hududlar paydo bo'lishi aniqlandi. Ko'pincha bu o'zgarishlar 50 yoshdan oshgan va polikimoterapiya (+immunoterapiya) olgan bemorlarga xosdir. Aksincha, ko'krak bezi saratonining gormonga bog'liq shakli bo'lgan bemorlarda o'ziga xos terapiya fonida qalqonsimon bezdagi funksional o'zgarishlar ahamiyatsiz bo'lib chiqdi va maxsus tuzatishni talab qilmadi. 17 nafar bemorda o'tkazilgan ingichka igna biopsiyalarini o'rganishda mahalliy o'zgarishlarning sitomorfologiyada polimorfizm va atipik o'zgarishlar yo'qligini ko'rsatdi. Ko'krak bezi saratoni bilan kasallangan 8 bemorda poliximoterapiya paytida parallel ravishda tugunli bo'qoq rivojlangani kuzatildi.

Xulosa. Olingan natijalarning tahlili qalqonsimon bezdagi mahalliy o'zgarishlarning ko'krak bezi saratoni bosqichiga va amalga oshirilgan terapiya turiga bog'liqligini ko'rsatdi.

ARTERIAL GIPERTENZIYA PROFILAKTIKASINING TURLI AHOLI GURUHLARIDA KUCHAYTIRISH JIHATLARI

KALANDAROV D.M., MAMASOLIYEV N.S., NISHONOVA N.A., MAMASOLIYEV Z.N.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi aholi orasida yengil (EAG), o'rtacha og'ir (O'OAG) va og'ir arterial gipertenziyaning (OAG) tarqalishi jihatlarini o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi. Shu bois mazkur yo'nalishda zamonaviy populatsiyada ilmiy tadqiqotlarni bajarish nazariy va amaliy ahamiyat kasb etadi.

Material va usullari. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi aholining reprezentativ guruhida (2182 ta) epidemiologik tadqiqot bajarildi: $\geq 18 - 70$

yoshli ayollar 1113 nafar (50,5%) va erkaklar 1069 nafar (49,5%). YeAG, O'OAG va OAG Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari (2020), Rossiya (2020) va Yevropa (ESC, 2020) mezonlari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari. AGning yengil, o'rta og'ir va og'ir shakllari Fb ShPda alohida ajratirib o'rganildi hamda baholandi. Ularning aniqlanish chastotalari $\geq 18-70$ yoshlilarda quyidagi ko'rsatkichlar bilan tasdiqlandi: YeAG – 5,6% (erkaklarda – 6,6 va ayollarda – 4,6%), O'OAG – 6,2% (erkaklarda – 6,2%

va ayollarda – 6,3%) va OAG – 0,7% (erkaklarda – 1,0% va ayollarda – 0,4%), OAG ENG yuqori ko'rsatkich bilan (1,3%) 50–69 yoshlilarda kuzatiladi.

Bunday xususiyat aholining jismoniy faolligi yuqori sur'atda saqlanishi bilan tushuntirilishi mumkin. Chunonchi, AQSHda 6,5 yil mobaynida olib borilgan kuzatuvda tasdiqlanishicha, jismoniy faollikning yuqori sur'atda saqlanishi irsiy omil hamda patogenetik ta'sirni ma'lum darajada «bekor qiladi» [«Daryo» ma'lumoti, 2022]. Ikkinchidan, ovqatlanish tarzining ham bu aholida o'ziga xosligi (meva-sabzavot, sut-qatiq mahsulotlarining nisbatan ko'proq iste'mol

qilinishi) ularni AGdan «saqlovchi omil» bo'lishi mumkinligini aytib o'tish.

Xulosa. O'zbekiston hududlarida AG va uning xatar omillari profilini baholash imkoniyatini beruvchi epidemiologik tadqiqotlar ilmiy tayyorgarlikni, tadqiqotchilarni tayyorlash, reprezentativ tanlovni shakllantirish va majburiy jalb qilishni ta'minlab berish va metodologiyaga qat'iy rioya qilgan holda tekshiruv o'tkazishni talab qiladi. Faqat u holda, AG chastotasi va uning xatar omillarini haqiqiy baholash imkonini beradi.

QANDLI DIABET VA O'PKA SILI BILAN KASALLANGAN AHOLIDA HAZM A'ZOLARI TIZIMI KASALLIKLARI UCHRASH CHASTOTALARI

KURBONOVA R.R., MAMASOLIYEV N.S., KUCHKOROVA M.F., MAMASOLIYEVA SH.A.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Farg'ona vodiysi sharoitida qandli diabetes va o'pka sili bilan kasallangan aholi orasida hazm a'zolari tizimi kasalliklarini o'rganish (Andijon viloyati ftiziatrya dispanseri misolida).

Material va usullari. Maxsus 3 yillik epidemiologik va kliniko-meteorologik tekshiruvda 600 ta qandli diabetes bilan kasallangan o'pka sili bilan xastalangan bemorlar o'rganildi. Bemorlarda epidemiologik, umumklinik, laborator, instrumental, mikrobiologik va statistik tekshiruv usullaridan foydalanildi

Tadqiqot natijalari. QD₂O'S_q bemorlar populyatsiyasida quyidagi hazm a'zolari kasalliklari (HAK) turli tarqalish chastotalarida aniqlandi: dizenteriya – 7,2% (erkaklarda – 8,2% va ayollarda – 3,0%, lyamblioz – 1,3% (erkaklarda – 1,5% va ayollarda – 0,6) va qorin bo'shlig'ining xirurgik kasalliklari (QBXK) – 0,8% (erkaklarda – 0,3% va ayollarda – 0,1%).

Umuman, XAK QD₂O'S_q va QD₂O'S_{qy} bemorlar populyatsiyasida farqli holda quyidagi chastotalarda tavsiflandi: dizenteriya – 7,2% va 9,0% dan, lyamblioz – 1,3% va 1,0% va QBXK – 0,8% va 2,0%).

Ushbu populyatsiya qarindoshlarida (ota-onasi va aka-ukalarida) HAK anamnezi o'rganildi, tahlil qilib baholandi va tasdiqlanishicha, ularda kasalliklar quyidagi chastotalarda kuzatildi: oshqozon va qizilo'ngach raki – 0,2% va 0,00% – asosiy guruh va nazorat guruhlarida mos holda, o't-tosh kasalligi – 2,8% va 2,0% va hazm a'zolarining boshqa kasalliklari – 4,5% va 5,0%.

Xulosa qilish mumkinki, o'pka sili bilan kasallangan bemorlarda oshqozon ichak kasalliklarining kelib chiqish xavfi – 9,8% dan (QD₂O'S_q da) 12,0% gacha (QD₂O'S_{qy} da) oshadi.

QISHLOQ POPULATSIYASIDA GIPODINAMIYANI XATAR OMIL SIFATIDA TAVSIFI

KURBONOVA R.R., MAMASOLIYEV N.S., ABDURAXMONOV B.M., MAMASOLIYEVA SH.A.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Qishloq populyatsiyasida gipodinamiya xatar omilining tarqalishi chastotasini aniqlash va baholashdan iborat.

Material va usullari. Bir vaqtli epidemiologik tadqiqot qishloq sharoitida tashkil etildi. Unga 425 ta qishloq aholisi – fermerlar populyatsiyasi jalb qilindi. Klinik- instrumental va so'rovnomali tekshiruv usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalari tasdiqlaydiki, qishloq aholisi – fermerlar populyatsiyasida gipodinamiya 53,0% tarqalish chastotasi bilan aniqlanadi. Yoshga bog'liq holda tafovutlanib – 18–30 yoshlilarda – 39,0%, 31–49 da – 56,0%, 60–69 da – 4,4% va ≥70 yoshlilarda

aniqlanmaydi (populyatsiya soni ozligi bilan tushuntiriladi).

Erkaklarda tarqalish chastotasi ustuvorlik qiladi (63,0%); ayollarda aniqlanish chastotasi (36,0%) 1,9 martaga yetib kam ko'rsatkich bilan tasdiqlanadi.

Xususan, 18–30 yoshli erkak va ayollarda – 69,0% va 30,0% dan (P<0,05), 31–49 yoshlilarda – 59,0% va 40,0% dan (P<0,05), 50–69 yoshlilarda – 68,0% va 31,0% dan qayd etiladi.

Xulosa. Gipodinamiya Andijonning ≥ 18–70 yoshli populyatsiyasida yuqori tarqalish chastotasi bilan tavsiflanadi. Genderlik ta'siri ishonchli tasdiqlanadi, umumiy ≥ 18–70 yoshli aholi populyatsiyasida – 53,0%, erkaklarda 63,0% va shu yoshdagi ayollarda

36,0% tarqalish chastotalarida gipodinamiya qilinadi. Bu ma'lumotlar birlamchi va ikkilamchi profilaktika

dasturlarini ishlab chiqishda foydalanish mumkin bo'ladi.

FERMERLIK FAOLIYATI BILAN SHUG'ULLANUVCHI AHOLI ORASIDA ARTERIAL GIPERTENZIYANING IJTIMOIIY OMILLARI

MAMASOLIEV N.S., NISHONOVA N.A., MAMASOLIEVA SH.A., KALANDAROV D.M.

RShTYoIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi aholi orasida arterial gipertenziyaning xususiyatlarini o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi. Shu bois mazkur yo'nalishda zamonaviy populatsiyada ilmiy tadqiqotlarni bajarish nazariy va amaliy ahamiyat kasb etadi.

Material va usullari. Tadqiqot dizayni bo'yicha bir vaqtli epidemiologik tekshiruv hisoblanadi. Tadqiqot Farg'ona vodiysining Andijon viloyati sharoitida o'tkazildi. Uning obyekti qilib Paxtaobod tumanini fermerchilik ishlari bilan shug'ullanuvchi uyushgan populatsiyasi olindi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalari fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholi orasida arterial gipertenziya bir qator xususiyatlarga ega ekanligi tasdiqlandi. Chunonchi, oilaviy-ijtimoiy omillarga (oliy ma'lumotlilar, o'rta ma'lumotlilar, turmush qurmaganlar, turmush qurganlar, ajrashganlar, bevalar) bog'liq holda 3,5 barobarga yetib farq bilan ko'payib AG fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholida kuzatiladi va erkaklarda ushbu omillar ta'siri ayollarga qiyosan sezilarli darajada kuchli bo'ladi. Nisbatan yuqori tarqalish chastotasi bilan AG oliy ma'lumotlilar va oilaviy (turmush qurganlar) Fb ShPd tasdiqlanadi.

Bu ko'rsatkichlar boshqa populatsiyada olingan natijalardan keskin (to 3 barobarga yetib) kamligi bilan farqlanadi.

Mazkur populatsiyada AGning aniqlanish chastotasi turli yosh guruhlarida 31,3% tafovutlanadi, yosh o'tishi bilan 6,4 barobar ortadi: $\geq 18-70$ yoshlilarda 12,9% tarqalish chastotasi bilan aniqlanadi va uning aniqlanish chastotasi eng ko'p 70 yoshdan oshganlarda (38,2%) va 50-69 yoshlilarda (19,7%) tasdiqlanadi. 18-30 yoshlilarda (6,9%) va 31-49 yosh guruhida (10,8%) eng kam aniqlanish chastotasi bilan kuzatiladi ($R < 0,05$).

Xulosa. Yosh omili so'zsiz AGning kuchli xatar omillaridan biri hisoblanadi. Ushbu natijalar boshqa populatsiyalardan olingan o'xshash natijalarni mutlaqo tasdiqlaydi. Ammo ularning ko'pchiligi klinik tekshiruvlarda o'ziga, asosan fermerlikka daxldor bo'lmagan aholi ekanligini hisobga olish kerak bo'ladi. Fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholi populatsiyasida AG 12,9% tarqalish chastotasi bilan aniqlanadi va sezilarli tafovutlanib erkaklarda (14,6%) hamda ayollarda (11,3%) tasdiqlanadi. Yosh omili kuchli xatar omili sifatida ta'sislanadi, unga bog'liq bo'lib 6,4 barobar AG aniqlanish chastotasi ortadi.

IZOLIRLANGAN SISTOLIK ARTERIAL GIPERTONIYANING FERMERLIK FAOLIYATI BILAN SHUG'ULLANUVCHI AHOLI ORASIDA EPIDEMIOLOGIK TAFSILOTLARI

MAMASOLIYEV N.S., NISHONOVA N.A., MAMASOLIYEVA SH.A., KURBONOVA R.R.

RShTYoIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi aholi orasida izolirlangan sistolik arterial gipertenziya (ISAG)ni fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi aholi orasida epidemiologik tafsilotlari o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi.

Material va usullari. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi populatsiyada (FbSHP) aholining reprezentativ guruhida (2182 ta) epidemiologik tadqiqot bajarildi: $\geq 18 - 70$ yoshli ayollar 1113 nafar (50,5%) va erkaklar 1069 nafar (49,5%). YeAG, O'OAG va OAG Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari (2020), Rossiya (2020) va Yevropa (ESC, 2020) mezonlari qo'llanilib aniqlandi va baholandi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotda ISAGning epidemiologik tafsilotlari olib borildi va baholandi. Bunday tavsiflar dunyo miqyosida kam, O'zbekiston sharoitida va xususan, fermerlik bilan shug'ullanuvchi

aholida umuman yo'q. Ilk bor unga xos quyidagi epidemiologik xususiyatlari topildi va amaliyotga tavsiya qilindi: $\geq 18-70$ yoshli Fb SHPd 2,7% aniqlanish chastotasi bilan kuzatildi (erkaklarda - 2,8% va ayollarda - 2,55); 2) yoshga bog'liq holda 7,5% ko'payib aniqlandi; 3) erkak va ayollarda - 1,7 va 1,5% tasdiqlandi; 70 yoshdan ISAG tarqalish chastotasi keskin tafovutlandi, ayollarda uning aniqlanish chastotasi ikki barobar ortishi kuzatildi.

Ushbu natijalar ham boshqa klinik tekshiruvlardan olingan xulosalardan kamligi bilan farq qiladi. Fb ShP arterial gipertenziya xatar omillari va patogenli trofologik holatning epidemiologik tavsif xususiyatlari tadqiqotda ilk bora o'rganildi va baholandi.

Xulosa. Tasdiqlanishicha, $\geq 18-70$ yoshli tekshirilgan aholida meva va poliz mahsulotlarini me'yordan, ya'ni ≥ 400 g/sut kam iste'mol qilish

aniqlanish chastotasi 21,27% tashkil qildi (erkaklarda – 54,84% va ayollarda – 45,16%). Yoshga

bog'liq holda ushbu ko'rsatkich – 24,8% erkaklarda va 22,4% ayollarda farqlanadi.

COVID-19 KASALLINING JIGARDAGI ASORATLARI

MAMASOLIYEV Z.N., MAMASALIYEV N.S., MAMARASULOVA D.Z., SOIPOVA G.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. COVID-19 o'tkazgan bemorlarda jigar asoratlari kuzatilishi holatini o'rganish.

Material va usullari. Ushbu tadqiqot uchun 2021–2023-yillar davomida Andijon shahrida 188 nafar COVID-19 dan sog'aygandan bir qancha vaqt o'tgandan so'ng ayrim jigar asoratlari rivojlangan bemorlar o'rganildi. Birinchi nazorat guruhini shu yoshdagi COVID-19 o'tkazmagan 69 nafar sog'lom insonlar (I guruh), ikkinchi guruhni 69 nafar COVID-19 o'tkazgan jigarining surunkali kasalliklari mavjud bo'lmagan bemorlar (II-guruh) hamda uchinchi guruhni COVID-19 bilan kasallangungacha davrda surunkali jigar kasalliklari mavjud bo'lgan 50 nafar kovididan keyingi sindromning jigar asoratlari rivojlangan bemorlar (III guruh)ni tashkil etdi. Jigarni makroskopik va mikroskopik qiyosiy jihatdan baholash maqsadida 1 dan to 3 oylikkacha bo'lgan 30 nafar oq zotsiz kalamushlar organizmidagi a'zolar inson 25–50 yoshidagi a'zolar o'zgarishlariga o'xshash tuzilganligi tufayli ajratib olindi.

