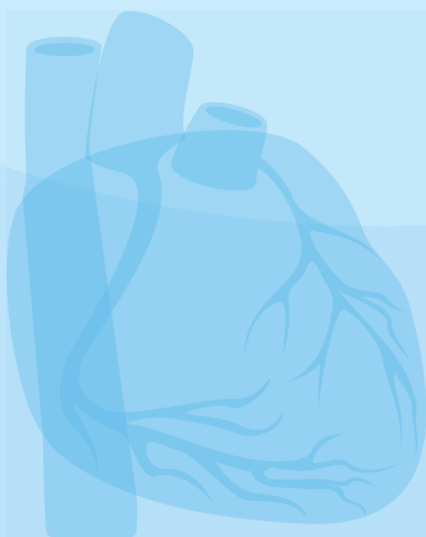


ISSN 2010-6947



O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

2022 № 3 (65)



КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА



O'zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal
2006-yilda tashkil etilgan

№ 3/2022
(65)

КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 2006 г.

№ 3/2022
(65)

Учредитель – Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

2022 №3 (65)

Адрес редакции:

Узбекистан, г. Ташкент, 100052,

Мирзо-Улугбекский район, ул. Осиё, д. 4.

Телефоны: 8–998 (71) 237–38–16, 8–998 (71) 237–33–67

Факс: 234–16–67

Сайт: www.uzcardio.uz

E-mail: cardiocenter@mail.ru

Редакционная коллегия:

Главный редактор Р.Д. Курбанов
Зам. глав. редактора А.Б. Шек
Зам. глав. редактора Р.Ш. Мамутов
Отв. секретарь Н.З. Срождинова
Т.А. Абдуллаев
А.Л. Аляви
М.М. Зуфаров
У.К. Камилова
Ш.Б. Иргашев
У.К. Каюмов
Н.М. Мамасолиев
Н.М. Нуриллаева
Ш.М. Рахимов
Н.У. Шарапов
Г.М. Тулебаева

Редакционный совет:

Д.А. Алимов (Ташкент. Узбекистан)
А.Н. Беловол (Харьков. Украина)
Л.Р. Бобронникова (Харьков. Украина)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
В.А. Джалалова (Самарканд)
А.К. Джусипов (Алматы. Казахстан)
Н.У. Закиров (Ташкент)
С.Д. Искандерова (Ташкент)
Б.А. Магрупов (Ташкент)
Н.А. Мазур (Москва. Россия)
А.С. Джумагулова (Бишкек. Кыргызстан)
А.А. Раимжанов (Фергана)
З.Я. Рахимов (Душанбе. Таджикистан)
А.М. Сагиров (Ургенч)
С.Ю. Турсунов (Андижан)
Н.М. Юлдашев (Ташкент)
З.З. Юнусов (Ташкент)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0024

ISSN 2010–6947

Подписано в печать 14.10.2022. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.

Усл. п.л. . Тираж 300. Заказ № 678.

*Выражаем искреннюю признательность всем нашим коллегам в Узбекистане и странах СНГ,
принимавшим активное участие в выпуске номера журнала.*

Дизайн и печать ООО «Niso Poligraf». Ташкентская область, Урта Чирчикский район,
ССГ «Ок-ота», махалля Машъал, улица Марказий, дом 1.



«ОТ ПРОФИЛАКТИКИ ДО ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ: ДОСТУПНАЯ КАРДИОЛОГИЯ ВО ВСЕХ РЕГИОНАХ СТРАНЫ»

(ХИВА – 2022)

Конкурс молодых ученых

THE SEVERITY OF BENDOPNEA AS A PROGNOSTIC MARKER OF DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE

ABDULAYEVA K.KH. – MASTER'S DEGREE 2-YEAR CARDIOLOGY SPECIALTY
BAKHRIDDINOVA N.M. – MASTER'S DEGREE 2-YEAR CARDIOLOGY SPECIALTY
KODIROV KH.N. – MASTER'S DEGREE 2-YEAR CARDIOLOGY SPECIALTY

*Scientific supervisor-candidate of medical sciences, associate professor Uzbekova N,R
department of faculty therapy Andijan state medical institute*

The aim. The aim of the study was to study the risk of CHF decompensation in patients with preserved left ventricular ejection fraction (LVEF) and bendopnea and the dependence of this symptom on the level of salt intake.

Material and methods. «Management of chronic patients with multiple diseases», which includes 970 women aged 55 years and older and men aged 60 years and older who have at least three of the following chronic diseases: hypertension, coronary heart disease (CHD), CHF, cerebrovascular disease, type 2 diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, chronic kidney disease, atrial fibrillation/flutter. Inclusion criteria were age ≥ 55 years in women and ≥ 60 years in men, diagnosis of CHF with a left ventricular ejection fraction (LVEF) $>35\%$, stable therapy over the last 3 months, and the patient's signed informed consent to participate in the clinical trial. The criteria for non-inclusion were as follows: unlikely cooperation with the patient during the study, low adherence to therapy for social, psychological, economic and other reasons, disability, any cancer, alcohol or drug abuse, planned intervention on the coronary arteries (for example, stent implantation or coronary artery bypass grafting), any other serious surgical intervention.

The presence of bendopnea was evaluated using the previously proposed test after a five-minute rest.