Tadqiqot natijalari. Ta'kidlab o'tish kerakki, guruhlarga kiritilgan bemorlar yoshi 45 dan to 55 yoshgachani tashkil etib, u o'rtacha ± 50 yoshni, asosiy guruhda $\pm 48,05$ yoshni, nazorat guruhida esa, $\pm 49,2$ yoshni tashkil etdi ($r > 0,05$). Gender jihatdan 188 nafar bemordan 98 (52,1%) tasi erkaklardan, qolgan 90 (47,9%) tasi ayollardan iborat edi. Guruhlar bo'yicha ular quyidagicha taqsimlanishdi: nazorat guruhida 22,1% erkak va 27,0% ayollar, asosiy guruhda 30,0% va 20,9% kuzatildi. Bundan xulosa qilish mumkinki, tadqiqotimizda gender jihatdan erkaklar ko'proq ekanligi ma'lum bo'ldi, bu holat ularda zararli odatlarning ko'pligi va ovqatlanishdagi o'ziga xosliklari bilan bog'liq. Surunkali kasalliklarni tahlil qilish asnosida tadqiqot guruhlaridagi bemorlarda quyidagi nozologik birliklar aniqlangan. Surunkali gepatit B, C, D, surunkali xoletsistit, surunkali

gastrit, surunkali sistit, arterial gipertenziya, qandli diabet, surunkali pielonefrit, surunkali yurak ishemik kasalligi kabilar mavjud edi. Eng ko'psonli surunkali kasalliklar uchinchi guruhda aniqlandi. Birinchi asosiy guruh tekshiriluvchilarini tahlil qilinganida, $36,13 \pm 0,81$ yoshni tashkil etdi. Umumiy qon tahlilida aniqlandiki, norma ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli farqlar aniqlanmadi, faqatgina EChT ko'rsatkichi 1,5–2 baravar oshgan, bu esa kovididan keyingi sindrom bilan kasallangan bemorlarda hozirgacha davom etayotgan tizimli yallig'lanish jarayonlaridan dalolat beradi. Asosiy guruhda shu belgilarni qiyoslash maqsadida yuqoridagi ko'rsatkichlar aniqlandi ($n=50$). Bunda bemorlarning o'rtacha yoshi $55,6 \pm 1,07$ yoshni tashkil etdi. Ko'rsatkichlar esa referent ko'rsatkichlardan farqlanmagan bo'lib, xuddi birinchi guruhdagi kabi ECHT yuqori edi. O'rganish uchun keyingi mezon bo'lib, jigarining funksiyasiga bog'liq bo'lgan biokimyoviy ko'rsatkichlar edi. Normativ ko'rsatkichlarga nisbatan biokimyoviy ko'rsatkichlardagi farqlanishlar tekshiriluvchilarning butun jamlanmasiga nisbatan qo'llanildi. Masalan, ALat normaning yuqori chegarasiga nisbatan 1,34 martaga ko'p edi. ASaT esa 1,24 martaga ortiq edi.

Xulosa. Jigar fibrozi, ya'ni qattiqlashganligining ko'rsatkichi birinchi asosiy guruhda o'rtacha $8,28 \pm 0,48$ ni tashkil etdi, bu referent ko'rsatkichlar yuqori chegarasidan 1,42 baravar baland, kovididan keyingi sindrom mavjud bo'lgan ikkinchi asosiy guruhda ushbu ko'rsatkich 2,5 baravar ortiq ekanligi aniqlandi. Ikkala asosiy guruhning steatoz ko'rsatkichlari normaga nisbatan 1,11 va 1,18 baravar baland. Ikkinchi asosiy guruhdagi yuqori ko'rsatkichlarni jigarining avvaldan bir necha yillar davomida surunkali kasalliklari mavjud bo'lganligi ustiga COVID-19 ning qo'shilishi sababli jigarining kovididan keyingi sindromi kuzatilganda asoratlanishi bilan izohlash mumkin.

FERMERLIK BILAN SHUG'ULLANUVCHI POPULYATSIYADA ARTERIAL GIPERTONIYANI KOMORBIDLIK TARQALISHI VA YOSHGA BOG'LIQ JIXATLARI

NISHONOVA N.A., MAMASOLIYEV N.S., USMONOV B.U., QALANDAROV D.M.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Fermerlik bilan shug'ullanuvchi populyatsiyada arterial gipertoniyaning komorbidlik tarqalishi va yoshga bog'liq jihatlarini o'rganish va baholashdan iborat bo'ldi.

Material va usullari. Fermerlik faoliyati bilan shug'ullanuvchi axolining reprezentativ guruhida (2182 nafar) epidemiologik tadqiqot bajarildi: $\geq 18 - 70$ yoshli ayollar 1113 nafar (50,5%) va erkaklar 1069

nafar (49,5%). YeAG, O'OAG va OAG Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari (2020), Rossiya (2020) va Yevropa (ESC, 2020) mezonlari qo'llanilib aniqlandi va baholandi.

Tadqiqot natijalari. Fermerlik ishi bilan shug'ullanuvchi aholida AGning komorbidlik ta'sirida kelib chiqishi kechishining epidemiologik jihatlar ham ilk bora tadqiqotda o'rganildi.

Ma'lum bo'ldiki, ushbu aholida, $\geq 18-70$ yoshli fermerlik bilan shug'ullanuvchilarda, komorbidlik 28,3% tarqalish chastotasi bilan aniqlanadi. Yoshga bog'liq holda 27,0%ga ko'payib tasdiqlandi va u barcha yosh guruhlari, ayollar (57,1%) va erkaklar (42,9%) uchun xosdir.

Komorbidlik 9ta AG xavfini oshiruvchi xatar omillari ichida, patogen ta'siri kuchliligi bo'yicha, 1-o'rinni egallaydi ($RR = 3,86$; 95% II = (2,82 – 5,28); $\chi^2=504,83$; $R<0,05$), keyingi o'rinda quyidagilar turadi: OTV ($\chi^2=343,35$; $R<0,05$), gipodinamiya ($\chi^2=276,66$; $R<0,15$), ortiqcha tuz iste'moli ($\chi^2=157,47$; $R<0,05$), dori vositalari omili ($\chi^2=69,19$; $R<0,05$), tamaki chekish ($\chi^2=89,97$; $R<0,05$), irsiy moyillik ($\chi^2=13,32$; $R<0,05$) va alkogol iste'moli ($\chi^2=2,12$; $R<0,145$).

Fb SHPda AG uchun komorbidlik foni hosil qilib assotsiatsiyalanuvchi kasalliklar bo'lib, qandli diabet 2-turi [$r^{**}=0,38$; $P<0,05$], CTK ($r^{**}=0,28$; $P<0,05$), DLP ($r^{**}=0,31$; $P<0,05$), kardioaritmia [$r^{**}=0,02$; $P>0,05$] va oshqozon-ichak trakti kasalliklari [$r^{**}=0,10$; $P>0,05$] hisoblanadi.

Shunday bog'liqlik xususiyatlari YeAG, O'OAG va OAG bilan populatsiyada ham yaqqol hamda sezilarli bo'lib kuzatiladi. Ayniqsa, OAGda, STK misolida, buni quyidagicha sharhlab ko'rsatish mumkin bo'ladi: 1) $\geq 18-70$ yoshli Fb SHPda OAGSTKa aniqlanish chastotasi 26,7%ni tashkil qiladi (erkaklarda – 18,2% va ayollarda – 50,0%); 2) o'ta bog'liq bo'lib OAGSta ning aniqlanish chastotasi 33,0%ga ortadi.

Ilmiy tadqiqot natijalariga qiyoslanib, ushbu ma'lumotlar baholanishidan ma'lumki, AG xatar omillari aholi orasida barvaqt aniqlash va oldini olish sog'liqni saqlashning, barcha davlatlarda, asosiy strategik yo'nalishlaridan biri hisoblanadi [24;48;58].

Ayniqsa, nolipid XOga eng ko'p e'tibor qaratilgani va uning YuQGga, jumladan, AGga aloqador «patogen epidemiologik sharoitlarini» yaratishda katta hissa qo'shganligi barcha yirik tadqiqotlarda,

bizning ma'lumotlarimizdek, tasdiqlandi [8;40;48;62]. Shuning uchun ham ushbu tadqiqotda aynan shunday yo'nalishda olingan natijalar, shubhasiz, e'tiborni tortadi va/yoki ilmiy – amaliy ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqotda yana isbotlandiki, lipid almashinuvi buzilishlari (GXS, GTG) – DLP, AGning yetakchi omili bo'lib hisoblanadi va boshqa tadqiqotlar natijalariga yaqin kelib, ularni tasdiqlaydi [3; 121; 141]. Chunonchi, $\geq 18-70$ yoshli Fb SHPda DLPning AGga assotsirlanib aniqlanish chastotasi quyidagicha tasdiqlanadi: 1) DLPa AG₁ – 35,0% bilan (erkaklarda – 37,5% va ayollarda – 31,4%dan); DLPa AG₂ – 37,5% bo'lib) (erkaklarda – 47,0% va 28,6%dan); 3) DLPa AG₃ – 26,7% bilan (erkaklarda – 18,2% va ayollarda 50,0%dan).

Aritmik komorbidlik holati AGda – 9,8% (YeAGda), 18,1% (O'OAGda) va 13,3% (OAGda) darajalarda aniqlanish chastotasi bilan tasdiqlanadi. Bunday komorbidlik holati ayollarda sezilarli darajada (15,9% farq bilan) erkaklarga qaraganda yuqoriligi diqqatni jalb qiladi.

Tadqiqotda fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholi populatsiyasida AGga hazm a'zolari kasalliklari sezilarli bo'lib, yuqori chastotalarda qo'shilishining yuqoriligi tasdiqlandi. Xususan, YeAga XAK – 10,7% (erkaklarda – 7,0% va ayollarda – 15,7%dan), O'OAGA XAK – 22,4% (erkaklarda – 21,2% va ayollarda – 24,0%dan) va OAGA XAK – 40,0% (erkaklarda – 27,3% va ayollarda – 75,0%dan) aniqlanish chastotasi bilan tasdiqlandi.

Bunday xos komorbidlikning ayol va erkaklarga qaraganda 3 barobar ko'p kuzatilishi va eng ko'p 31–49 yoshlilarda tasdiqlanishi e'tiborni jalb qiladi, ya'ni bu xos jihatlar AG profilaktikasida, so'zsiz, e'tiborga olinishi kerak bo'ladi.

Xulosa. Tadqiqot natijalariga ko'ra, fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholi populatsiyasida arterial gipertenziya kelib chiqishining matematik modeli yaratildi. Chunki Fb SHPda AG «konstruksiyasini» yaratish va uni oldindan kelib chiqishini prognozlash amaliyotini takomillashtirish tadqiqotning yakuniy vazifalaridan biri qilib belgilangan edi. Fermerlik bilan shug'ullanuvchi aholida arterial gipertenziya kelib chiqish xavfining matematik modelidan kelib chiqadiki, ushbu populatsiyada AGga sezilarli hissi bilan negativ ta'sirini o'tkazadigan 16 ta xatar omillari tasdiqlanadi.

ARTERIAL GIPOTONIYANING ZAMONAVIY EPIDEMIOLOGIK-KLINIK XUSUSIYATLARI (ANDIJON POPULATSIYASI MISOLIDA)

TURSUNOV J.X., MAMASOLIEV N.S., TURSUNOV X.X., QURBONOVA R.R.

Andijon davlat tibbiyot instituti va RSHTYOIM AF, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Arterial gipotoniyaning zamonaviy epidemiologik – klinik xususiyatlarini Andijon sharoitida aniqlanilgandan iborat bo'ldi.

Material va usullari. Bir vaqtli epidemiologik tadqiqot Andijon sharoitida tashkil qilindi va amalga oshirildi. Epidemiologik-klinik tekshiruv usullari qo'llanilib $\geq 18-70$ yoshli 2230 ta aholi tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Olingan ma'lumotlar arterial gipotenziani mustaqil nozologik birlik sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi. Fermerlik mehnati bilan shug'ullanuvchi aholi orasida arterial gipotenzianing tarqalish chastotasi 11,5% ni tashkil qiladi (erkaklarda – 12,5% va ayollarda – 10,5%). Aholi orasida «arterial gipotenziani xos

konstruksiya»si ijtimoiy, oilaviy va mehnat omillari ta'sirida shakllanadi. Uning kelib chiqishi xavfini oshiradigan «kuchli nomaqbul maydon» bo'lib, 31–49 va 18–30 yosh intervallari tasdiqlanadi. Kasallikni «epidemiologik tashxisi» bo'yicha mavjud strategiyalar takomillashtirilsa fermer aholida gipotonik xavf va asoratlari 15,0 foizga yetib kamayadi, davolanish samarasi bexavflanib 25 foizgacha kuchayadi.

Ushbu tadqiqotga ko'ra, arterial gipotenzianing doklinik va klinik bosqichlarida bo'lgan fermerlar populatsiyasida prediktor – xavf omillari sezilarli darajada keng tarqalgan: chekish – 50,0 foiz, irsiy moyillik – 25,6 foiz, alkogol iste'moli – 11,3 foiz, semizlik – 22,0 foiz, qandli diabetni 2-turi – 6,0 foiz,

dislipidemiya – 5,3 foizdan tasdiqlanadi va ularning barchasi erkaklarda yuqori tarqalish chastotasi bilan ifodalanadi.

Jismoniy mehnat bilan shug'ullanuvchi aholida arterial gipotenziya aksariyat 5 guruh klinik simptomlar bilan ifodalanib kechadi: kardiotserebral simptomlar (51,4 foiz), respirator simptomlar (13,3 foiz), gastroenterologik simptomlar (17,8 foiz), glomerulyar simptomlar (15,0 foiz) va revmatologik simptomlar (9,0 foiz) ustuvorligi tasdiqlanadi. 39,6 foiz aniqlanish chastotasi bilan arterial gipotenziya uchun «noxos simptomlar komorbidligi» (bel og'rig'i, ko'ngil aynishi, kekirish, zarda bo'lish, qayd qilish va abdominal og'riqlar timsolida ifodalanuvchi) kuzatiladi.

AYOLLAR POPULATSIYASIDA ARTERIAL GIPOTONIYANING ANIQLANISHI XUSUSIYATLARI

TURSUNOV X.X., MAMASOLIYEV N.S., TURSUNOV J.X., QURBONOVA R.R.

Andijon davlat tibbiyot instituti va RSHTYOIM AF, Andijon, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. Ayollar populatsiyasida arterial gipotoniyaning aniqlanish xususiyatlarini aniqlash va baholashdan iborat.

Material va usullari. Bir vaqtli epidemiologik tadqiqotda 1113 ta ≥ 18 –70 yoshli qishloq ayollar populatsiyasi tadqiq qilindi. Unifitsirlangan klinik-epidemiologik tekshiruv usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari. Ayollar populatsiyasida arterial gipotoniya 10,5% aniqlanish chastotasi bilan qayd qilinadi. Turli yosh guruhlarida tafovutlanish bilan ifodalanib tasdiqlanadi: 18–30 da – 12,6%, 31–49 da – 14,3%, 50–69 da – 3,7% va 70 yoshdan oshganlarda – 4,5%.

Ijtimoiy – oilaviy va kasbiy omillar ta'sirida arterial gipotoniya ayollarda sezilarli farqlanib xos tarqalish chastotasi bilan aniqlanadi: bevalarda – 10,5%, oiladan ajrashganlarda – 4,8%, turmush qurganlarda – 13,8%, turmush qurmaganlarda – 3,6%, o'rta ma'lumotlilarda – 13,7% va oliy ma'lumotlilarda – 8,9% dan.

Ushbu epidemiologik xususiyatlarni xisobga olib arterial gipotoniyaning birlamchi profilaktikasini amalga oshirish, bizning tahliliy natijalarimiz bo'yicha, kasallanish xavfini yoki asoratlanishlarini 11,0% dan 15,0% gacha kamaytiradi. Farmakoxavf 25% ga kamayadi va terapevtik samara har to'rtinchi bemorda ortadi.

FARG'ONA VODIYSI AHOLISI ORASIDA QIZILO'NGACH SARATONINING BOSQICHIGA KO'RA ANIQLANISH VA O'LIM STATISTIKASI

ZULUNOV A.T., MAMASOLIEV N.S., MAMARASULOVA D.Z., KALANDAROV M.

RSHTYOIM Andijon filiali, Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Birinchi marta QS tashxisi qo'yilgan bemorlarni saraton bosqichiga ko'ra taqsimlash shuni ko'rsatdiki, bemorlarning ko'pchiligi – 124 kishi (51,88%) saraton kasalligining 2-bosqichida, va shu bemorlarning – 86 nafarida (25,98%), radikal va kengaytirilgan va kombinatsiyalangan jarrohlik operatsiyalari zarur bo'ladi. Bemorlar orasida 1-bosqichda, minimal invaziv muolajalar va QS bo'lsa – endoskopik radikal organlarni saqlovchi muolajalar – faqat 1 kishida (0,42%) aniqlandi. 28 bemorda (11,72%) QSning 4-bosqich tashxisi qo'yilgan, ularni faqat palliativ davolash mumkin. Shuningdek, tahlillar shuni ko'rsatdiki, 3- va 4-bosqichda aniqlangan bemorlarning eng ko'p soni Namangan viloyatida (mos ravishda 43,66% va 23,94%), Andijon viloyatida 26,32% va 3,95%, Farg'ona viloyatida 38,04% va

8,70% bemor qayd etilgan (hududlar o'rtasida kasallik aniqlangan bosqichga qarab chastotalar farqining ahamiyati hi kvadrat = 26,60, $p < 0,001$).

2020-yilda 210 nafar bemor RIO va RIATM hududiy filiallari hisobidan chiqarildi (2020-yilda barcha ro'yxatga olinganlarning 28,69% (hisobdan chiqarilgan va hisobot yili oxirigacha hisobga olingan bemorlar soni), shundan 154 nafari (73,33%) qishloq aholisi va 90 nafari (42,86%) ayollar, ulardan 163 nafari QS tufayli vafot etgan (ro'yxatdan chiqarilgan barcha bemorlarning 77,62% va RIO va RIATM hududiy filiallarida 2020-yilda ro'yxatga olinganlarning 22,27%), shu jumladan 127 nafari (77,91%) qishloq aholisi va 73 nafari (44,79%) ayollar. Ro'yxatdan chiqarilgan va vafot etgan bemorlarning eng ko'p soni (kuzatish davri oxiriga kelib dispanser hisobida

qolgan bemorlarning 96,23% va 75,47%) Andijon viloyatida qayd etilgan (bemorlar soni bo'yicha hududlar o'rtasidagi chastota farqining ahamiyati) ro'yxatdan olib tashlangan hi kvadrat = 177,01, vafot etgan bemorlar uchun hi kvadrat = 122,50, har ikkala chastota farqi uchun $p < 0,001$).

Shunday qilib, tadqiqotning birinchi, retrospektiv, epidemiologik bosqichida RIO va RIATM hududiy filiallari ma'lumotlari asosida QS Andijon, Namangan va Farg'ona viloyatlarida 100 000 aholiga 5,29 ta kasal uchrashi va barcha xavfli o'smalarning 1,98% ni tashkil etishi aniqlandi. 2020-yilda jami 732 nafar QS bilan kasallangan bemor dispanser hisobiga olindi, shundan yil oxiriga qadar 522 nafar bemor qolgan. Boshqa mamlakatlar ma'lumotlari bilan solishtirganda ayollar ulushi nisbatan yuqori bo'lib, 48,08% ni tashkil etdi. 5 yillik hisobot davrida viloyat onkologik dispanserlarida ro'yxatga olingan

QS bilan kasallangan bemorlar soni 21,39% ga kamaydi, Shuningdek, xavfli saraton tarkibida QSning nisbiy ulushi ham kamaydi (11,65%). 2020-yilda ro'yxatga olingan bemorlarning 55,97%da QS birinchi marta aniqlangan va saratonni dastlabki bosqichlarda aniqlash imkonini beradigan profilaktik tekshiruvlar davomida kasallik faqat yangi tashxis qo'yilgan bemorlarning 20,01% da aniqlangan. Buning oqibati shundaki, ko'pchilik bemorlarda saraton 2 va 3-bosqichlarda aniqlangan va faqat 1 bemorda – 1-bosqichda aniqlangan. 2020-yilda ro'yxatdan o'tgan bemorlarning 28,69% ro'yxatdan chiqarilgan, shu jumladan, ro'yxatga olingan barcha bemorlarning 22,27%i QSDan bir yil ichida vafot etgan. Hududlar bo'yicha qiyosiy tahlil shuni ko'rsatdiki, qizilo'ngach patologiyasini erta aniqlash va dastlabki profilaktikaning asosi bo'lgan dastlabki skrining yetishmovchiligi Namangan viloyatida qayd etilgan.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО СУРФАКТАНТНОГО ПРОТЕИНА D, ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ

АБДУЛЛАЕВА Г. Б., АВДЕЕВ С.Н., КОЖЕВНИКОВА М.В., БЕЛЕНКОВ Ю.Н.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель исследования. Изучение уровня циркулирующего маркера альвеолярного повреждения сурфактантного протеина D (SP-D), оценка диффузионной способности легких и качества жизни у пациентов, перенесших тяжелое COVID-19-ассоциированное поражение легких, через 3 и 12 месяцев после острой формы.

Материал и методы. В исследование было включено 70 пациентов через 3 месяца после перенесенной тяжелой формы новой коронавирусной инфекции. Критериями включения пациентов в исследование являлись: объём поражения легких более 50% в остром периоде; наличие гипоксемии в острую фазу заболевания со значением насыщения крови кислородом, определенным методом пульсоксиметрии $\leq 93\%$; возраст от 30 до 80 лет. Наблюдение за пациентами проводилось в течение года. Все участники исследования дали письменное информированное согласие на обследование по протоколу, одобренному Локальным этическим комитетом Сеченовского университета. Всем пациентам проводилось комплексное функциональное исследование системы дыхания (спирометрия, бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких (DLco)), была произведена оценка уровня сурфактантного протеина D (SP-D) методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «Human Surfactant Protein D» ELISA через 3 и 12 месяцев после перенесенной острой фазы заболевания. Оценка показателей качества жизни пациентов

проводилась по опроснику EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011 в сочетании с визуализирующей аналоговой шкалой (ВАШ)).

Результаты исследования. Через 3 месяца пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 пациентов с нормальной DLco ($n=14$ (20%)) и группа 2 ($n=56$ (80%)) – со снижением DLco $< 80\%$ от должного. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту: медиана возраста пациентов первой группы составила 58 лет, второй группы – 62 года ($p=0,358$). Достоверных различий по сопутствующей патологии, индексу массы тела и статусу курения не получено. В острую фазу заболевания все пациенты получали респираторную поддержку в виде кислородотерапии, 34 (48,5%) пациентам проводилась неинвазивная вентиляция легких и 6 (8,5%) – инвазивная вентиляция легких. В группе пациентов с нормальными значениями DLco преобладали мужчины ($n=12$ (85,7%)), тогда как в группе пациентов со снижением DLco менее 80% было 25 женщин (44,6%) и 31 мужчина (55,4%) ($p=0,063$). Выявлены статистически различия по срокам пребывания в стационаре в острую фазу ($p=0,003$), в группе со снижением уровня DLco $< 80\%$ *Me* пребывания в стационаре составила 34 койко-дня, по пребыванию в ОРИТ 26 койко-дней ($p=0,014$). Также выявлены различия по объему поражения легких при КТ в острую фазу заболевания ($p < 0,001$).

При анализе основных показателей легочной функции отмечена статистически достоверная разница между группами через 3 месяца после

острой фазы заболевания. Легкие рестриктивные нарушения (снижение общей емкости легких (ОЕЛ) < 80%) через 3 месяца встречались у всех пациентов во второй группе. Ме ОЕЛ составляла 72% от должн. Нарушение газотранспортной функции легких наблюдалось у 80% пациентов и Ме DLco составляла 58% от должн. Эти данные согласуются с высокой концентрацией сурфактантного протеина-D, значения которого превышали норму в обеих группах, однако в группе со сниженной DLco она была значимо выше и составляла 469 нг/мл ($p=0,048$) против 346 нг/мл, что отражает сохраняющееся стойкое повреждение альвеолярного эпителия через 3 месяца после острой фазы заболевания. Спустя 3 месяца индекс качества жизни (ИКЖ) достоверно не различался: в первой группе он составлял 70%, а во второй – 65% ($p=0,416$).

Через 12 месяца наблюдения состав групп изменился и в группу пациентов с нормальной диффузионной способностью легких вошло 30 пациентов (43%) – группа 1, а в группу 2 со снижением диффузионной способности легких менее 80% от должн. – 40 (57%). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту: медиана возраста пациентов в обеих группах составила 62 года. Достоверных различий по сопутствующей патологии, индексу массы тела и статусу курения не получено. Группы достоверно различались по сроку пребывания в стационаре в острую фазу ($p< 0,001$), различий между группами в объеме поражения легких в острую фазу не было, что свидетельствует о структурном восстановлении легких у 16 (22,8%) пациентов через год, несмотря на тяжесть течения вирусной пневмонии в дебюте. Это согласуется с функциональными показателями, основные из которых достигли нормальных значений спустя год, за исключением диффузионной способности легких, Ме которой в группе со сниженной DLco

составляла 68% от должн. Через 12 мес. было отмечено снижение концентрации сурфактантного протеина-D до референсных значений в обеих группах, однако в группе со сниженной DLco она была существенно выше – 295 нг/мл, против 217 нг/мл, но эта разница была статистически не значима ($p=0,107$). Индекс качества жизни достоверно различался: в первой группе он составлял 88%, а во второй – 78% ($p=0,01$).

Выводы. По итогам проведенного исследования можно утверждать, что 57% пациентов, перенесших тяжелую форму COVID-19 в острой фазе заболевания, имеют стойкие нарушения диффузионной способности легких, сохраняющиеся на протяжении года. Было установлено, что уровень SP-D повышен у всех пациентов через 3 месяца после выписки из стационара, однако в группе со сниженной DLco этот уровень был значимо выше. Данный факт является отражением более выраженного повреждения альвеолярного эпителия. Таким образом, SP-D может рассматриваться как потенциальный биомаркер тяжести поражения легких в отдаленном периоде у пациентов, перенесших тяжелую форму COVID-19.

Нарушения как физической, так и эмоциональной сферы значительно ухудшили качество жизни у выживших после COVID-19, чем можно объяснить отсутствие достоверных различий в оценке ИКЖ через 3 месяца наблюдения. Наиболее вероятными объяснениями этих различий являются не только пережитый психический стресс в период пребывания в стационаре и длительного восстановления после выписки, но и прямое вирусное воздействие на центральную нервную систему. Однако через год наблюдения отмечена статистически достоверная межгрупповая разница ИКЖ, что обусловлено сохраняющимся снижением газообменной функции легких.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АМИНОВА Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценка функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных с анемическим синдромом по Бухарской области.

Материал и методы. Материалы взяты из гематологического отделения многопрофильного медицинского центра Бухарской области и амбулаторных поликлиник районов Бухарской области. Диагноз собирался для анализа результатов среди пациентов, подтвержденных симптомами, периферическим клиническим анализом, миелограммой, биохимическим

анализом крови, ЭКГ и эхоКГ на основании клинических данных, а также проводился статистический анализ.

Результаты исследования. При оценке частоты анемии нами было выявлено следующее: при II ФК анемия имела у 14 из 101 (13,9%), а при III-IV ФК – у 41 из 98 (21,5%) больных, но эта разница не была статистически значимой ($p=0,113$). У больных с сохраненной систолической функцией (ФВЛЖ>45%) и со сниженной систолической функцией ЛЖ (ФВЛЖ≤45%) анемия встречалась соответственно у 36 из 143 (19,1%) и

у 32 из 146 (18,5%) больных. У больных с анемией отмечалось более тяжелое течение сердечной недостаточности, оцененное по ШОКС в баллах 7. Качество жизни больных составило 39,5 (36,2-61,1) балла соответственно при использовании как опросника Миннесотского Университета ($p=0,283$), так и по ВАШ ($p=0,925$). Оценивая показатели ЭхоКГ, мы отметили тенденцию к увеличению объемов ЛЖ в систолу ($p=0,062$) и в диастолу ($p=0,073$), больший индекс объема левого предсердия ($p=0,012$) и статистически значимо чаще выявляемую выраженную митральную регургитацию ($p=0,004$, $\chi^2=8,31$).

Выводы. Анемический синдром у наблюдавшихся нами больных проявлялся усталостью, одышкой и сердцебиением, являющихся частью клинической картины как

анемии, так и сердечной недостаточности, что особенно важно у лиц пожилого возраста. Одной из причин анемии у больных с ХСН может быть почечная дисфункция. Достижения последних лет свидетельствуют об общности механизмов развития и прогрессирования хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности ХСН, и почек. Следует учитывать, что основную массу больных с патологией почек при ХСН составляют лица пожилого возраста, у которых, по мере старения не только прогрессивно снижается функциональное состояние почек, но и на органы-мишени влияют такие состояния, как сахарный диабет, артериальная гипертония, усугубляя течение основного заболевания.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ COVID-19 В РАННИЕ СРОКИ

БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х.

Центральный военный госпиталь, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-функциональных данных больных новой коронавирусной инфекцией, на фоне противовирусной терапии с применением фавипиравира в разные сроки от начала заболевания.

Материал и методы. Обследовано 54 больных, в возрасте $38 \pm 5,9$ года с установленным диагнозом (на основании ПЦР диагностики мазка из носа и зева) новая коронавирусная инфекция COVID-19, среднетяжелое течение с двухсторонней пневмонией (COVID КТ-1-2), находящихся на комплексной терапии (на основании 8-пересмотра, временных протоколов по лечению COVID-19) с применением противовирусного препарата (Фавипиравир по схеме). При исследовании сравнительно изучались сроки начала противовирусной терапии, клинические данные, данные контрольного МСКТ и содержание СРБ в крови.

Результаты исследования. При изучении клинических данных (кашель, одышка, повышение температуры тела) у больных, которые обратились сразу на 1-е сутки после выявления коронавирусной инфекции ($n=22$), при назначении фавипиравира по схеме, отмечалось улучшение всех показателей, температура снижалась до субфебрилитета или до нормы, содержание СРБ в сыворотке крови достоверно снижалось в 2-3 раза от исходного ($p<0,5$), даже без применения антибактериальной терапии. У этих же пациентов при исследовании МСКТ ОГК на 10 сутки, отмечалась положительная динамика с разрешением патологических очагов в легких. У больных, которые обратились на 4-5-е сутки после выявления коронавирусной инфекции

($n=34$), при назначении фавипиравира по схеме, отмечалось недостоверное улучшение общего состояния, температура относительно снижалась до субфебрилитета, содержание СРБ в сыворотке крови не имело значительной положительной динамики, иногда (в 5 случаях) даже отмечалась отрицательная динамика, пациентам приходилось применять антибактериальную терапию, иногда с применением двух антибиотиков. Этим пациентам приходилось в динамике на 5-7 сутки проводить повторное МСКТ ОГК. При ухудшении состояния, менялась схема лечения, с применением инъекционного варианта противовирусного препарата (Ремдесивир по схеме). А также у больных, которые обратились позже 5-ти суток, после выявления коронавирусной инфекции ($n=8$), учитывая самолечение пациентов до поступления в стационар, пациентам сразу рекомендовали Ремдесивир по схеме, с применением инъекционных антибиотиков. У пациентов отмечалось улучшение всех показателей, температура снижалась до нормы, содержание СРБ в сыворотке крови снижалось в 2-3 раза. У этих же пациентов при исследовании МСКТ ОГК на 10 сутки, отмечалась положительная динамика с тенденцией к разрешению патологических очагов в легких.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что у больных с COVID-19, при своевременном применении комплексной терапии с противовирусным препаратом отмечалась положительная динамика, даже без применения антибактериальной терапии, что положительно влияет на социальное положение, а также снижает побочные влияния препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ COVID-19 ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х.

Центральный военный госпиталь, Узбекистан, Ташкент

Цель исследования. Изучение влияния моноклональных антител, в частности препарата «Казирививмаб + Имдевимаб» – комбинация рекомбинантных моноклональных антител, направленных против S-белка, лабораторные данные у больных с новой коронавирусной инфекцией – Covid-19.

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов с легким и среднетяжелым течением новой коронавирусной инфекции в возрасте от 31 до 57 лет ($44,2 \pm 5,3$ лет), с длительностью заболевания не более 3-х дней. Методом случайной выборки были сформированы 2 группы. Больные основной группы ($n=22$) получали антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут), противовоспалительную (парацетамол 1000 мг/сут), антиоксидантную (аскорбиновая кислота 5%-10,0 мл/сут) терапию, а также комбинацию моноклональных антител, препарат «Казирививмаб 1200 мг/мл + Имдевимаб 1200 мг/мл» в/в, капельно, однократно. Группа сравнения ($n=18$) получала также антиагрегантную, противовоспалительную, антиоксидантную, противовирусную (Ремдесивир 100 мг по схеме) терапию в соответствии с временными стандартами по лечению новой коронавирусной инфекции Covid-19. В качестве контроля обследовано 10 практически здоровых лиц. Состояние иммунной системы оценивали до лечения и на пятый день лечения по следующим показателям: изменение содержания интерлейкина-6, прокальцитонина, ферритина, Д-димера, С-реактивного белка, витамина D в сыворотке крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Результаты исследования. Исходные данные у больных обеих групп были сопоставимы

($p>0,05$) и характеризовались достоверным увеличением содержания IL-6, ферритина, СРБ, СОЭ, Д-димера в сыворотке крови больных и уменьшением количества витамина D в сыворотке крови. При этом увеличение IL-6 было более выраженным по сравнению с другими сравниваемыми показателями. Содержание IL-6, на фоне препарата «Казирививмаб + Имдевимаб» к контрольному сроку (5 дней от начала терапии) в основной группе достоверно снизилось ($p<0,05$). Изменения этих показателей в контрольной группе были не столь выражены и носили недостоверный характер. Содержание ферритина имело тенденцию к снижению. Содержание СРБ, СОЭ и Д-димера исходно на ранних стадиях заболевания имело тенденцию к повышению, но к контрольному сроку содержание этих показателей было в пределах нормы. Изменения этих же показателей в группе сравнения были не столь выражены и носили недостоверный характер. К тому же в группе сравнения отмечалось некоторое увеличение показателей СРБ, СОЭ и ферритина, клинические признаки катарального воспаления верхних дыхательных путей усиливались. Содержание ферритина имело тенденцию к снижению. Включение в состав комплексной терапии препарата «Казирививмаб + Имдевимаб» способствовало более раннему и достоверному снижению содержания интерлейкина-6.