The patient, sitting on a chair, bends forward as if tying shoelaces or putting on socks. If shortness of breath appears within 30 seconds after the start of the test, the patient should inform the doctor about it, who records the time of its occurrence (in seconds). 30 s after the tilt, the sample is stopped. If there is no shortness of breath during the torso tilt, the test is considered negative (no bendopnea).

Statistical analysis. Statistica 10.0 software was used for statistical processing of the obtained data. The normality of the distribution was determined using the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Mirnov criteria. Methods of nonparametric and parametric statistics were used. Quantitative indicators are presented as the mean (M) and standard deviation (SD), or the median, 25 and 75 percentiles. Variance analysis was used to compare the groups. Differences between variables were checked using the analysis of variance, Student's test for the correct distribution, and the Mann-Whitney test for the incorrect distribution. If the data were presented on a nominal scale, differences were assessed using Pearson's χ^2 test. To study the risk and/or chance of occurrence of an event, 2x2 tables were constructed and the relative risk (RR) and odds ratio (OR) were calculated. When testing statistical hypotheses, the null hypothesis was rejected at a significance level of less than 0.05.



Conclusions. We have previously shown that excessive salt intake and changes in natriuresis are also independent and highly significant predictors of decompensation and mortality in patients with CHF [7,8]. In the present study, consumption of more than 10 g of salt per day increased the risk of decompensation of CHF for a year in patients with orthopnea and bendopnea.

Adverse outcomes in patients with bendopnea were also studied by the discoverer of this symptom, J. Thibodeau et al., in 179 outpatient patients with CHF who were followed up for a year. Bendopnea was detected in 18% of them. In this group of patients, there was a 1.9-fold increase in the risk of a combined endpoint that included death, artificial left ventricular implantation, and CHF decompensation ($p < 0.05$) and a 3.1-fold increase in the risk of CHF

decompensation during the first 3 months of follow-up ($p < 0.004$). We did not find a significant association between the risk of decompensation of CHF and the presence of bendopnea, although the increase in risk reached statistical significance when consuming more than 10 g of salt per day. In addition, the risk of decompensation of CHF depended on the time of occurrence of bendopnea after forward tilt: it significantly increased in patients who experienced this symptom during the first 14 hours and 15-20 seconds (HR values were 4.7 and 7.1, respectively). Thus, the greatest risk of CHF decompensation was observed in patients with bendopnea, which occurs within the first 20 s after treatment, as well as with the use of more than 10 g of salt per day, regardless of the time of symptom occurrence.

DYNAMICS OF BLOOD LIPIDS AND PCSK9 IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND HETEROZYGOUS FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA.

DAMINOVA K.M., ALIEVA R.B., ASRAROVA Z.D., YUSUPOVA D.D., AKHMEDOVA SH.S., KHOSHIMOV SH.U., SHEK A.B. RSPCC, TASHKENT UZBEKISTAN

The role of PCSK9 levels and risk factors for the development of diabetes mellitus in patients with stable coronary heart disease continues to be actively studied in the world. In this regard, we set a goal to study the dynamics of the level of blood lipids, highly sensitive C-reactive protein and circulating PCSK9 in patients with CHD and dyslipidemia.

Material and Methods. The study included 36 patients with CHD and heterozygous familial hypercholesterolemia (HeFH, group I). For the diagnosis of HeFH, the Dutch Diagnostic Criteria for Diagnosis (DLCN), which are recommended by the European Atherosclerosis Society, were used. After assessing the initial clinical, hemodynamic and biochemical parameters, CHD patients with HeFH were divided into 2 groups. Group 1 patients included 21 patients with HeFH who were prescribed rosuvastatin at a dose of 20 mg/day. In group 2 patients, fenofibrate at a dose of 145 mg/day was added to treatment with rosuvastatin (20 mg/day) ($n=16$). The group of patients with HeFH of the rosuvastatin monotherapy subgroup (A, $n=21$) and the combination therapy with rosuvastatin and fenofibrate (B, $n=16$) did not differ in baseline gender, age, clinical parameters, and baseline parameters of drugs, hsCP, and PCSK9.

Results. In subgroup B, the levels of TG and VLDL cholesterol also significantly decreased, while in subgroup A, only a downward trend was observed. At the same time, the dynamics of the PCSK9 level in the studied subgroups was multidirectional: in subgroup A, its concentration increased from 730.8 ± 441.4 to 925.2 ± 364.9 ng/ml relative to the initial level ($P < 0.01$),

while in subgroup B it did not change compared to the initial level (769.2 ± 285.0 and 754.3 ± 247.0 ng/ml), respectively, before and after 3 months of treatment.

In a subgroup of patients with HeFH who received a three-month treatment with rosuvastatin, in response to a significant decrease in total cholesterol and LDL cholesterol, there was a significant increase in PCSK9 levels.

In contrast, in the subgroup of patients with HeFH who received combination therapy with rosuvastatin and fenofibrate, along with a decrease in total cholesterol and LDL cholesterol, the concentration of triglycerides in the blood decreased significantly, which indicates a more pronounced effect on atherogenic dyslipidemia. At the same time, the level of circulating PCSK9 did not significantly increase after 3 months of treatment.