Выводы. Таким образом исследование продемонстрировало, положительный эффект применения моноклональных антител на ранних стадиях заболевания, которое проявлялось отсутствием или исчезновением клинических признаков заболевания, достоверным снижением интерлейкина-6, а также тенденцией к снижению ферритина, Д-димера, СОЭ и СРБ в крови.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖИГАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

БАФОЕВА З.О., СОБИРОВА Г.Н., УСМАНХОДЖАЕВА А.А., КАРИМОВ М.М.

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

Тадқиқод мақсади. Тошкент тиббиёт академия (ТТА) клиникасида коронавирус билан касалланган беморларнинг жигаридаги ўзгаришларни аниқлаш ва олинган маълумотларни статистик таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. ТТА клиникасида пандемия даврида коронавирус билан

касалланган 685 нафар беморларнинг касаллик тарихлари ўрганилди ва статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқод натижалари. Олинган маълумотлардан шуниси маълум бўлдики 685 та касалларнинг 76% (521 нафар) тузалган, 24% (164 нафар) беморлар жуда оғир ахволда. Жами

беморлардан 54% (371 нафар) аёллар, 46% (314 нафар) эркеклар бўлган. Ёш бўйича: ёшлар 24% (164 нафар)ни, ўрта ёшлилар 31% (210 нафар)ни, қарилар 24% (162 нафар), кексалар 18% (124 нафар)ни ташкил қилган.

Касаллар орасида овқат ҳазм қилиш системаси билан боғлиқ шикоятларни (таъм ва маза сезгиси бузилиши, кўнгил айланиши, қусиш, диарея, қоринда оғриқ бўлиш белгилари) атиги 11,5% (79 киши)да учраган. 685 бемор орасида 26,6% (182 та) сида АЛТ ва АСТ кўрсаткичлари нормадан баланд бўлгани аниқланди. Асосан бу кўрсаткичлар эркекларда ва ўрта ёшлиларда кўпроқ қайд этилди.

Кўпроқ ўрта ёшлиларда ошганлиги учун уларни чуқурроқ таҳлил қилдик ва қуйидагиларни аниқладик. Ўрта ёшлиларда АЛТ ≤ 10 аёлларда 18 нафар, эркекларда 23 нафар. АЛТ ≤ 10 аёлларда 16 нафар, эркекларда 9 нафар. АСТ ≥ 10 аёлларда 24

нафар, эркекларда 22. АСТ ≤ 10 аёлларда 7 нафар, эркекларда 18 нафар. АСТ ошиши АЛТга нисбатан кўпроқ учради.

182 нафар беморлар орасида жигар циррози, турли этиологияли гепатитлар, касалликнинг оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичларининг кўпроқ қисми тўғри келди.

Хулоса. Ўтказилган ретроспектив анализдан кейин шундай хулосага келиндикки, овқат ҳазм қилиш системаси шикояти ЖССТ статистикаси бўйича касалларнинг 15% да, трансаминаза ва билирубин ферментлари 19% да нормадан кўплиги, касалхонада овқат ҳазм қилиш системаси шикояти 11,5% касалларда, трансаминаза ва билирубин ферментлари 26,6% беморда ошганлиги маълум бўлди. Асосан ўрта ёшлилар ва эркекларда ферментлар кўпроқ ошган. Касалликнинг оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичларининг катта фоизи эркекларга тўғри келган.

ПОСТКОВИД АСОРАТЛИ БЕМОРЛАРДА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИНГ ЎРНИ

БАФОЕВА З.О., СОБИРОВА Г.Н., ЖУМАЕВА Г.А., УЛМАСБЕКОВ А.К., КАРИМОВ М.М.

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

Тадқиқод мақсади. COVID-19 ўтказган асорат сифатида руҳий бузилишлар кузатилган беморларда нейрореабилитацияни ўтказиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Беморларимиз Республика 2-сонли Зангиота касалхонасида ётиб даволанган, руҳий бузилишлари асорати қолган $n=36$ та бемор асосий гуруҳ сифатида танлаб олинди. Уларнинг 12 нафари эркеклар (33%), 24 нафари аёллар (67%) эди. Касалларимизнинг ўртача ёши 45,7 ёшни ташкил қилди. Назорат гуруҳдаги беморлар Тошкент тиббиёт академияси 2 клиникасидаги 20 нафар беморлар бўлди. Уларнинг 16 нафари эркеклар (73%), 4 нафари аёллар (27%) эди. Касалларимизнинг ўртача ёши 46,2 ёшни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморлар учун махсус реабилитация дастури ташкил қилиниб, уларга йога машқлари, аутотренинглар, мусиқа терапияси ва сайр

муолажалари ўтказилди. Бу ҳолат 3 ой давомида олиб борилди ва назорат қилинди. Назорат гуруҳ беморларимизга БЖССТ тавсияларига амал қилиш айтиб ўтилди.

Тадқиқод натижалари. 3 ойдан кейинги натижалар HADS сўровномаси орқали баҳоланди. Асосий гуруҳ беморларимизда реабилитацияга 9 балл билан баҳоланган бўлса, реабилитациядан сўнг 5 балл билан баҳоланди. Реабилитацияни ўтмаган беморларимизда 3 ой олдин 8,7 балл билан баҳоланган бўлса, 3 ойдан сўнг 8 балл билан баҳоланди.

Хулоса. Юқоридаги кузатувлардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки, постковид асоратларнинг давоси бу тўғри танланган ва ташкил этилган реабилитациядир. Олинган натижалардан ҳам яхши натижаларга эришиш учун эрта реабилитацияни бошлаш мақсадга мувофиқ бўларди.

ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

ВАЛИЖАНОВА З.И.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при НОК РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить особенности влияния пробиотиков на физическую активность юных спортсменов.

Материал и методы. В исследовании участвовали 44 юных спортсмена, средний возраст от 16±2,2 года, контрольную группу составили 16 подростков, не занимающихся спортом. Основную группу юных спортсменов поделили на 2 подгруппы: в 1 подгруппе спортсмены не принимали пробиотик *L. plantarum*, во 2 подгруппе принимали пробиотик *L. plantarum*. Исследованы были лактат, аммиак, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), креатинкиназа (КК мм-фракцию) и миоглобин в сыворотке крови. Свободные жирные кислоты в сыворотке определяли количественно с использованием колориметрического набора и методом иммуноферментного анализа (ELISA). Также используя иммуноферментный метод исследовали в сыворотке крови содержание цитокинов- TNF-α, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10.

Результаты исследования. Полученные результаты проведенных исследований показали,

что у юных спортсменов, которые в течение длительного времени принимали пробиотики *L. plantarum*, значительно снизилось содержание креатинкиназы. Схожие результаты были получены относительно таких показателей, как показатели, связанные с мышечными травмами (ЛДГ) и усталостью (лактат, СЖК). Однако маркеры про- (TNF-α, IL-6) и анти- (IL-10) воспаления индуцировали интенсивными упражнениями были значительно улучшены благодаря вмешательству *L. plantarum*. Таким образом, *L. Plantarum* может стать потенциальным альтернативным эргогенным средством для улучшения здоровья спортсменов и населения в целом.

Выводы. Было доказано, что *L. Plantarum* оказывает благотворное влияние на поддержание работоспособности при физических нагрузках, что стало возможным благодаря модуляции воспаления, окисления и метаболизма. Таким образом, пробиотики можно рассматривать как альтернативный вариант пищевых добавок не только для повышения производительности, но и для физиологической адаптации

РАЗВИТИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ДАДАБАЕВА З.И., ДАДАБАЕВ Э.В., ШОКИРОВ Ш.Т., БАКИРОВ Г.З., ФОЗИЛОВ А.В., АЛЯВИ Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить причины развития и этиологические особенности постхолецистэктомического синдрома в условиях Андижанской области

Материал и методы. В исследование включили больных, обратившихся в Республиканский центр экстренной медицинской помощи Андижанского филиала, в Многопрофильный медицинский центр Андижанской области и в ООО «Допплер мед сервис» в 2020–2022 годах с желтухой, покраснением мочи и болями в эпигастральной области. Которым после ряда диагностических исследований, включающих ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лабораторные методы исследования и, конечно же, физикальные методы исследования, было определено что желтуха является механической желтухой, вследствие билиарной гипертензии.

Всех исследуемых больных объединяла проведенная холецистэктомия из анамнеза.

Результаты исследования. По сложившемуся к настоящему времени мнению, симптомокомплекс постхолецистэктомического синдрома, развивающийся после холецистэктомии, может быть обусловлен: функциональными нарушениями моторики билиарного тракта, связанными с удалением желчного пузыря; сохраняющимися после операции изменениями химизма желчи, характерными для ЖКБ; наличием органических препятствий желчеоттоку. Основной целью исследования является определение причины развития постхолецистэктомического синдрома в условиях Андижанской области.

Было зарегистрировано общим количеством 167 больных. У всех больных развивалась механическая желтуха. У 114 из них были больные с диагнозом холедохолитиаз, что составило 68%

из всех больных. У 20 больных диагноз холангит, 12%. Также причиной билиарной гипертензии оказались и онкологические заболевания. У 8 больных новообразование головки поджелудочной железы, 5% и у 10 больных, что составило 6%, онкопатология самого общего желчного протока включающая новообразование Фатерова сосочка и холангиокарциному. У 2 больных сужение и перегиб общего желчного протока, 1%. Стенозирующий папиллит у 3 больных, 2%. Папиллярные дивертикулы у 6 больных, 3,5%. Полип общего желчного протока у 3 больных, 2%. Также у 1 больного была обнаружена фасциола, паразит, проживающий в полости общего желчного протока, 0,5%.

Выводы. Из проделанных работ можно сделать выводы, что у всех больных с

постхолецистэктомическим синдромом было отмечено развитие механической желтухи, что стало причиной обращения больных в стационар. Больше больных с камнями общего желчного протока, далее следует холангиты, онкологические заболевания гепатобилиарной системы и новообразования других органов, развивающие билиарную гипертензию. Дивертикулы и стенозирующие папиллиты тоже имеют место быть. Также отмечались анатомические повреждения холедоха в виде сужения и перегиба, осложнение которых развивало желтуху. Также был еще отмечен уникальный случай – обнаружение фасциолы, паразита, обитающее в полости общего желчного протока, препятствующий оттоку желчи.

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ У БОЛЬНОЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ В УЗБЕКИСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ДАМИНОВ Б.Т.^{1,2}, САБИРОВ М.А.¹, ХАТАМОВ Э.А.^{1,2}, АЗИЗОВ С.К.¹, ШАРАПОВ О.Н.^{1,2}, СУЛТОНОВ Н.Н.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Больная Ф., 39 лет, с диагнозом хронический гломерулонефрит, смешанная форма, морфологически неуточненный, ХБП, 5д стадия. В течение 9 лет регулярно получает гемодиализ. Обратилась в 14.06.2022 в наш центр, с выявленной беременностью 18 недель.

В анамнезе: она болеет с 22 лет, когда при осмотре нефролога была обнаружена и выставлен диагноз ХГН, смешанная форма. Находилась под контролем нефролога до 2009 года, когда была развита ХБП, а в 2013 году тХПН, после чего больной была рекомендована заместительная почечная терапия. С 2013 года она получает регулярный гемодиализ, больная получала ГД нерегулярно: 2 раза в неделю и длительностью меньше 4 часов. Акушерский анамнез – 1 срочные роды (2004 г.), без особенностей и 1 медицинский аборт в срок 11-12 недели (2008 г.). Во время осмотра участкового врача была заподозрена беременность и по результатам двух последовательных проведенных скрининга в 08.06.2022 и 13.06.2022 была выявлена беременность, 18 недель, без патологий и с прогрессированием, после чего больная обратилась в наш центр. По данным лабораторно-инструментальных обследований: ОАК: гемоглобин – 81, эритроциты – 2,7, лейкоциты – 8,5, нейтрофилы – 8,81, лимфоциты – 2,54, моноциты – 0,94, тромбоциты – 192, СОЭ – 63. ОАМ: белок – 0,3, лейкоциты – 15-20, эпителий – 4-5, эритроциты – 1-2. Биохимия крови: АЛТ – 21, АСТ – 21, ЩФ – 84, общий билирубин – 5, мочевины – 6,9, креатинин –

284, общий белок – 63, ферритин – 2826,2, кальций – 2,01, фосфор – 0,75, холестерин – 6,3, глюкоза – 4,2. Коагулограмма – АЧТВ – 29,3 сек, МНО – 0,88%, фибриноген – 5,02г/л. ПТГ – 445,8 пг/мл. Гормоны: ХГ – 263240 мIU/мл, свободный эстриол – 2,82. ВИЧ, гепатиты В, С, ТОРЧ инфекции отрицательны. На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 82 уд.в.мин. На УЗИ почек выявлено двухстороннее сморщивание обеих почек. Больная была информирована в отношении риска, который имеет беременность для гемодиализных пациенток, но от прерывания беременности по медицинским показаниям она отказалась. Вследствие чего, ей было решено продолжать проведение сеансов гемодиализа, но с более интенсивным режимом и жестким соблюдением графика. В связи с этим ее перевели на четырехчасовой и трехразовый режим в неделю. В качестве антианемической терапии использовались препараты железа, эритропоэтин, фолиевая кислота. Во время сеансов ГД использовался гепарин, для предотвращения тромбоэмболических осложнений. После этих коррекций показатели больной стали улучшаться. Больная переносила сеансы ГД удовлетворительно, цифры АД оставались в пределах нормы, уровень гемоглобина повысился до 95г/л. Для оценки развития плода проводились скрининг обследования в 01.08.2022 и 23.08.2022, по данным которых беременность прогрессировала, выявлено умеренное многоводие, при доплерографии – нарушение кровообращения

1 степени. В сроке беременности 29-30 недель (06.09.2022 г.) Ф. поступила в плановом порядке в отделение патологии беременности. Учитывая состояние плода, резистентную анемию у матери, было решено провести естественные роды. Утром 07.09.2022 в 09:00 больной проведен сеанс гемодиализа 240 минут в гемодиализном отделении, в 14:45 больная была переведена в родильное отделение. В тот же день, в 16:50 родился живой недоношенный мальчик, весом 1554 гр., длиной 42 см, с оценкой по

шкале Апгар 5/7 баллов. Недоношенный новорожденный соответствует сроку гестации 29 недель. Ребенок находился в отделении патологии новорожденных, под контролем неонатологов. Были проведены Кувезное выхаживание, респираторная терапия НСРАР, лечение – Курасурф, антибактериальная терапия (амписул, меркацин). Мать продолжила получать консервативное лечение. В течении 5 дней стационарного лечения в стабильном состоянии были выписаны домой.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

ЖАНАБАЕВА Г.У.^{1.}, АХМЕДЖАНОВА З.И.^{2.}, ПАЛУАНИЯЗОВА Э.М.^{3.}

^{1,3}Каракалпакский республиканский территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии, Нукус, Республика Каракалпакстан, ²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение сопутствующих заболеваний и психологического состояния у пациентов с витилиго, проживающих в условиях Приаралья.

Материал и методы. Было обследовано 44 пациента с витилиго, в возрасте от 18 до 65 лет, проходивших лечение в Каракалпакском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии, из них мужчин было больше – 64%, женщины составили 36%. Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно (общий анализ крови, ферменты, билирубин, сахар крови, УЗИ). Оценку психологического состояния провели тестированием по шкале Цунга. Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными программами из пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты исследования. Средняя продолжительность заболевания у обследованных пациентов с витилиго составила 7 лет. Анализ результатов клинического исследования показал, что у обследованных больных у 18% была гипертоническая болезнь, у 2,2% выявлен сахарный диабет 2-го типа, у 86,3% выявлена патология желудочно-кишечного тракта – дискинезия желчевыводящих путей и желчекаменная болезнь, хронический холецистит, жировой гепатоз, хронический гастрит. Патология щитовидной железы

выявлена у 18,1% больных витилиго. Анализ результатов клинического исследования выявил, что среди обследованных пациентов с витилиго у 45% больных установлена – акрофасциальная форма, когда патологический процесс локализовался преимущественно на коже лица, кистей и стоп, у 32% пациентов очаги витилиго располагались на коже туловища, у 11% имеется фокальная форма, у 7% больных сопровождался полной депигментацией кожи, у 5% – болезнь Сеттона. Тестирование психологического состояния обнаружило, что различной степени выраженности депрессия имела место у 73% пациентов. Высокий уровень тревожности обнаружен у 11% пациентов, средний уровень тревожности – у 34%, и у 28% – легкой степени. Нормальное состояние выявлено у 27% пациентов. У пациентов с витилиго, сопровождающихся соматической патологией и изменением психологического состояния, кожный процесс носил преимущественно распространенный характер и более тяжелое течение.

Выводы. Проведенные исследования показали, влияние сопутствующей патологии и психологического состояния на изменение тяжести и характера протекания витилиго у пациентов, проживающих в регионе Приаралья, диктует необходимость оптимизировать тактику ведения и лечения данной патологии с учетом сопутствующих заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

ЗАХИДОВА М.У.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка результатов скринингового исследования беременных с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы.

Материал и методы. В скрининговое исследование были включены беременные взятые на диспансерный учет по беременности в семейной поликлинике города Ташкента с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы и ассоциированными клиническими состояниями. Общее количество беременных с этой патологией составило 409 беременных. На участие в исследовании отбирались беременные со сроком беременности 8-12 недель. Средний возраст беременных в первой группе составил $27,5 \pm 0,93$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) $18,0 \pm 0,48$. Во второй группе средний возраст беременных $27,2 \pm 0,87$, а ИМТ $22,0 \pm 1,58$, а с низкой массой тела (ИМТ $< 18,5$) – 9 (2,2%) женщин. На основании полученных данных все беременные были разделены на две группы, так 1-я группа беременных с инфекционными заболеваниями МВС (обострение хронического пиелонефрита, гестационный пиелонефрит, бессимптомная бактериурия) составила 241 (58,9%), 2-я группа – это беременные с экстрагенитальной патологией- 168 (41%) женщин. Математическая обработка всех полученных в ходе исследования результатов выполнялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. По результатам скрининга обострение хронического пиелонефрита выявлено у 86 (35,6%) беременных, чаще при второй и последующей беременности. Гестационный пиелонефрит выявлен у 52 (21,5%) пациентов, распространенность бессимптомной бактериурии была самой высокой и составила 103 (42,7%). В исследуемой группе у беременных с гестационным пиелонефритом ($n=52$) наиболее распространенным экстрагенитальным заболеванием явилось подверженность инфекционным заболеваниям (ОРВИ, грипп) – 13 (25%), на втором месте по выявляемости - анемия беременных средней степени ($Hb < 89$ г/л) – 9- 19,2%. В группе беременных, у которых выявлена варикозная болезнь составило 3 (5,7%). Наличие избыточной массы тела выявлено у 7 (13,7%) беременных, ожирение у 1 (1,9%) женщин. У беременных с обострением хронического пиелонефрита ($n= 86$) выявлено умеренно выраженная анемия ($Hb < 90$ г/л) у 18 (20,9%), частота встречаемости инфекционно-вос-

полительных заболеваний составило 17 (19,7%), варикозная болезнь у 2-х (2,3%) беременных, низкая масса тела 1 (1,2%), избыточная масса тела у 16 (18,6%), ожирение у 9 (10,4%), миопия у 7 (8,1%). У беременных с бессимптомной бактериурией ($n=103$) у 31 (30%) женщин этиологическим фактором воспаления является инфекционно-воспалительные заболевания, на втором месте это женщины с избыточной массой тела 16 (15,2%), анемия умеренной степени ($Hb < 90$ г/л) у 12 (11,6%), варикозная болезнь у 4 (3,8%), низкая масса тела также у 4 (3,8%) беременных, ожирение у 7 (6,7%), миопия у 6 (5,8%) беременных. Таким образом, самыми распространенными заболеваниями в первой группе исследуемых являются инфекционно-воспалительные заболевания, на втором месте - это распространение анемии умеренной степени и на третьем месте- женщины с избыточной массой тела. Анализ группы беременных с экстрагенитальной патологией ($n=168$) показал, что среди беременных приверженность к инфекционным заболеваниям очень высока -58 (34,5%), анемия умеренной степени у 34 (20,2%), избыточная масса тела у 35 (20,8%), миопия у 27 (16,1%), ожирение у 16 (9,5%), варикозная болезнь 11 (6,5%), низкая масса тела у 9 (5,3%).

Выводы. Как видно из проведенного исследования экстрагенитальная патология очень распространена среди беременных в амбулаторной практике. В связи с этим при ведении беременных в амбулаторных условиях врачам специалистам необходимо учитывать возникновение неблагоприятных исходов для матери, плода и новорожденного. Экстрагенитальные заболевания доминируют в списке ведущих причин материнской смертности. Женщины среднего и позднего репродуктивного возраста чаще имеют отклонения в состоянии здоровья, поскольку с возрастом отмечается снижение индекса здоровья в целом. Знание влияния ЭГЗ и технологий их лечения на течение беременности и развитие плода, а также влияния самой беременности на ЭГЗ позволяют рационально сочетать профилактические мероприятия для сохранения здоровья женщины и получения здорового потомства. В частности, решению данной проблемы способствуют междисциплинарный подход, улучшение подготовки врачей при диагностике ЭГЗ и ведении беременных, включая консультирование перед зачатием.

АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

ЗАХИДОВА М.У.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенностей лабораторных показателей у беременных с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы и ассоциированными клиническими состояниями.

Материал и методы. В скрининговое исследование были включены беременные взятые на диспансерный учет по беременности в семейной поликлинике города Ташкента с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы и ассоциированными клиническими состояниями. Общее количество беременных с этой патологией составило 409 беременных. Беременные 1-й группы с воспалительными заболеваниями МВС составила 241 (58,9%), 2-я группа – это беременные с экстрагенитальной патологией- 168 (41%) женщин (группа сравнения). На участие в исследовании отбирались беременные со сроком беременности от 8 до 12 недель. Средний возраст беременных в первой группе составил $27,5 \pm 0,93$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) $18,0 \pm 0,48$. Во второй группе средний возраст беременных $27,2 \pm 0,87$, а ИМТ $22,0 \pm 1,58$. Математическая обработка всех полученных в ходе исследования результатов выполнялась методами вариационной статистики. Для оценки достоверности количественных показателей, имеющих непрерывные значения, будет использован t - критерий Стьюдента.

Результаты исследования. У всех женщин взятых на диспансерный учет по беременности в общем анализе крови наблюдается снижение гемоглобина, т.е. имеется анемия легкой степени (показатель гемоглобина на уровне 110-90 г/л). Так, в первой группе беременных средний показатель гемоглобина составил $108,05 \pm 4,02$ г/л, тогда как во второй группе показатели гемоглобина составил $105,96 \pm 0,69$ г/л. Показатель лейкоцитов крови и СОЭ в первой группе составили $7,16 \pm 0,12 \cdot 10^9/\text{л}$ и СОЭ $16,6 \pm 0,6$ мм/ч, во второй группе $7,2 \pm 0,15 \cdot 10^9/\text{л}$ и СОЭ $15,8 \pm 0,70$ мм/ч. На основании этих данных, по значению гемоглобина, лейкоцитов и СОЭ в изучаемых группах не прослеживается значимых различий. На следующем этапе анализируем значение удельного веса мочи в исследуемых группах. В первой группе беременных он составил $1015,14 \pm 0,38$ г/л, а во второй группе составил $1017,05 \pm 0,48$ г/л. Анализ содержание белка в моче показал, что в первой группе исследуемых у 157 беременных имеется протеинурия, что составило 65,1%. Из них, следы белка в моче наблюдалось у 18 (15%) женщин, протеинурия до 0,033% имело место у 139 (57,6%), протеинурия

до 0,066% отмечалась у 14 (5,8%), а протеинурия до 0,099% у 4 (1,6%) женщин. Во второй группе исследуемых наличие белка наблюдалось у 25 (14,8%), из них следы белка в моче выявлено у 22 (13%), протеинурия до 0,033% у 2 (1,19%), и протеинурия до 0,066% имелось у 1 (0,6%) женщин. Потеря значительного количества белка с мочой приводит к гипоальбуминурии, отечности и повышает риск возникновения преэклампсии и эклампсии в данной категории женщин. Анализ среднего количества переходных эпителиальных клеток в моче беременных показал высокое его содержание. Так, в первой группе беременных количество эпителиальных клеток в моче в среднем составил $15,26 \pm 0,44$ в поле зрения (в норме от 0-3 в поле зрения), а во второй группе этот показатель составил $14,18 \pm 0,47$ в поле зрения ($p < 0,05$). В первой группе среднее содержание лейкоцитов в моче составило в среднем $8,32 \pm 0,42$ в поле зрения (норма 0-5/1), а во второй $6,79 \pm 0,36$ в поле зрения ($p < 0,001$). Таким образом, содержание переходного эпителия в моче по сравнению с нормой выявило пятикратное увеличение показателя. В исследовании проанализировано содержание эритроцитов в единице объема мочи по пробе Нечипоренко. Показатели эритроцитов в единице объема мочи (в 1 мл), которые составили в первой группе $Z = 1501 \pm 59,18$ (норма до 1000 в 1 мл), а во второй группе Z составил $1249,15 \pm 47,48$ ($p < 0,001$). Следовательно, в первой группе беременных показатели эритроцитов выше в 1,5 раз, а во второй группе выше в 1,25 раз по сравнению с нормой. Эти данные свидетельствуют о воспалительном поражении мочевыводящих путей и почек. Наличие солей в мочевом осадке указывает на нарушение обменных процессов в организме и ведёт к изменению реакции мочи в кислую или щелочную сторону [5]. В первой группе женщин кристаллы мочевой кислоты обнаружены у 7 (9,4%) беременных, а во второй группе у 7 (4,1%). Соли в почках с содержанием уратов в первой группе обнаружены у 32 (13,2%), а во второй группе у 15 (8,9%) женщин. Соли с содержанием оксалатов обнаружены в первой группе у 30 (12,4%), а во второй группе у 33 (13,6%). Фосфатные соли в первой группе беременных обнаружены у 5 (7%) беременных, а во второй группе этот показатель составил 18 (10,7%) (рис 2). Таким образом, содержание солей в моче в первой группе беременных выше: так, наличие кристаллов мочевой кислоты в 1-й группе превышено в 2,3 раза, наличие уратных камней превышено в 1,4

раз, наличие фосфатных и оксалатных камней в группе сравнения выше, чем в основной. Анализ наличия бактериурии в исследуемых группах показал, что в группе с сочетанной патологией бактериурия в моче обнаружена у 234 (97%) беременных. В группе с экстрагенитальными заболеваниями бактериурия обнаружена у 92 (54,7%) беременных. Таким образом, в обеих группах беременных в общем анализе мочи обнаружены бактерии. Если в первой группе это может быть связано с воспалительным процессом в мочевыделительной системе, то во втором случае-это признаки бессимптомной бактериурии. В исследуемых группах анализ коагулограммы показал, что в первой группе женщин время рекальцификации составил $106,10 \pm 0,38$ с, а во второй группе $105,49 \pm 0,51$ с ($p < 0.05$). Показатели тромботеста и гематокрита оказались в пределах нормы. Показатель фибриногена в группе с экстрагенитальной патологией составил $323,21 \pm 3,64$ г/л, оказался выше, чем в группе с патологией МВС - $313,18 \pm 1,48$ г/л. Анализ биохимических показателей крови беременных выявил повышенное количество билирубина у беременных с экстрагенитальной патологией $13,55 \pm 1,58$ против $9,4 \pm 0,55$ в группе с воспалительными заболеваниями МВС ($p < 0,05$). Показатель аланинаминотрансферазы (АЛТ) в первой группе составил $18,2 \pm 0,42$, но во второй группе этот показатель выше и составил $19,19 \pm 0,46$. Показатель Аспартатаминотрансферазы (АСТ) в первой группе составил $17,15 \pm 0,3$, а во второй группе $18,07 \pm 0,39$. Креатинин крови в обеих группах находился в пределах нормы ($44-97$ мкмоль/л), но в первой группе оказался выше, и составил $67,64 \pm 0,67$ мкмоль/л, против $59,08 \pm 0,96$ мкмоль/л во второй группе. Норма мочевины в крови составляет у женщин от

2,5 до 8,3 ммоль/л. В исследуемых группах у беременных с патологией МВС средний уровень мочевины оказался выше ($9,21 \pm 1,63$ ммоль/л), чем во второй группе ($4,76 \pm 0,03$ ммоль/л). При беременности снижение общей концентрации белка в плазме крови обусловлено как частичным разведением, в результате задержки жидкости в организме, так и понижением концентрации альбумина. Исследования общего белка в крови у беременных показал снижение среднего показателя белка в крови до $57,86 \pm 0,16$ г/л в группе беременных с патологией МВС и увеличение содержания белка в крови у беременных с ЭГЗ до $74,28 \pm 0,65$ г/л.

Выводы: 1. Содержание белка в моче в группе с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы на 42,9% выше, чем среди беременных с экстрагенитальной патологией.

2. Содержание переходного эпителия в моче по сравнению с нормой выявило пятикратное увеличение показателя.

3. Содержание солей в моче в первой группе беременных выше: так, наличие кристаллов мочевой кислоты в 1-й группе превышено в 2,3 раза, наличие уратных камней превышено в 1,4 раз, наличие оксалатных камней превышено 2,09 раз, но наличие фосфатных камней во второй группе больше на 1,5 раз. В обеих группах беременных в общем анализе мочи обнаружены бактерии.

4. В биохимических анализах показатели креатинина, мочевины в первой группе беременных выше, по сравнению со второй группой.

5. Во второй группе беременных показатели общего билирубина, АЛТ, АСТ и общего белка выше, чем в группе с патологией МВС и ЭГЗ.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА МЕДИКАМЕНТОЗ РЕАБИЛИТАЦИЯДАН КЕЙИНГИ, ЦИТОЛИТИК КЎРСАТКИЧЛАР ДИНАМИКАСИ

КАРИМОВ М.М., СОБИРОВА Г.Н., БАФОЕВА З.О., МУХИДДИНОВА Ф.М., ТУЛЯГАНОВА Ш.Р.

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

Тадқиқод мақсади. Республика махсус 2-сонли Зангиота касалхонасидаги коронавирус билан касалланган 67 нафар беморларни 3 ойдан сўнг, жигар ва ўт йўлларидаги ўзгаришларни аниқлаш ва олинган маълумотларни таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика махсус 2-сонли Зангиота касалхонасидаги коронавирус билан касалланган 67 нафар бемор, 3 ойдан сўнг қайта лаборатор текширувдан ўтказилди. Текширув АлАТ, АсАТ таҳлилидан иборат бўлди.

Тадқиқод натижалари. 67 нафар беморлар урсодезоксихолик кислотани $10-15$ мг/кг дан кунига 2–3 марта, 90 кун давомида истеъмол қилишди. Уларда жинс нисбатлари, эркаклар 36 нафар (53,7%), аёллар 31 (46,3%) нафар, ёш бўйича эса 14,9% (12 нафар) қарилар, 43,3% (28 нафар) ўрта ёшлилар, 41,7% (27 нафар) ёшлар. 67 нафар беморлар реабилитация маршрутизация шкаласи билан баҳоланиб, улардан 58 нафари реабилитацияга муҳтож деб топилди. Биз 58 нафар беморни ёш бўйича ажратиб чиқдик, 41,4%

(24 нафари) ёшлар, ўрта ёшлилар 43,1% (25 нафар), қарилар 15,5% (9 нафар).

Лаборатор таҳлиллар ўтказилганда, қуйидаги натижалар қайд этилди. Олдинги таҳлилларда АсАТнинг бошланғич ўртача даражаси 37.57 ± 27.43 га, 3 ойдан кейин эса 21.6 ± 8.55 ни, АлАТнинг эса ўртача даражаси 43.4 ± 31.59 га, 3 ойдан кейин эса 34.55 ± 13.52 ни кўрсатди.

58 нафар касалда лаборатор, яъни қоннинг биокимёвий таҳлилини ўтказдик ва қуйидаги натижаларга гувоҳ бўлдик. Лаборатор текширувларни таҳлил қилганимизда 22 нафар (37,9%) кишида жигар ферментлари ошганлиги аниқланди. Улардан 24 нафар ёшлардан 17 нафарида, 25 нафар ўрта ёшлилардан эса 5 нафарига жигар ферментлари ошгани аниқланди.