Conclusion: Thus, combination therapy with rosuvastatin and fenofibrate had a more pronounced effect on the lipid spectrum and did not lead to a significant increase in PCSK9 levels after 3 months of treatment, which allows us to consider it as a means of choice in patients with coronary artery disease with treatment-resistant atherogenic hypercholesterolemia. However, when choosing a combined treatment in patients with atherogenic dyslipidemia, it is necessary to control the occurrence of muscle symptoms associated with lipid-lowering therapy, which were observed in approximately 25% of the examined patients.

THE ROLE OF METABOLIC THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE

KODIROV KH.N., ABDULAYEVA K.KH, BAKHRIDDINOVA N.M., UZBEKOVA N,R

Andijan state medical institute

The aim. The aim of the study was to study the effect of Eltacin on the dynamics of the clinical status, functional class (FC) of heart failure, and myocardial contractility in patients with CHF 1-3 FC.

Material and methods. The study included 156 patients with CHF 1-3 FC with left ventricular ejection fraction (LVEF) $\geq 35\%$. The first control group (group 1; n=67) included patients who received basic therapy: ACE inhibitors, diuretics, beta-blockers, nitrates. In addition, patients received a placebo drug that was apparently identical to the study drug. In the second group (n=89), basic therapy was supplemented with Eltacin, 1 tablet 3 times daily, for 21 days. Neither the doctor nor the patient was aware of the nature of the drug being taken (placebo or active drug). In addition to general clinical examinations, the dynamics of clinical symptoms, blood pressure levels, parameters of daily Holter ECG monitoring, and a 6-minute walking exercise test were studied in patients at baseline and after the end of the treatment course. Holter ECG monitoring was used to determine the number of episodes of ST-segment depression, the number of episodes of ST-segment elevation, and the number of ventricular and supraventricular events. extrasystole. In addition, the state of oxidative stress was determined by the level of lipid peroxidation products (LPO) and the degree of antioxidant protection (AOP) in the body. The level of malondialdehyde (MDA), which is the end product of LPO, the content of glutathione (GSH), and glutathione-dependent enzymes were determined in all subjects before and after the course of treatment: glutathione peroxidase and glutathione reductase (GSH-P, GSH-R), as well as catalase and superoxide dismutase (SOD) in red blood cells. Analysis of the obtained data (tab. 1 and 2) showed a significant reduction in the level of total cholesterol and triglycerides in the group, hemodynamic parameters improved in both groups, and exercise tolerance increased. A decrease in linear and volumetric parameters of the left ventricle in group 2 had a beneficial effect on stroke volume and ejection fraction. Improvement of these parameters led to a significant improvement in the global systolic function of the left ventricle and, consequently, to an increase

in myocardial contractility. The results obtained in group 1 indicate that placebo treatment did not improve myocardial contractility. The decrease in FC of CHF was statistically significant in both groups (by 19% in the placebo group and by 33% in the Eltacin group). Initially, left ventricular diastolic function was found to be impaired in both groups.

Conclusions The course of treatment performed in the main group had a greater normalizing effect on diastolic dysfunction. This was manifested by a significant increase in the VE value by 14% and a decrease in the isovolumic relaxation time by 13%. In the control group, only a 16% decrease in the value of the latter indicator was significant. Comparative evaluation of Holter ECG monitoring parameters Holter ECG showed that in group 2 there was a significant decrease in the number of episodes of depression and ST-segment elevation (by 86% and 84% versus 83% and 83% in the control group, respectively). In addition, the main group showed a significant reduction in the number of supraventricular extrasystoles by 82%, the dynamics of the number of ventricular extrasystoles was insignificant. After 21 days from the start of taking the drugs, group 2 showed a significant decrease in the level of malondialdehyde, which indicates a decrease in the amount of reactive oxygen species. All indicators of the antioxidant status significantly increased, which indicates the activation of the body's antioxidant defense (AOP). In group 1, there was no significant change in the parameters of oxidative stress. It has been shown that Eltacin is not only a cardioprotector, but also has a meteo-protective effect. During clinical studies, when taking Eltacin 1-3 tablets per day, the sensitivity of *теочувствительность* patients decreased. Conclusion Based on the conducted studies, it can be concluded that the introduction of Eltacin into standard therapy is pathogenetically justified. Purpose for patients with CHF this drug should be started as early as possible. The duration of therapy depends on the patient's condition: the more severe the patient, the longer the course of treatment will be. Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest that requires disclosure in this article.

**ANALYSIS OF CLINICAL AND LABORATORY DATA ASSOCIATED WITH ADVERSE OUTCOMES IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO NEW CORONAVIRUS INFECTION****МАХКАМОВА М.М., НУРИЛЛАЕВА Н.М.***Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan*

Aim: To evaluate the clinical presentation and factors associated with adverse outcomes in hospitalized patients with myocardial infarction associated with COVID-19.

Materials and methods. The study included 85 patients hospitalized in the Intensive care unit of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. Clinical-demographic, laboratory and instrumental indicators, outcomes and associated factors were studied.