Беморларнинг умумий гуруҳида 3 ойдан сўнг ўртача жигар ферментларининг меъёрлашуви кузатилиб, таҳлиллар 22 беморда, кўрсаткичлар юқори бўлиб қолганини кўрсатди. 22 бемор орасида ёшлар устун келди (17 бемор). Шуни таъкидлаш керакки, жигар ферментлари юқори бўлган беморларнинг ушбу гуруҳида ТМИ кўрсаткичлари юқори бўлган, яъни ферментларнинг узоқ муддатли кўпайиши бўлган ёш беморлар, кўп ҳолларда семизлик кузатилган.

Хулоса. 3 ойдан кейинги натижалар шуни кўрсатдики, 58 нафар касалдан 22 нафарида цитолитик кўрсаткичлар ошган, улардан 17 нафари ёшларни ташкил қилди. АлАТ ва АсАТ кўрсаткичлари ошган ёшлар орасида ортиқча вазн ва семизликнинг турли даражалари аниқланди.

НАФАС МАШҚЛАРИНИНГ ПОСТКОВИД АСОРАТЛИ БЕМОРЛАРДА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

КАРИМОВ М.М., БАФОЕВА З.О., СОБИРОВА Г.Н., ДЁМИН Н.А.

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

Тадқиқод мақсади. Коронавирусни ўтказган ва нафас тизими аъзолари патологиясига хос ўзгаришлари бўлган беморларга реабилитацияни ўтказиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Беморларимиз Республика 2-сонли Зангиота касалхонасида ётиб даволанган, руҳий бузилишлари асорати қолган $n=54$ нафар бемор асосий гуруҳ сифатида танлаб олинди. Уларнинг 40 нафари эркаклар (75%), 14 нафари аёллар (25%) эди. Касалларимизнинг ўртача ёши 43,7 ёшни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги беморлар Тошкент тиббиёт академияси 2 клиникасидаги 20 нафар беморлар бўлди. Уларнинг 14 нафари эркаклар (78%), 6 нафари аёллар (22%) эди. Касалларимизнинг ўртача ёши 46,2 ёшни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморлар учун махсус реабилитация дастури ташкил қилиниб, уларга динамик, статик ва махсус нафас машқлари ҳафтасига 3 марта 40-45 дақиқа давомида олиб борилди. Бу ҳолат 3 ой

давом этди ва назорат қилинди. Назорат гуруҳ беморларимизга БЖССТ тавсияларига амал қилиш айтиб ўтилди.

Тадқиқод натижалари. 3 ойдан кейинги натижалар Генче ва Штанге нафас функционал синамалари орқали баҳоланди. Асосий гуруҳ беморларимизда реабилитацияга 33 сек. билан баҳоланган бўлса, реабилитациядан сўнг 55 сек. билан баҳоланди. Реабилитацияни ўтмаган беморларимизда 3 ой олдин 34 сек. билан баҳоланган бўлса, 3 ойдан сўнг 38 сек. билан баҳоланди.

Хулоса. Юқоридаги кузатувлардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки, постковид асоратларнинг давоси бу тўғри танланган ва ташкил этилган реабилитациядир. Олинган натижалардан ҳам яхши натижаларга эришиш учун эрта реабилитацияни бошлаш мақсадга мувофиқ бўларди.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЯ

КОДИРОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить причины, побуждающие молодых людей курить, и влияние табака на способность мозга собирать логическую информацию.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 29 студентов ТТА 3-4 курсов. Возраст студентов: 20-23 года. Средний возраст: 20,2

года. Им были розданы анкеты, состоящие из специальных вопросов и их ответы были проанализированы.

Результаты исследования. Анализ показал, что основными причинами, побуждающими молодых людей к курению, являются: имитация курящих людей (друзей, родителей) – 34,2%,

курение из любопытства – 22,1%, развлечение – 17,4%, получить авторитет – 11,2%,» хотели похудеть – 7,5% были угнетены чем-то в жизни – 7,6%. При изучении ответов курящих студентов установлено, что 21,2% курящих студентов учатся хорошо, 49,7% учатся средне, 29,1% учатся плохо. У 13 курящих студентов под влиянием курения наблюдалось ухудшение запоминания – на 8,4%, сложения цифр – на 6,5% и точности стирания букв – на 9,7%, у 34,6% случаев отмечали у себя частые головные боли, головокружение, 24,5% случаев наблюдали плохое усвоения учебного материала, рассеянность внимания. Эти явления вызваны снижением насыщения крови кислородом из-за воздействия курения, что вызывает дефицит кислорода и повреждение головного мозга. Многие медицинские исследования показывают, что у курильщиков с годами развивается «никотиновый синдром», то есть зависимость организма от никотина.

Выводы. При регулярном курении человека в коре головного мозга курильщика формируются прочные условно-рефлекторные связи, которые постепенно приводят к коварной табачной (никотиновой) зависимости. Поначалу кратковременное улучшение кровообращения головного мозга после выкуривания одной-

двух сигарет кажется повышающим работоспособность, но это «ложный стимул».

В результате попадания с кровью в центральную нервную систему (ЦНС) токсичных веществ, содержащихся в табачном дыме, нарушается протекание электрохимических процессов в нервной ткани, что сопровождается гибелью нейронов. Вследствие этого у курящего человека ухудшаются мыслительные процессы, снижение активирующей способности мозга при решении задач, ухудшается память, ослабляется внимание, замедляются рефлексы. Из-за частого и регулярного курения активирующая способность мозга в виде сбора логической информации рано истощается.

Таким образом от воздействия никотина страдает интеллектуальная деятельность человека, многим без сигареты становятся не под силу умственные задачи, снижается память, ослабевает логическое мышление.

В настоящее время курение воспринимается обществом как вредная привычка, которая связана с возможным риском для здоровья в далеком будущем. В нормативных документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дано определение табакокурения как хронической рецидивирующей болезни с формированием зависимости.

ЗНАЧЕНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

НУРАЛИЕВА Д.М., КИРЕЕВ В.В., МУХАМЕДОВА М.Г.

Военно-медицинская академия Вооружённых сил, Институт иммунологии и геномики человека АН Руз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение уровня витамина Д в периферической крови у больных с кардиологическими постковидными синдромами.

Материал и методы. Обследовано 170 пациентов с кардиологическими постковидными синдромами (средний возраст $42 \pm 4,2$ года), разветвившимися спустя 2-3 недели после перенесённого КОВИД-19 с поражением легких и последующим разрешением очагов поражения. Диагноз КОВИДА подтверждался методом ПЦР. Ранее у пациентов не наблюдалось патологии сердечно-сосудистой системы и пациенты, у которых в анамнезе были сердечно-сосудистые заболевания, после перенесенного КОВИД-19 наблюдалось ухудшение тяжести течения заболеваний. Из общего числа обследованных пациентов у 35 развился перикардит (средний возраст $40 \pm 2,8$ года), у 40 – артериальная гипертензия, сочетающаяся с дислипидемией (средний возраст $38 \pm 2,3$ лет), у 45 ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточности (ИБС+АГ+ХСН) (средний возраст

$48 \pm 3,2$ года), у 50 миоэндокардит (средний возраст $28 \pm 3,4$ года). У пациентов определялся в периферической крови витамин Д методом ИХЛА. Контрольная группа составила 35 практически здоровых пациентов.

Результаты исследования. У больных с перикардитом уровень витамина Д составил $28,2 \pm 2,5$ ng/ml, при артериальной гипертензии, сочетающейся с дислипидемией, – $11,5 \pm 2,0$ ng/ml, у больных с артериальной гипертензией в сочетании с ИБС и ХСН – $18,9 \pm 3,0$ ng/ml, при миоэндокардите – $11,1 \pm 2,8$ ng/ml, значения витамина Д в контрольной группе составили $38,0 \pm 3,2$ ng/ml.

Из полученных данных видно, что у пациентов всех исследуемых групп отмечается достоверное снижение уровня витамина Д в сравнении с контрольной группой. Так у пациентов с перикардитом уровень витамина Д снижался в 1,34 раза по сравнению со здоровыми лицами, при артериальной гипертензии, сочетающейся с дислипидемией в 3,2 раза, при артериальной

гипертензии в сочетании с ИБС и ХСН – в 2,01 раза, при миоэндокардите – в 3,42 раза.

Таким образом, наибольшее снижение уровня витамина Д происходит при миоэндокардите, а наименьшее – при перикардите.

Вывод. У больных с кардиологическими постковидными кардиологическими синдромами происходит достоверное снижение уровня витамина Д в периферической крови, что требует назначения витамина Д с целью коррекции уровня витамина Д.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИНГ ЮРАК РЕМОДЕЛИНГИГА ТАЪСИРИ

САИДАКБАРОВА Ф.Т., СРОЖИДИНОВА Н.З.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. Артериал гипертензияли (АГ) ва қандли диабет (ҚД) 2 тури бор беморларда юрак ремоделингини қиёсий баҳолаш.

Материал ва усуллари. Тадқиқодга 428 нафар АГли беморлар олинди. Беморларнинг ўртача ёши 62.13 ± 1.2 ёш, уларнинг 34% ини эркак ва 66% ини аёллар ташкил қилди. Миокарднинг структур-функционал ҳолати ва ремоделланиш жараёни доплер – ЭхоКГ усули билан баҳоланди. Текширув Америка Эхокардиография Ассоциацияси тавсияларига асосан М ва В режимда трансоракал усул билан амалга оширилди.

Текширувга сақланган отиш фракциясили беморлар олинди. Статистик таҳлил IBM SPSS 27.0 дастурий пакети ёрдамида бажарилди.

Тадқиқод натижалари. Беморлар ҚД 2-тури борлигига кўра 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ ҚД 2-тури бор бўлган АГли беморлар ($n=132$ та) ва 2-гуруҳ ҚД 2-тури йўқ бўлган АГли беморлар ($n=296$ та) киритилди. ҚД давомийлиги 8.05 ± 6.26 йилни ташкил қилди. Иккала гуруҳ ёши, жинси, амбулатор СҚБ ва ДҚБ кўрсаткичлари билан ўзаро таққосланди. СҚБ ва ДҚБ кўрсаткичлари таққосланганда ўзаро фарқ топилмади. Марказий гемодинамика кўрсаткичлари таққосланганда 1-гуруҳда бу ўлчамлар катта эканлиги кузатилди: ОСЎ – 3.49 ± 0.43 см vs 3.37 ± 0.34 см, $p=0.0016$; ОДЎ – 5.18 ± 0.44 см vs 5.11 ± 0.4 см, $p=0.076$. ОДХ – 130.2 ± 24.3 мл vs 125.5 ± 22.6 мл, $p=0.06$; ОСХ – -51.8 ± 14.8 мл vs 47.6 ± 12.7 мл, $p=0.003$; қоринчалараро тўсиқ ва чап қоринча орқа девори қалинлиги ҚД 2-турли гуруҳда статистик ишончли даражада қалин эканлиги аниқланди – ҚАТҚ – 1.21 ± 0.12 мм vs 1.18 ± 0.13 мм, $p=0.013$;

ЧҚОДҚ – 1.21 ± 0.12 мм vs 1.17 ± 0.14 мм, $p=0.003$; чап қоринча отиш фракцияси иккала гуруҳда сақланган бўлса ҳам, гуруҳлар ўзаро ишончли фарқ қилди: $60.71 \pm 5.54\%$ vs $62.49 \pm 4.7\%$, $p=0.001$. ҚД 2-тур беморларда ЧҚММ (256.89 ± 56.5 г/м² vs 240.0 ± 57.01 г/м², $p=0.005$) ва ЧҚММи (165.84 ± 31.29 г/м² vs 154.99 ± 34.98 г/м², $p=0.0020$). ҚДсиз беморларга қараганда статистик ишончли юқори бўлди. Чап қоринча гипертрофияси ҚДли беморларда кўпроқ учраши аниқланди: 87% vs 79% ($\chi^2=2.7, p=0.09$).

ҚДли беморлар гуруҳида чўққи тезлиги кўрсаткичлари статистик ишончли даражада паст эканлиги аниқланди: Е чўққи – 0.64 ± 0.14 м/с vs 0.67 ± 0.15 м/с, $p=0.031$; А чўққи – 0.77 ± 0.14 м/с vs 0.86 ± 0.72 м/с, $p=0.039$; Е/А нисбати ҚДли гуруҳда сезиларли паст эканлиги аниқланди: Е/А – 0.86 ± 0.27 м/с vs 0.79 ± 0.20 м/с, $p=0.009$. Чап қоринча диастолик функцияси баҳоланганда 1-гуруҳда кўпроқ беморларда бу фаолият бузилганлиги аниқланди: 96% vs 90% ($\chi^2=2.8$, $p=0.09$). Шу билан бирга ҚД давомийлиги деворларни нисбий қалинлиги ($r=0.2$, $p<0.001$), ОДЎ ($r=0.11$, $p=0.021$), ОСЎ ($r=0.14$, $p=0.002$), қоринчалараро тўсиқ қалинлиги ($r=0.29$, $p=0.001$), чап қоринча орқа девор қалинлиги ($r=0.18$, $p=0.001$), ЧҚММ ($r=0.18$, $p=0.001$), ЧҚММи ($r=0.28$, $p=0.001$), ЧҚГ ($r=0.10$, $p=0.036$), ЧҚДД ($r=0.24$, $p=0.001$) ўртасида тўғри корреляцион боғланиш ОФ ($r=-0.13$, $p=0.004$) билан тескари корреляцион боғланиш борлиги аниқланди.

Хулоса. Қандли диабет касаллиги юрак ремоделлигининг ривожланишига таъсир кўрсатади, унинг давомийлиги эса бу жараённи кучайтиради.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ОРАСИДА ТУРЛИ ОРГАН ВА СИСТЕМА КАСАЛЛИКЛАРИ УЧРАШИНИ СТАТИСТИК ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

СОБИРОВА Г.Н., БАФОЕВА З.О., НАСИМОВ Р.Х., ТАЖИБАЕВ А.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқод мақсади. ТТА клиникасида коронавирус билан касалланиб, ётиб даволанган беморларда турли хил орган ва система касалликлар учрашини аниқлаш ва статистик таҳлил қилиш. Касаллар орасида ёндош касалликлардан кўпроқ қайси бири учрашини аниқлаш. Қайси ёндош касалликлари бор беморларда коронавирус оғир кечганини аниқлаш ва шу беморларга чуқурроқ ёндашиш.

Материал ва усуллар. ТТА клиникасида 19 июлдан 16 август 2020 йилгача пандемия даврида коронавирус билан касалланган 685 нафар беморлар қабул қилинган ва даволанган. Клиника архивида ретроспектив усулда беморларнинг касаллик тарихи билан танишиб чиқдик ва керакли маълумотларни қайд этиб бордик. Маълумотларни ёш, жинс, ташхис, лаборатор кўрсаткичлар ва олинган натижалар бўйича сараладик.

Тадқиқод натижалари. Олинган маълумотлардан шуниси маълум бўлдики 685 та касалларнинг, 76% (521 нафар) тузалган, 24% (164 нафар) беморлар жуда оғир ахволда. Жами беморлардан 54% (371 нафар) аёллар, 46% (314 нафар) эркаклар бўлган. Ёш бўйича: ёшлар 24% (164 нафар)ни, ўрта ёшлилар 31% (210 нафар) ни, қариялар 24% (162 нафар), кексалар 18% (124 нафар)ни ташкил қилган.

Касалларнинг деярли барчаси коронавирус билан гумон қилинганлар, 2–3% ўпканинг сурункали касалликлари, 7–8% да коронавирус тасдиқланган ва колганларда зотилжам ташхиси қўйилган.

Беморларнинг 89% томоқда оғриқ, йўтал, иситма, ҳолсизлик, нафас қисиши ва қовурға остида оғриққа шикоят қилган. 11%да булардан ташқари диарея, иштаҳасизлик, анорексия каби шикоятлар билан мурожаат қилган.

Ёндош касалликлар учраши бўйича: қандли диабет 11% (76 нафар), юрак ишемик касаллиги 18% (126 нафар), гипертония касаллиги 18% (121 нафар), сийдик йўллари инфекцияси 3,6% (25

нафар), МНС интоксикацияси 4,8% (33 нафар), астено невротик синдром 2% (14 нафар), анемия 2% (15 нафар), семизлик 1,8% (12 нафар), бронхит 2,5% (17 нафар), бронхиал астма 0,4% (3 нафар), ўпканинг сурункали обструктив касалликлари 1,2% (8 нафар), жигар циррози 0,9% (6 нафар), пиелонефрит 0,9% (6 нафар)лиги маълум бўлди.

Олинган лаборатор кўрсаткичларда деярли барчада умумий қонда ЭЧТ ва лейкоцитлар ошганини, қон биохимиясида 26,6% да АЛТ, АСТ ва билирубин ошганини, қон ивиш вақти узайганлигини кўришимиз мумкин.

Ўпка рентгенологик текширувида кўпчиликда пневмония, МСКТ текширувида эса 45–60% «матовое стекло» белгилари аниқланди. Касаллар орасида овқат ҳазм қилиш системаси билан боғлиқ шикоятларни (таъм ва маза сезгиси бузилиши, кўнгил айнаши, қусиш, диарея, қоринда оғрик бўлиш белгилари) атиги 11,5% (79 нафар)да учраган. 685 бемор орасида 26,6% (182 нафар)ида АЛТ ва АСТ кўрсаткичлари нормадан баланд бўлгани аниқланди. Асосан бу кўрсаткичлар эркакларда ва ўрта ёшлиларда кўпроқ қайд этилди.

Кўпроқ ўрта ёшлиларда ошганлиги учун уларни чуқурроқ таҳлил қилдик ва қуйидагиларни аниқладик: ўрта ёшлиларда АЛТ ≤ 10 аёлларда 18 нафар, эркакларда 23 нафар. АЛТ ≤ 10 аёлларда 16 нафар, эркакларда 9 нафар. АСТ ≥ 10 аёлларда 24 нафар, эркакларда 22. АСТ ≤ 10 аёлларда 7, эркакларда 18 нафар. АСТ ошиши АЛТга нисбатан кўпроқ учради. 182 нафар беморлар орасида жигар циррози, турли этиологияли гепатитлар, касалликнинг оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичларининг кўпроқ қисми тўғри келди.

Хулоса. Ўтказилган ретроспектив анализдан кейин шундай хулосага келиндикки коронавирус билан касалланган беморларда ёндош касалликлардан ЮИҚ, ГК ва қандли диабет кўпроқ аниқланди. Қолган касалликлар учраш фоизлари камроқ. Асосан ёши катталарда ёндош касалликлар кўпроқ учради.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖИГАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

СОБИРОВА Г.Н., БАФОЕВА З.О., КАРИМОВ М.М., УЗАКОВ Ж.К., МУМИНОВА З.А.

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

Тадқиқод мақсади. ТТА клиникасида коронавирус билан касалланиб, ётиб даволанган беморларнинг жигаридаги ўзгаришларни аниқлаш ва олинган маълумотларни статистик таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. ТТА клиникасида пандемия даврида коронавирус билан касалланган 685 нафар беморлар қабул қилинган ва даволанган. Клиника архивида ретроспектив усулда беморларнинг касаллик тарихи билан танишиб чиқдик ва статистик тадқиқот ўтказдик.

Тадқиқод натижалари. Олинган маълумотлардан шуниси маълум бўлдики, 685 нафар касалларнинг 76% (521 нафар) тузалган, 24% (164 нафар) беморлар жуда оғир ахволда. Жами беморлардан 54% (371 нафар) аёллар, 46% (314 нафар) эркаклар бўлган. Ёш бўйича: ёшлар 24% (164 нафар) ни, ўрта ёшлилар 31% (210 нафар)ни, қарилар 24% (162 нафар), кексалар 18% (124 нафар)ни ташкил қилган.

Касалларнинг деярли барчаси коронавирус билан гумон қилинганлар, 2–3% ўпканинг сурункали касалликлари, 7–8% да коронавирус тасдиқланган ва қолганларда зотилжам ташхиси қўйилган. Беморларнинг 89% томоқда оғрик, йўтал, иситма, ҳолсизлик, нафас қисиши ва қовурға остида оғриққа шикоят қилган. 11%да булардан ташқари диарея, иштаҳасизлик, анорексия каби шикоятлар билан мурожаат қилган.

Ёндош касалликлар учраши бўйича: қандли диабет 11% (76 нафар), юрак ишемик касаллиги 18% (126 нафар), гипертония касаллиги 18% (121 нафар), сийдик йўллари инфекцияси 3,6% (25 нафар), МНС интоксикацияси 4,8% (33 нафар), астено невротик синдром 2% (14 нафар), анемия 2% (15 нафар), семизлик 1,8% (12 нафар), бронхит 2,5% (17 нафар), бронхиал астма 0,4% (3 нафар), ўпканинг сурункали обструктив касалликлари 1,2% (8 нафар), жигар циррози 0,9% (6 нафар),

пиелонефрит 0,9% (6 нафар)лиги маълум бўлди. Олинган лаборатория кўрсаткичларда деярли барчада умумий қонда ЭЧТ ва лейкоцитлар ошганини, қон биохимиясида 26,6% да АЛТ, АСТ ва билирубин ошганини, қон ивиш вақти узайганлигини кўришимиз мумкин. Ўпка рентгенологик текширувида кўпчиликда пневмония, МСКТ текширувида эса 45–60% «матовое стекло» белгилари аниқланди.

Касаллар орасида овқат ҳазм қилиш системаси билан боғлиқ шикоятларни (таъм ва маза сезгиси бузилиши, кўнгил айнаши, қусиш, диарея, қоринда оғрик бўлиш белгилари) атиги 11,5% (79 нафар) да учраган. 685 бемор орасида 26,6% (182 нафар) ида АЛТ ва АСТ кўрсаткичлари нормадан баланд бўлгани аниқланди. Асосан бу кўрсаткичлар эркакларда ва ўрта ёшлиларда кўпроқ қайд этилди. Кўпроқ ўрта ёшлиларда ошганлиги учун уларни чуқурроқ таҳлил қилдик ва қуйидагиларни аниқладик: ўрта ёшлиларда АЛТ ≤ 10 аёлларда 18 нафар, эркакларда 23 нафар. АЛТ ≤ 10 аёлларда 16 нафар, эркакларда 9 нафар. АСТ ≥ 10 аёлларда 24 нафар, эркакларда 22. АСТ ≤ 10 аёлларда 7, эркакларда 18 нафар. АСТ ошиши АЛТга нисбатан кўпроқ учради. 182 нафар беморлар орасида жигар циррози, турли этиологияли гепатитлар, касалликнинг оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичларининг кўпроқ қисми тўғри келди.

Хулоса. Ўтказилган ретроспектив анализдан кейин шундай хулосага келиндикки, овқат ҳазм қилиш системаси шикояти ЖССТ статистикаси бўйича касалларнинг 15% да, трансаминаза ва билирубин ферментлари 19% да нормадан кўплиги, Ўзбекистонда овқат ҳазм қилиш системаси шикояти 11,5% касалларда, трансаминаза ва билирубин ферментлари 26,6% беморда ошганлиги маълум бўлди. Асосан ўрта ёшлилар ва эркакларда ферментлар кўпроқ ошган. Касалликнинг оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичларининг катта фоизи эркакларга тўғри келган.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЛЕОГЛИЦИРФЛОМ ПРИ ТЕРАПИИ COVID-19

ТУРСУНОВА М.Х., АМИНОВ С.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Фармакологические исследования драже «Леоглицирфлом», разработанные на кафедре «Технология лекарственных форм» Ташкентского фармацевтического института.

Материал и методы. Противовоспалительное действие драже «Леоглицирфлом» изучали в сравнении с препаратом «Сироп солодкового корня», производства НПП «Radiks», Узбекистан,

по методу «формалинового отёка лапы у крыс» на 24 белых крысах, массой тела 180 – 230 г обоего пола. У крыс предварительно трижды измеряли объём лапки в норме. За исходный объём считали среднее значение из трёх измерений. Острую воспалительную реакцию (отёк) воспроизводили субплантарным (между 1 и 2 пальцами левой задней лапки) введением 0,1 мл 2% раствора формалина. Выраженность воспалительной реакции оценивали через 3 ч и 5 ч после индукции воспаления по изменению объёма лапы с помощью плетизмометра – водяной камерой диаметром 24 мм с изогнутой отводящей трубкой.

Противовоспалительный эффект (ПВЭ) вычисляли по формуле:

$$\text{По ПВЭ} = 1 - (\text{По} : \text{Пк}) \times 100, \text{ где}$$

По – прибавка объёма лапки в опытной группе,

Пк – прирост объёма лапки в контрольной группе.

Из драже «Леоглицирфлом» приготовили 1% водный раствор, который вводили однократно внутривентрально с помощью специального зонда в дозах 100 мг/кг и 200 мг/кг 2 раза в день (в первые сутки) и за 45 минут до введения формалина на вторые сутки (профилактическое введение). Сироп солодкового корня также вводили однократно внутривентрально 2 раза в день (в первые сутки) и за 45 минут до введения формалина на вторые сутки (профилактическое введение) в объёме 1 мл. Для эксперимента крыс разделили на 4 группы по 6 голов в каждой.

Результаты исследования. Результаты, полученные при оценке противовоспалительной активности драже «Леоглицирфлом», показали,

что через 3 часа после индукции воспаления эффект 1% водный раствор драже в дозе 100 мг/кг составил 29% по сравнению с контролем. Введение 1% водного раствора драже «Леоглицирфлом» в дозе 100 мг/кг через 5 часов достоверно уменьшил отёк воспалённой лапки на 36% по сравнению с контролем. В аналогичных условиях ПВЭ 1% водного раствора драже «Леоглицирфлом» в дозе 200 мг/кг через 3 часа составил 36%, а через 5 часов 46%. При изучении противовоспалительного действия «Сиропа солодкового корня», производства НПП «Radiks», Узбекистан, было выявлено, что ПВЭ препарата через три часа после введения формалина составил 40%, а через 5 часов 50%.

Таким образом, изучение противовоспалительного действия 1% водного раствора драже «Леоглицирфлом», показало, что препарат в дозе 100 мг/кг оказал достоверное противовоспалительное действие, а в дозе 200 мг/кг оказал более выраженное противовоспалительное действие и по своему действию не уступил «Сиропу солодкового корня».

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволяют теоретически обосновать и экспериментально подтвердить, что изученное новое лекарственное средство Леоглицирфлом – драже обладает фармакотерапевтической эффективностью, что позволяет рекомендовать его для профилактики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей, а также позволит пополнить арсенал лекарственных препаратов, используемых при симптоматической терапии COVID-19.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БЕМОЛЛАРИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИ ИНГИБИТОРЛАРИНИНГ БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШ МАРКЁРЛАРИГА ТАЪСИРИ

УЗАКОВА Н.И.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигини диабетга боғлиқ ривожланиши мавжуд беморларда 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторларини қўллаш билан буйрак шикастланиш маркёрларини яхшилаш орқали даволашни муқобиллаштириш.

Материал ва усуллари. Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволанган ва кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, қандли диабет этиологияли нефропатиялар асосида шаклланган СБКнинг II ва III А-босқичидаги беморларнинг 103 нафари танлаб олинди. Улар тасодифий икки гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ (n-54) фақат аъъанавий даво, яъни, сурункали буйрак касаллигини

даволаш стандартларига мувофиқ терапия билан кифояланишган. 2-гуруҳга (n-47) эса аъъанавий давога қўшимча 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторлари сарасига мансуб эмпаглицлозин препаратини (эмпаглицлозин 10 мг 1 таб/сут.) уч ойга тавсия этилди. Барча беморлардан даволаш бошида ва тадқиқот сўнгида умумий пешоб таҳлили ва альбуминурия текширилди. Натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Диабетик нефропатия генезли сурункали буйрак касаллиги мавжуд беморларда буйрак шикастланиши маркёрлари турли даволаш схемалари фонидаги ўзгаришлари динамикаси қуйидаги манзарани намоён этди. 1-гуруҳда протеинурия тадқиқот бошида $2,31 \pm 0,21$ г/л. бўлиб, тадқиқот сўнгида $1,96 \pm 0,19$ г/л.га

ишончсиз пасайди. 2-гурӯҳда эса протеинурия тадқиқот бошида $2,27 \pm 0,25$ г/л.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг $1,36 \pm 0,23$ г/л.гача ишончли ($p < 0,01$) пасайгани нафақат аниқ рақамларда, балки статистик таҳлил натижаларида ҳам ўз тасдиғини топди. Эритроцитурия 1-гурӯҳда тадқиқот бошида $8,3 \pm 0,67$ донани ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $6,2 \pm 0,74$ донага кам ишончли ($p < 0,05$) камайгани кузатилди. 2-гурӯҳда эса эритроцитурия тадқиқот бошида $8,5 \pm 0,61$ дона бўлиб, уч ойдан сўнг $4,1 \pm 0,61$ донагача ишончли ($p < 0,01$) пасайгани аниқланди. Цилиндрурия 1-гурӯҳда тадқиқот бошида $7,4 \pm 0,54$ донани ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $5,9 \pm 0,43$ донага ишончсиз камайди. 2-гурӯҳда эса тадқиқот бошида $7,2 \pm 0,35$ дона бўлиб, уч ойдан сўнг цилиндрурия $3,9 \pm 0,41$ донагача ишончли ($p < 0,01$) пасайгани аниқланди. Гломеруляр шикастланишларнинг энг ишончли маркёрларидан ҳисобланадиган альбуминурия

анъанавий даво билан кифояланган 1-гурӯҳда тадқиқот бошида $56,7 \pm 2,43$ мг/сут. қийматга эга бўлиб, тадқиқот сўнгида $49,8 \pm 2,17$ мг/сут.га кам ишончли ($p < 0,05$) пасайди. Анъанавий давога қўшимча эмпаглифлозин препаратини қабул қилган 2-гурӯҳда эса альбуминурия тадқиқот бошида $54,9 \pm 2,58$ мг/сут.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг у $39,3 \pm 2,29$ мг/сут.гача ишончли ($p < 0,001$) пасайгани нафақат аниқ рақамларда, балки статистик таҳлил натижаларида ҳам ўз тасдиғини топди.

Хулоса. Диабетик нефропатия беморларида буйрак шикастланади ва у пешобда протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия ва альбуминурия ортиб кетиши билан намоён бўлади.

Диабетик нефропатия генезли сурункали буйрак касаллигини даволашда эмпаглифлозин тавсия этилганида препаратнинг нефропротектив самараси буйрак шикастланиш маркёрларининг ижобий томонга силжиши билан юзага келади.

ДИАБЕТ ГЕНЕЗЛИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИНИНГ МАКСИМАЛ СИСТОЛИК ТЕЗЛИККА ТАЪСИРИ

УЗАКОВА Н.И.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигини диабетга боғлиқ ривожланиши мавжуд беморларда 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторларини қўллаш билан буйрак ичи гемодинамикаси бузилишларини мувофиқлаштириш.

Материал ва усуллари. Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволанган ва кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, қандли диабет этиологияли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касаллигининг II ва III А-босқичидаги беморларнинг 103 нафари танлаб олинди. Улар тасодифий икки гуруҳга ажратилди. 1-гурӯҳ ($n=54$) фақат анъанавий даво, яъни, сурункали буйрак касаллигини даволаш стандартларига мувофиқ терапия билан кифояланишган. 2-гурӯҳга ($n=47$) эса анъанавий давога қўшимча 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторлари сарасига мансуб эмпаглифлозин препаратини (эмпаглифлозин 10 мг 1 таб/сут.) уч ойга тавсия этилди. Барча беморларда тадқиқот бошида ва уч ойдан кейин буйрак артерияларини қаршилиги ва томирларда қон айланиш тезлигини аниқлаш мақсадида буйрак томирлари доплерографик текшируви ўтказилди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Турли ўлчамдаги буйрак артерияларини доплерография текширувлари асосида олинган натижалар,

яъни, диабетик нефропатия генезли сурункали буйрак касаллиги мавжуд беморларда буйрак ичи гемодинамикаси градиентларини турли даволаш схемалари фонидagi ўзгаришлари динамикаси қуйидаги манзарани кашф этди. Асосий буйрак артерияларида 1-гурӯҳда V_s тах тадқиқот бошида $55,3 \pm 3,27$ см/с. бўлиб, тадқиқот сўнгида $59,4 \pm 3,74$ см/с.га ишончсиз ошди. 2-гурӯҳда эса V_s тах тадқиқот бошида $55,6 \pm 3,91$ см/с.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг у $73,1 \pm 4,11$ см/с.гача ишончли ($p < 0,01$) ошгани статистик таҳлил натижаларида ҳам ўз аксини кўрсатди. Тадқиқот сўнгида 1- ва 2-гурӯҳ беморларининг натижалари ўзаро солиштирилганида орадаги фарқ кам ишончли ($p < 0,05$) ўзгарганлиги статистик таҳлилларда намоён бўлди. Сегментар буйрак артерияларида 1-гурӯҳда V_s тах тадқиқот бошида $39,5 \pm 1,52$ см/с. бўлиб, тадқиқот сўнгида $42,7 \pm 1,44$ см/с.га ишончсиз ошди. 2-гурӯҳда эса V_s тах тадқиқот бошида $40,6 \pm 1,46$ см/с.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг у $47,3 \pm 1,78$ см/с.гача ишончли ($p < 0,01$) ошгани статистик таҳлилларда ҳам ўз аксини топди. Тадқиқот сўнгида гуруҳлар ўзаро солиштирилганида орадаги фарқ кам ишончли ($p < 0,05$) ўзгарганлиги статистик таҳлилларда намоён бўлди. Бўлаклараро буйрак артерияларида 1-гурӯҳда V_s тах тадқиқот бошида $23,8 \pm 0,88$ см/с. бўлиб, даволашдан кейин $26,1 \pm 0,87$ см/с.га ишончсиз ошди. 2-гурӯҳда эса V_s тах тадқиқот бошида $24,9 \pm 0,99$ см/с.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг у $28,6 \pm 0,98$ см/с.га кам ишончли ($p < 0,05$) ошгани статистик таҳлилларда ҳам ўз аксини топди. Тадқиқот сўнгида гуруҳлар

ўзаро солиштирилганида орадаги фарқ ишончсиз ўзгарганлиги кузатилди.