Results. The study included 85 patients aged 40 to 75 years (mean age 63 ± 1.2 years), of which 41.1% were over 65 years of age. A frequent combination of COVID-19 with comorbid chronic diseases was established: arterial hypertension (55.4%), obesity (57.6%), history of coronary heart disease (42.3%), atrial fibrillation (8.2%), diabetes type 2 diabetes (DM) (13.0%), oncological diseases (2.3%). 20.0% of patients smoked, chronic lung diseases were observed in less than 9.4%. All patients had a combination of COVID-19 and acute coronary pathology: 37.6% (32) had acute myocardial infarction (MI) and 62.4% (53) had unstable angina. Of the clinical manifestations of COVID-19, 4 symptoms were most often noted: cough (63.5%), weakness (90.5%), shortness of

breath (71.7%) and fever (62.3%). 40% of patients had a feeling of lack of air and pain/compression in the chest, headache – 56.5%, myalgia – 37.6%, anosmia – 20% of patients. According to laboratory blood tests, anemia (55.3%), lymphopenia (42.3%), neutropenia (27%), thrombocytopenia (10.5%), increased levels of C-reactive protein -CRP (73%), interleukin -6 (5%). Invasive artificial lung ventilation was performed in only 18.8% of patients. Hospital mortality was 7%. According to the analysis, the three most significant predictors of the hard endpoint of all-cause death during the hospitalization period were more than 5-fold increase in levels of aspartate aminotransferase and/or alanine aminotransferase compared with the norm; chronic obstructive pulmonary disease, decreased kidney function, type 2 diabetes, and cancer.

Conclusions. The factors associated with adverse outcomes in hospitalized patients diagnosed with myocardial infarction due to COVID-19 have been established, which will allow clinicians to identify patients at a high risk of developing complications in advance, requiring increased attention and more active diagnostic and therapeutic measures at the pre-hospital and hospital stages.

NEOCUSPIDIZATION OF AORTIC VALVE IN THE MODERN STAGES**NAMOZOV X.S.***Karshi branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology*

Introduction. Aortic valve (AV) defects are increasingly common among individuals of young, working age. At present, prosthetics with artificial mechanical and biological heart valves are more often used for stenotic lesion of the AV. A mechanical prosthesis requires constant monitoring of blood rheology, taking anticoagulants, which in turn reduces the patient's quality of life and is associated with complications of anticoagulant therapy. When using biological prostheses, there is a high probability of reoperation in the future, which is associated with an increased risk of complications and mortality. An alternative tactic is plastic reconstruction of the aortic valve by neocuspidization from the autopericardium using the Ozaki technique.

Materials and methods. During 2019 and 2022, 20 plastic reconstructive operations on the aortic valve were performed using the patient's

autopericardium according to the Ozaki method in the Department of Cardiac Surgery of the Karshi Branch of the RSNPMCC. Operations were fulfilled under cardiopulmonary bypass and pharmaco-cold cardioplegia. All patients had various pathologies of the aortic valve (1 patient had a unicuspid valve, 6 had a bicuspid valve, and 13 had a degenerative tricuspid valve). The autopericardium was isolated with a size of 12×12 cm, then it was treated with glutaraldehyde, after excision of the AV leaflets, new leaflets were cut out based on Ozaki templates. New AV leaflets were sutured to the annulus fibrosus, and new commissures were formed. The control was carried out by intraoperative transesophageal echocardiography.

Results. Mean aortic cross-clamping time was 84.3 ± 13.2 minutes, mean EC time was 114 ± 14.5 minutes. In 10 cases, we managed to perform plastic reconstruction of the AV (in 4 cases – bicuspid, in

6 cases – tricuspid). In one case, due to the narrow fibrous annulus of the AC (14 mm), it was not possible to adequately perform neocuspidization, the patient underwent prosthetics with a mechanical prosthesis. There were no cases of complications and mortality. Patients spent an average of 13.4 ± 4.4 hours in the ICU. The duration of hospitalization after surgery was 6.4 ± 1.2 days. In all patients on the control EchoCG, the velocities of the flow to the AV were adequate, the pressure gradient averaged 6–8 mm Hg, and there was no regurgitation.

Conclusion. The modern Ozaki reconstructive technique using the patient's autopericardium for AC neocuspidization allows to effectively and safely restore the hemodynamic characteristics of the AC, enables the patient not to take anticoagulants, and increases the patient's quality of life. Considering the high morbidity of the population with stenotic lesion of the AV, the high efficiency and safety of the Ozaki operation, it should be actively introduced into cardiac surgery.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS COMPLICATED WITH HIGH PULMONARY HYPERTENSION

SAIGANOV V.I.

Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology and Cardiac Surgery of the Aral Sea Region, Khorezm Region, Republic of Uzbekistan.

Ventricular septal defect (VSD) is the most common congenital heart disease, the hemodynamic disturbance of which is based on the discharge of blood from the left ventricle through the defect into the right, leading to overflow of the pulmonary circulation and overload of both ventricles.

The purpose of the study: a retrospective analysis of the results of surgical correction of a ventricular septal defect complicated by high pulmonary hypertension in children of different age groups.

Materials and methods of research: in the period from January 2019 to July 2022, 128 VSD correction operations with high pulmonary hypertension (high PH) were performed at the center. The age of operated children ranged from 3 months to 15 years. Children under 3 years old – 47 (37%), aged 3 to 10 years – 54 (42%), over 10 years old – 27 (21%). Of these, 61 children (48%) are male, 67 children (52%) are female. 71 patients (55%) had an isolated VSD, 35 patients (27%) had a combined VSD with an open foramen ovale, 9 patients (7%) had a combined VSD with aortic valve insufficiency, and 10 patients (8%) had a combined VSD with an open ductus arteriosus, as well as the condition after the Muller operation (narrowing of the pulmonary artery) in 3 patients (2.34%).