Хулоса. Диабетик нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касалликларидан ташкил топган тадқиқот гуруҳларида эмпаг-

лифлозин препарати буйрак ичи гемодинамикаси-га ижобий таъсир кўрсатади.

У барча ўлчамдаги буйрак артерияларида V тах градиентини ишончли ортиши билан намоён бўлади.

НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

УРУНОВА Д.М., АХМЕДЖАНОВА З.И., АХМЕДЖАНОВ Р.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных болезней, Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ основных причин смертности при ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. Проведен анализ и обработка данных 458 умерших ВИЧ-инфицированных пациентов, находившихся на диспансерном учете в РЦ по борьбе со СПИДом Республики Узбекистана с 2000–2021 годы. У всех диагноз был подтвержден клинически и лабораторно методом ИФА и иммунного блота. Анализировались возраст пациента, стадия ВИЧ-инфекции, показатели CD4 лимфоцитов, вирусная нагрузка, индекс коморбидности, длительность диспансерного наблюдения, наличие вторичных и сопутствующих заболеваний, прием АРТ, длительность АРТ ко времени смерти пациента и причины летального исхода. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.2 (разработчик – ООО «Статтех», Россия)

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола: 69,2% (317) и женщин было – 30,8% (141). Анализ клинической стадии ВИЧ-инфекции показал, что в момент установлении диагноза 26% пациентов были на первой клинической стадии болезни, 18% находились на второй клинической стадии, и доля пациентов на 3 и 4 стадиях составила 56%. Причинами смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов явились острая легочно-сердечная недостаточность у 34%, ВИЧ кахексия у 25%,

острая сердечно-сосудистая недостаточность у 15%, полиорганная недостаточность у 12%, хроническая печеночная недостаточность у 5% и у 2% преднамеренное самоповреждение: механическая асфиксия, травмы, ожоги, утопление водой. Из сопутствующих заболеваний у 10,5% выявлен циррозы печени, у 9% вирусные гепатиты, у 8,1% ИБС. Во время смерти 11,5% пациентов находились на начальных стадиях, 88,5% на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции ($p < 0,001$). Вирусологическая эффективность через 13–20 лет после начала АРТ установлена у 95% пациентов. Не было обнаружено значимых различий в уровне CD4 лимфоцитов у пациентов, получавших АРТ более 13 лет. Установлено, что даже при низком исходном уровне CD4 лимфоцитов (< 200 клеток/мкл) при начале АРТ происходит положительная динамика, но она ослабевает по мере продолжительности жизни.

Выводы. Первичное обращение ВИЧ-инфицированного пациента всегда происходит в практике терапевта, врача общей практики. Проведенный анализ показал, что постановка диагноза у большей части исследованных была на поздних стадиях, что повлияло на выживаемость, увеличение количества сопутствующих заболеваний, с которыми они обращались к терапевту. Результат исследования показал необходимость более ранней диагностики и повышенного внимания врачей первичного звена.

БИОХИМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ ТРЕНИРОВАННОСТИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА АТЛЕТА

УСМАНОВА Л.Н.

Городская клиническая инфекционная больница №1, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка и выявление перетренированности, адекватности физической нагрузки и контроль за процессами утомления и восстановления у спортсменов олимпийских видов спорта по основным клинико-биохимическим по результатам УМО 2024 года.

Материал и методы. В исследуемый период были проведены исследования 180 образцов крови спортсменов по показателям углеводного, белкового и липидного обмена в течение углубленного медицинского осмотра.

У 17% спортсменов наблюдалось перенапряжение мышечной ткани – одна из наиболее частых проблем, с которыми сталкиваются спортсмены при выполнении физической нагрузки высокой интенсивности. На сегодняшний день молекулярная диагностика этого феномена, в основном, базируется на измерении активности в плазме крови различных саркоплазматических ферментов (креатинкиназы, лактатдегидрогеназы, АСТ) молочной кислоты, а также миокардиальной фракции КФК МВ. В норме эти ферменты проникают за пределы клеточной мембраны в незначительных количествах, и повышение их активности в плазме крови отражает значительное изменение проницаемости мембранных структур миоцита, вплоть до его полного разрушения. У спортсменов активность КФК и ЛДГ значительно превосходит таковую, чем у лиц, не занимающихся спортом. Данный факт отражает адаптацию организма спортсмена к ФН высокой интенсивности. Если у нетренированного человека при повреждении скелетной мускулатуры уровни КФК и ЛДГ растут на порядок, то у спортсменов они, зачастую, остаются неизменными. Степень повреждения мышечной ткани высчитывали по индексу (КФК/АСТ). При повышенной активности ферментов, если их соотношение ниже 9 (от 2 до 9), то это связано с повреждением кардиомиоцитов. Если соотношение выше 13 (13–56), то это связано с повреждением скелетной мускулатуры. Значения от 9 до 13 являются промежуточными. Уровень тренированности оценивался по изменению концентрации лактата и кислотно-основным равновесием в крови при выполнении стандартной либо предельной физической

нагрузки для данного контингента спортсменов (31% спортсменов). О более высоком уровне тренированности свидетельствуют меньшее накопление лактата, что связано с увеличением доли аэробных механизмов в энергообеспечении этой работы.

Повышение потребления кислорода мышцами отражается на интенсивности синтеза и распада эритроцитов. Оценка эритропоэза и контроль гемолиза проводился по мониторингу уровня гемоглобина, гематокрита, билирубина (прямого и общего) – показателей повышенного гемолиза. В эту группу вошли 21% спортсменов.

С увеличением уровня тренированности спортсменов увеличивается общая масса крови, что приводит к увеличению концентрации гемоглобина до 160–180 г·л¹ – у мужчин и до 130–150 г·л¹ – у женщин, увеличению скорости утилизации лактата в период восстановления после физических нагрузок. В группу перетренированных (понижение уровня гемоглобина, гематокрита) спортсменов вошли 9% исследуемых спортсменов.

Выводы. Определение биохимических показателей обмена веществ позволяет решать следующие задачи: контроль за функциональным состоянием организма спортсмена, которое отражает эффективность и рациональность выполняемой индивидуальной тренировочной программы, наблюдение за адаптационными изменениями основных энергетических систем и функциональной перестройкой организма в процессе тренировки, диагностика предпатологических и патологических изменений метаболизма спортсменов.

О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ХАЛМИРЗАЕВ Ш., АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., АЛИАХУНОВА М.Ю., ХУДАЙБЕРДЫЕВ Х.Ф.

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

Цель исследования. Изучение лечебных минеральных вод (ЛМВ) Сурхандарьинской области.

Результаты исследования. На территории области распространены различные типы ЛМВ. По химическому, газовому составу и температурным показателям они весьма разнообразны: от слабоминерализованных гидрокарбонатно-сульфатных хлоридных до крепких рассолов хлоридного, кальциевого, натриевого состава, содержащих биохимические активные микрокомпоненты (йод, бром, бор, фтор, железо и др.), от теплых до высокотемпературных.

В результате проведенных исследований, в пределах Сурхандарьинской области выделяется четыре типов ЛМВ:

1. ЛМВ без специфических компонентов и свойств.
2. Лечебные йодные, бромные и йодо-бромные минеральные воды.
3. Лечебные сульфидные (сероводородные) минеральные воды.
4. Азотно-термально-кремнистые минеральные воды.

Сурхандарьинская область характеризуется богатством природы, а перспективы их освоения в туристическом отношении еще более широки. Она является базой для развития индустрии отдыха и лечения, о чем свидетельствуют наличие лечебных минеральных вод, особенно если учесть адаптированность населения к своим условиям.

Йодо-бромные минеральные воды в пределах Сурхандарьинской области изучены на участках нефтегазоносных площадей, и здесь они вскрыты глубокими скважинами. Они широко распространены и приурочены к палеогеновым и меловым отложениям. Крепкие йодо-бромные рассольные воды вскрыты скважинами на участках: Учкызыл, Хаудаг, Ляльмикар, Актау, Каракурт, Кокайты и др. Воды в скважинах напорные, самоизливающиеся с дебитом до 2 л/сек и более. Воды термальные (на устье скважин) 37–40°C. По химическому составу в подавляющем большинстве хлоридные натриевые с концентрацией йода от 5 до 50 мг/л, брома – от 35 до 800 мг/л. Минерализация воды от 35 до 150 и более г/л, газовый состав метановый. Активный отдых, рациональное использование и организация санаторно-курортного лечения с применением ЛМВ вод играют важную роль в устранении неблагоприятных факторов и их последствий воздействия на человека. Изучено более 300 источников, из них используются 30, а 50 источников являются перспективными.

Для оздоровления населения на базе ЛМВ функционируют более 10 санаториев, санаториев-профилакториев и заводов розливов.

Благоприятные погодные условия, наличие разнообразных типов ЛМВ открывают широкую возможность для строительства бальнеологических санаториев или оздоровительных комплексов, с учетом нозологии болезней или потребности населения в санаторно-курортной помощи.

Ниже приводятся минеральные источники, на базе которых рекомендуется строительство санаторно-курортных учреждений: в Термезском районе (Учкызыл), в Денауском районе (Южный Курганча, Далан), в Кумкурганском районе (Ляльмикар), в Шурчинском районе (Коштар), в Бойсунском районе (Ходжак), в кишлаке Худжи родник Обишур.

Выводы. Имеющиеся ресурсы различных типов ЛМВ Сурхандарьинской области свидетельствуют о возможности строительства санаторно-курортных комплексов, а также внекурортного их использования.

ФРАГМЕНТАЦИЯ МАССИВНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОТАЦИОННОГО КАТЕТЕРА «PIGTAIL»

ХОЛИКУЛОВ С.Ш.¹, ВАФОВЕВ М.А.¹, ПИРМАНОВ Ш.В.¹, ЮЛДОШЕВ Н.П.²

¹Многопрофильная частная медицинская клиника «SOG‘LOM HAYOT», ²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования была оценка эффективности и безопасности механической фрагментации острой массивной легочной эмболии с помощью вращающегося катетера типа «pigtail».

Материал и методы. В исследование включены 9 пациентов (3 женщины, 6 мужчин, возраст 51,8±9,5 года) с острой массивной тромбозомболией легочной артерии с гемодинамическими нарушениями. Фрагментационный катетер (William Cook Europe A/S; Бьяерверсков, Дания) состоял из катетера 5F, встроенного в гибкий чехол 5,5F. Легочные эмболы фрагментировались механическим воздействием вращающейся косички, в то время как проводник выходил из овального бокового отверстия проксимальнее кончика косички. В восьми случаях был проведен дополнительный тромболизис.

Результаты исследования. Фрагментация прошла успешно у 8 из 9 пациентов. Средний процент реканализации путем фрагментации

составил 29,2±14,0%, а исключительно из восьми успешных случаев – 36,0±10,0%. Средний индекс шока значительно снизился от префрагментации к постфрагментации с 1,52 до 1,22 (p = 0,03) и до 0,81 через 48 ч (p < 0,001). Снижение среднего артериального легочного давления до и после фрагментации было незначительным (с 32 до 30 мм рт. ст., p = 0,14); дальнейшее снижение в течение 48 ч наблюдения было высокозначимым (с 30 до 20 мм рт. ст., p < 0,001) за счет синергизма фрагментации и тромболизиса (средняя доза активатора плазминогена 63±25 мг). Осложнений, связанных с процедурой, не было. Общий уровень смертности составил 0%.

Выводы. Фрагментация массивной легочной эмболии с помощью катетера с ротационным хвостом в большинстве случаев приводила к быстрой частичной реканализации с легкостью инструментов и без осложнений. Гемодинамическая стабилизация была достигнута в синергии с тромболизисом.

CHARACTERISTICAL TRAITS OF THE MINERAL METABOLISM OF BONES IN GOUTY WOMEN

TASHPULATOVA M.M., NABIEVA D.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

The aim of the study is assessment of the state of mineral metabolism of bones in women with primary gout.

Materials and methods. For the diagnosis of gout, the criteria of Wallace et al. (1997) were used. The state of mineral metabolism was assessed biochemically by the level of total calcium and phosphorus in the blood serum, bone metabolism – by the activity of a bone formation marker (bone isoenzyme alkaline phosphatase – BALP) and a bone resorption marker (TRAP – tartrate-resistant acid phosphatase).

Results. 50 female patients aged 40–70 years with primary gout were examined. Depending on the degree of hyperuricemia, all patients were divided into 2 groups: 1st group (25 patients) with hyperuricemia exceeding 600 $\mu\text{mol/l}$, 2nd group (25 people) with uricemia of 360–600 $\mu\text{mol/l}$. The control group consisted of 20 practically healthy individuals of the corresponding age. All examined patients had similar changes: normal serum calcium level and elevated serum phosphorus values, but the severity of these

changes depended on the degree of hyperuricemia. The serum phosphorus level was significantly higher in the first group of patients ($1,95 \pm 0,02$) than in the second group of patients ($1,48 \pm 0,09$) with the value in the control group ($1,38 \pm 0,04$ mmol/l). We found activation of bone remodeling processes due to insufficient bone formation and increased bone resorption. The activity of BALP was reduced to $48,71 \pm 3,25$ in the 1st group of patients and to $59,12 \pm 4,01$ in the second, while in the control group it was $70,25 \pm 4,32$ U/l. The value of the TRAP indicator exceeded those in the 1st group by 34,2%, in the 2nd – by 18,5% compared with the values in the group of practically healthy patients $12,98 \pm 0,46$ nmol / (s • l). We found a direct correlation ($r = 0,31$) between the level of uric acid and the value of TRAP.

Conclusions. Mineral metabolism of bones metabolism in patients with primary gout change, the severity of which depends on the degree of hyperuricemia. More significant changes in homeostasis are observed with hyperuricemia exceeding 600 $\mu\text{mol / l}$.

CHARACTERISTICAL TRAITS OF THE MINERAL METABOLISM OF BONES IN GOUTY WOMEN

TASHPULATOVA M.M., NABIEVA D.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

The aim of the study is assessment of the state of mineral metabolism of bones in women with primary gout.

Materials and methods. For the diagnosis of gout, the criteria of Wallace et al. (1997) were used. The state of mineral metabolism was assessed biochemically by the level of total calcium and phosphorus in the blood serum, bone metabolism – by the activity of a bone formation marker (bone isoenzyme alkaline phosphatase – BALP) and a bone resorption marker (TRAP – tartrate-resistant acid phosphatase).

Results. 50 female patients aged 40–70 years with primary gout were examined. Depending on the degree of hyperuricemia, all patients were divided into 2 groups: 1st group (25 patients) with hyperuricemia exceeding 600 $\mu\text{mol/l}$, 2nd group (25 people) with uricemia of 360–600 $\mu\text{mol/l}$. The control group consisted of 20 practically healthy individuals of the corresponding age. All examined patients had similar changes: normal serum calcium level and elevated serum phosphorus values, but the severity of these

changes depended on the degree of hyperuricemia. The serum phosphorus level was significantly higher in the first group of patients ($1,95 \pm 0,02$) than in the second group of patients ($1,48 \pm 0,09$) with the value in the control group ($1,38 \pm 0,04$ mmol/l). We found activation of bone remodeling processes due to insufficient bone formation and increased bone resorption. The activity of BALP was reduced to $48,71 \pm 3,25$ in the 1st group of patients and to $59,12 \pm 4,01$ in the second, while in the control group it was $70,25 \pm 4,32$ U/l. The value of the TRAP indicator exceeded those in the 1st group by 34,2%, in the 2nd – by 18,5% compared with the values in the group of practically healthy patients $12,98 \pm 0,46$ nmol / (s • l). We found a direct correlation ($r = 0,31$) between the level of uric acid and the value of TRAP.

Conclusions. Mineral metabolism of bones metabolism in patients with primary gout change, the severity of which depends on the degree of hyperuricemia. More significant changes in homeostasis are observed with hyperuricemia exceeding 600 $\mu\text{mol / l}$.