The indications for VSD correction were primarily signs of pulmonary hypertension. In the examined 98 patients, the following was revealed: in 74 patients, pulmonary hypertension of the II degree, in 37 patients of the IIIa degree, in 17 patients of the IIIb degree (according to the classification of V.I. Burakovskiy, L.R. Plotnikova, V.A. Bukharin.) 57 (44%) patients in the preoperative period received therapy aimed at reducing pulmonary hypertension.

Results of the study: All patients were operated on under cardiopulmonary bypass and cardioplegia. Most operations were performed under conditions of hypothermic perfusion with the connection of a heart-lung machine through the ascending aorta and vena cava. Myocardial protection was performed by pharmacological cold cardioplegia through the aortic root. The average duration of the aortic clamping period was 28.7 minutes, the average duration of cardiopulmonary bypass was 43.3 minutes. Access to the defect was carried out through the right atrium by diluting the tricuspid valve leaflets in 85 (67%) patients, in 27 (21%) patients an incision was made – a radial dissection of the septal leaflet from the free edge towards the valve annulus (due to the anatomical location of the defect covering it), in 16 (12%) patients access was made through the incision of the right ventricular outflow tract. In 82 (64%) cases, large defects were closed with a synthetic patch, in 14 (11%) cases with xenopericardium. In 7 (7%) patients, there was a minimal reshunt that did not affect hemodynamics. Three children died in the early postoperative period, all had high pulmonary hypertension. Death was due to acute heart failure. Thus, hospital mortality was 3%.

Conclusions: The presence of high pulmonary hypertension negatively affects the results of surgical treatment and significantly increases the risk of heart failure and death. Patients with VSD should undergo surgical correction of the defect before the onset of high pulmonary hypertension. Patients with large VSD complicated by pulmonary hypertension should undergo surgical correction of the defect in early childhood.



DAPAGLIFLOZIN IN MILD HEART FAILURE REDUCED OR STORED EJECTION FRACTION

SAIDOV M.A., ACHILOVA SH.S., KUSHNAZAROV R.S.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology Samarkand branch

The use of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors (SGLT2) reduces the risk of hospitalization for heart failure, and also reduces the frequency of deaths from cardiovascular diseases, chronic heart failure and left ventricular ejection fraction 40% or less. The authors' opinions on the effectiveness of SGLT2 inhibitors in patients with a higher left ventricular ejection fraction differ.

Research methods. We randomized a patient with heart failure and a left ventricular ejection fraction of more than 40% to obtain **dapagliflozin** (at a dose of 10 mg once daily) or corresponding placebo in addition to conventional therapy. The primary result was a combination of deterioration of heart failure (which was defined as unplanned hospitalization for heart failure or an urgent visit for heart failure) or death from cardiovascular diseases, according to the time to the event. The results obtained on average for 6 months the initial outcome occurred in 21 of 131 patients (16.4%) in the Dapagliflozin group and in 25 out of 132 patients (19.5%) in the placebo

group (risk ratio 0.82; 95% confidence interval 0.73–0.92; $p < 0.001$). Deterioration of heart failure occurred in 16 patients (11.8%) in the Dapagliflozin group. In the group and in 19 patients (14.5%) in the placebo group (risk ratio 0.79; 95% CI from 0.69 to 0.91); Cardiovascular death occurred in 10 patients (7.4%) and 11 patients (8.3%), respectively (risk ratio 0.88; 95% CI from 0.74 to 1.05). In total, the increased severity of the symptoms was lower in the Dapagliflozin group than in the placebo group. The results were similar in patients with the left ventricular ejection fraction of 60% or more and with the left ventricular ejection fraction of less than 60%, and the results were similar in pre-certain subgroups, including patients with or without diabetes. The frequency of adverse events was the same in both groups.

Conclusions. Dapagliflozin reduced the combined risk of deterioration of heart failure or death from cardiovascular diseases in patients with heart failure and moderately reduced or preserved ejection fraction.

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПКМП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА

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

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

Цель. Изучить частоту и характер желудочковых нарушений ритма сердца у больных с перипаретальной кардиомиопатией (ПКМП) в зависимости от исходного уровня пролактина в крови.

Материал и методы. Проведен анализ данных 104 пациентов с ПКМП (средний возраст – $28,2 \pm 0,8$ года). Длительность СН – $8,3 \pm 6,7$ месяца. Все больные получали оптимальную медикаментозную терапию СН. В зависимости от уровня пролактина больные были разделены на 2 группы: I группа – 30 больных с ПКМП с повышенным уровнем пролактина более чем 496 uU/ml (ср. $612,2 \pm 65,9 \text{ uU/ml}$), II группа – 74 пациента с уровнем пролактина в пределах нормы и менее 496 uU/ml (ср. $236,3 \pm 75,9 \text{ uU/ml}$). Изучались показатели суточного мониторинга с оценкой частоты и характера желудочковых нарушений ритма сердца (ЖНРС), классифицируемых по Lown.

Результаты исследования. При сравнительном анализе, в зависимости от исходного уровня пролактина, было показано, что общее количество ЖНРС было практически одинаковым в обеих группах и составило в среднем, $456,9 \pm 215,89$ в сутки в 1 группе и $398,69 \pm 315,89$ – во 2-й ($p > 0,05$). Желудочковая эктопическая активность преобладала в дневное время в обеих группах, составив соотношение день/ночь $1,34 \pm 0,3$ в 1 группе и $1,5 \pm 0,44$ – во второй ($p > 0,05$).

Желудочковая политопная эктопическая активность, соответствующая III классу, значимо чаще встречалась у больных с высоким уровнем пролактина, по сравнению с группой сравнения – 19 (63,3%) против 15 (29,7%) ($p < 0,05$). Эпизоды высоких грааций ЖА также чаще регистрировались у больных 1 группы, относительно 2-й группы; Парная ЖЭ IVa класса фиксировалась в 46,7% ($n=14$) и 25% ($n=19$) случаев соответственно ($p < 0,05$). Жизнеопасная форма ЖА IVb класса и короткие

эпизоды желудочковой тахикардии регистрировалась более чем у 40% больных I группы (n=12), а во II группе – 9,5% (n=7) случаев (p<0,05). Устойчивая желудочковая тахикардия, купированная электрической дефибрилляцией, наблюдалась в 1 случае у больной с высоким уровнем пролактина.

Выводы. Таким образом, показано, что при ПКМП с высоким уровнем пролактина в крови значимо чаще наблюдается более частая и сложная желудочковая экстрасистолия, что может носить предиктивную ценность в оценке прогноза таких больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННИМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ (ДПЖС).

АМИРКУЛОВ Р.Ж., ФОЗИЛОВ Х.Г., АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., СУЛТАНОВ Б.А.

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

Актуальность. В настоящее время во всем мире катетерная абляция левосторонних ДПЖС проводится с помощью 2 различных доступов. Это доступ через пункцию межпредсердной перегородки (МПП) или через бедренную артерию, при которых эффективность катетерной абляции не отличается друг от друга. Однако при использовании доступа через пункцию МПП сокращается период госпитализации, а также согласно литературным данным осложнения, связанные с пункцией бедренной артерии.

Цель. Провести анализ эффективности и безопасности результатов внутрисердечного электрофизиологического исследования (ЭФИ) и катетерной абляции пациентов с левосторонними ДПЖС с использованием двух различных доступов.

Материал и методы. За период с 2009 по 2022 г. прооперированы 281 больной с левосторонними ДПЖС. Из них мужчин – 157 (55,9%), женщин – 124 (44,1%). Возраст больных составил от 11 до 77 лет (средний возраст – 32,1±11,9). Манифестирующая форма WPW диагностирована у 177 (63%), скрытая форма у 67 (24%), интермиттирующая форма у 31 (11%) пациента и у 6 (2%) больных WPW феномен.

Результаты. В зависимости от доступа больные были разделены на 2 группы:

1-я группа – доступ через пункцию МПП в 76 (27%) случаях.

2-я группа – ретроградным доступом через пункцию бедренной артерии в 205 (73%) случаях.

Радиочастотная абляция ДПЖС проводилась со следующими параметрами: P = 38,1±5,2 Вт;

T = 55±3,7°C; I = 120±5,3 Ohm и длительностью по 60 сек.

В 1-й группе из 76 больных у 1 (1,32%) с помощью доступа через МПП достичь эффекта не удалось, далее у данного пациента была спунктирована бедренная артерия и ретроградным методом проведена эффективная катетерная абляция ДПЖС.

Во 2-й группе из 205 больных у 2 (0,71%) критериев устранения проведения по ДПЖС достичь не удалось в связи с субэпикардальным расположением пучка. Далее этим пациентам была подобрана антиаритмическая терапия, на фоне которой пароксизмов АВРТ не отмечалось.

Результат показал, что у больных с левосторонними ДПЖС с доступом через МПП эффективность процедуры составляет 98,68%, а у пациентов с доступом через бедренную артерию – 99,29% (X²= 0,09; P=0,765). Периперационных осложнений не было. В период наблюдения от 1 месяца до 3 лет рецидивов тахикардии не наблюдалось.

Выводы. На основании собственных данных было выявлено, что радиочастотная абляция левосторонних ДПЖС с доступом через МПП также является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения больных с ДПЖС, как и с доступом через бедренную артерию. Более того, благодаря доступу через пункцию МПП сокращается период госпитализации, а также исключаются осложнения, связанные с пункцией бедренной артерии.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****БЕКМЕТОВА С.И., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.***Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан*

Цель. Определить особенности деформационных свойств миокарда во взаимосвязи со степенью артериальной гипертензии и наличием/отсутствием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 74 пациента, мужчин и женщин с I–III степенью АГ по классификации (ESC/ESH, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. Средний возраст пациентов составил $58,72 \pm 11,9$ года, средняя длительность АГ – $10,8 \pm 7,2$ года. Speckle-tracking ЭхоКГ выполнялась с целью получения объективной и количественной оценки глобальной и регионарной функции миокарда при обычной 2-мерной ЭХОКГ по технологии векторного анализа движения миокарда (VVI) «ACUSON x 700» PV 2.0 производства SIEMENS. Анализ деформационных свойств миокарда ЛЖ проводился в режиме постобработки с помощью системы System TOMTEC-ARENA Software (TTA2.40.00). Среди многочисленных параметров оценки продольной деформации ЛЖ нами были выбраны: продольная глобальная деформация – S (%) – степень деформации сегмента миокарда в систолу; Strain Rate-SR (с-1) – скорость деформации сегмента миокарда в систолу. Для исследования сегментарной сократимости ЛЖ анализировали апикальные 4-камерное, 3-камерное и 2-камерное сечения, сечение ЛЖ по короткой оси на уровне створок митрального клапана, папиллярных мышц и верхушки. Результаты представлены как $M \pm SD$.

Результаты. С целью изучения деформационных свойств миокарда с учетом степени АГ пациенты были разделены на 3 группы: I группу составили $n=21(28,4\%)$ пациенты с I степенью АГ; II группу составили $n=28(37,8\%)$ пациенты со II степенью АГ; III группу составили $n=25(33,8\%)$ пациенты с III степенью АГ. Сравнительный анализ деформационных свойств миокарда ЛЖ в трех изучаемых группах показал, что у пациентов с III степенью АГ показатели продольной глобальной деформации и скорость деформации миокарда значительно ниже, чем в группах больных с I и со II степенью АГ. В частности, абсолютный показатель продольной глобальной деформации (S) в III группе составил: $10,3 \pm 3,6\%$, тогда как в I группе – $18,1 \pm 4,4\%$ и во II группе – $11,8\%$ ($p=0,000$). Аналогичная картина отмечена по показателю скорости деформации миокарда (SR): $1,0 \pm 0,3$ с-1 против $1,5 \pm 0,6$ с-1 и $1,1 \pm 0,5$ с-1 соответственно ($p=0,001$).

С целью изучения деформационных свойств миокарда с учетом наличия/отсутствия ГЛЖ пациенты были распределены в две группы: группа пациентов с ГЛЖ и группа пациентов без ГЛЖ. В группе пациентов с ГЛЖ абсолютный показатель 6 LS был значительно ниже, составив $14,9 \pm 5,8\%$, чем в группе пациентов без ГЛЖ – $17,9 \pm 6,1\%$ ($p<0,05$); показатель SR в группе пациентов с ГЛЖ был также значительно ниже, составив $1,64 \pm 0,75$ с-1, чем в группе пациентов без ГЛЖ – $1,87 \pm 0,81$ с-1 ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, с повышением степени АГ и наличием ГЛЖ формируются значимые нарушения деформационных свойств левого желудочка у больных АГ.

**РОЛЬ «ТАЙМЕРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО КОРОБКА»
В ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ****БЕКТАШЕВ И.И., КОДИРОВА Г.И.***Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин инвалидности и преждевременной смертности населения. Прогноз при артериальной гипертензии зависит от состояния органов-мишеней, наличия факторов риска и ассоциированных клинических состояний, а также от приверженности больных к проводимой терапии.

Цель исследования. Выявление особенностей течения АГ, определение дополнительных критериев эффективности антигипертензивной терапии, разработка «Таймерного лекарственного коробка» для дифференцированного подхода к лечению АГ в зависимости от клинического варианта заболевания.

Материал и методы исследования. Обследована группа из 40 больных гипертонической болезнью, госпитализированных в клинику АГМИ в отделение кардиологии. Среди пациентов было 19 женщин и 21 мужчина в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст $50,6 \pm 0,7$ года). Первую группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 35-50 лет. Вторую группу составили 20 больных с диагнозом Гипертоническая болезнь II стадия. АГ II-III степень. Риск 3 (высокий). Третью группу – 20 пациентов с диагнозом Гипертоническая болезнь II стадия. АГ II-III степень. Риск 4 (очень высокий)+ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. В рамках общеклинического обследования всем пациентам проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), оценивалась межвизитная вариабельность АД, рассчитываемая как стандартное отклонение от средних значений АД. Для изучения качества жизни каждый пациент заполнял анкету, представляющую версию опросника MOS-SF-36 (MOS-SFItem Short Form Health Survey).

Результаты и обсуждение. Больные сравниваемых групп не имели различий по возрасту. Значения параметров качества жизни по шкале жизнеспособности (VT) в третьей группе были достоверно ниже, чем в контроле ($62,4 \pm 16$ и $73,6 \pm 13,6$ соответственно; $p=0,01$). Аналогичные различия между I и II группами были зафиксированы и по

шкале психического здоровья (МН): $68,2 \pm 15,6$ и $79,3 \pm 10,7$ соответственно, $p=0,01$. У половины пациентов с АД зарегистрированы повышенные значения межвизитной вариабельности САД ($> 4,8$ мм рт.ст.), при этом, у 24,4% отмечена высокая вариабельность ($> 8,35$ мм рт.ст.). По данным СМАД, повышенная вариабельность САД (>15 мм рт. ст.) в ночные часы регистрировалась у 26% пациентов II группы; повышенная вариабельность ДАД днем и ночью выявлена у 5% обследованных II группы. Кроме того, в группе пациентов с ГБ+ИБС нарушения суточного ритма по типу non dipper регистрировалась в 47,4% случаев, что, вероятно, обусловлено избыточной активацией симпатической нервной системы.

Выводы. В анализируемых исследованиях при помощи специального программного обеспечения АГ у 95% пациентов с артериальной гипертензией определена потребность в антигипертензивной терапии, при этом комбинированная антигипертензивная терапия назначалась с учетом показаний и противопоказаний к определенным фармакологическим группам. Таким образом, инновационные технологии, такие как «Таймерный лекарственный коробок» позволяют не только анализировать потребность антигипертензивной терапии у лиц с АГ, но и быть востребованными в управлении артериальной гипертензией.

ҚАРИЯЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИ АСОРАТЛАРИ

ЗИКРИЛЛАЕВ Ф.А., РАХМАТОВА Д.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон

Ҳозирда 70 ёшдан ошган беморларнинг кўпчилиги ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) ташхиси билан касалхонага ётқизилмоқда. Бу беморлар кексаларга қараганда турли хил хавф омиллари, асоратлар ва прогнозларга эга.

Тадқиқот мақсади: Қарияларда хавф омилларининг хусусиятларини ва МИ кечишини баҳолаш.

Текшириш усуллари ва материаллар: сўровнома, клиник ва инструментал текширувлар – ЭКГ, ЭХОКГ. Тадқиқот иши Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро вилоят минтақавий филиалида Қ-тишчали МИ билан оғриган 45 нафар беморда ўтказилди, шундан 49 ёшгача бўлган 22 нафар бемор ва 65 ёшдан ошган 23 нафар бемор эркактардир.

Олинган натижалар: Ёш беморларда (95%) ирсийлик хавф омили қари ёшдаги беморлар (60%) га нисбатан устунлик қилди. Чекиш (90%), спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш (60%), гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш (6%), руҳий зўриқиш (85%) ва семизлик (65%) каби хавф омил-

лари кўпроқ ёшларда (қари ёшдаги одамларда мос равишда 15%, 10%, 0%, 30%, 20%) учради.

Қари ёшдаги беморларда жисмоний ҳаракатсизлик (90%), артериал гипертензия (85%) ва қандли диабет (65%) асосий хавф омиллари сифатида қайд этилди. Ёшларда эса бу омиллар мос равишда 10%, 15%, 0% ни ташкил қилди.

Гипертриглицеридемия ва ПЗЛП даражасининг ошиши ва ЮЗЛП даражасининг пасайиши иккала гуруҳда (85%, 80%, 90%) тенг даражада кенг тарқалганлиги аниқланди. ЭКГда ёшларда миокард инфарктининг локализацияси олд-тўсиқда 45%, олд-ён деворда 20%, орқа деворда 15%, қарияларда эса мос равишда 25%, 45%, 10%, 15%, циркуляр МИ 5% учради. Қари ёшдаги беморларда эхокардиографик кўрсаткичлар чап қоринча қон ҳайдаш ҳажми фракцияси бўйича миокард қисқарувчанлиги пасайиши билан баҳоланди (қарияларда ўртача кўрсаткич $45\% \pm 2,2\%$, ёшларда $60\% \pm 1,2\%$). Ритм бузилишларидан қоринчалар экстрасистолияси иккала гуруҳда ҳам бир хил даражада учради (ёшларда 55%, қарияларда 60%).



Қоринчалар тахикардияси, ҳилпилловчи аритмия, қоринчалар фибрилляцияси, AV блокада кўпроқ қари ёшдаги беморларда қайд этилди (мос равишда 55%, 40%, 25%, 20%, ёшларда эса 20%, 25%, 5%, 10%). 5 нафар ёш беморда ётоқ режимга риоя қилмаслик туфайли чап қоринча аневризмаси ривожланди. Кардиоген шок, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, ўпка шиши кўпроқ қарияларда (50%, 55%, 30%) учради.

Хулоса: Ёш беморларда ирсият, рухий зўриқиш ва зарарли одатлар, қарияларда эса жисмоний ҳаракатсизлик, артериал гипертензия ва қандли диабет асосий хавф омиллари сифатида учради. Қонда липид таркибининг бузилиши ёш ва

қарияларда бир хил даражада кенг тарқалганлиги аниқланди. Миокард инфаркти бўлган қарияларда чап қоринча миокарди қисқарувчанлиги ёшлардан фарқли ўлароқ кескин камаяди. Бир нечта коронар артерияларнинг зарарланиши туфайли қарияларда оғир асоратлар кўпроқ кузатилади. Кўпинча қари ёшдаги беморларда миокард инфаркти қайд этилди. Мининг чап қоринча олд девори локализацияси билан кечган тури иккала гуруҳда ҳам тез-тез қайд этилди. Қари ёшдаги беморларда МИ оғир кечиби, ушбу ҳолат асоратлар ва ҳаёт учун хавф солувчи ритм бузилишлар туфайли содир бўлади.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ

КАРОМАТОВ С.И.

Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель. Изучить ценность тропонинового теста в диагностике повреждения кардиомиоцитов у больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных с нестабильной стенокардией. Первая группа (37 пациентов) с нестабильной стенокардией (НС) и синусовым ритмом (женщин – 15, средний возраст которых 62 года, мужчин – 22, средний возраст 56 лет). Вторая группа – 13 больных нестабильной стенокардией с фибрилляцией предсердий (ФП) (женщин – 8, средний возраст 72 года, мужчин – 5, средний возраст 65 лет). Диагнозы установлены в соответствии со стандартами обследования. Высокочувствительный тропонин Т (ТрТ) определялся методом электрохемилюминесценции «Fineware FIA Meter Plus». Верхний предел нормы (99-й перцентиль) для тропонина Т – 14 пкг/мл. Пограничный уровень – (99-й перцентиль $\times 2$). Для сравнения показателей высокочувствительного ТрТ двух групп был использован критерий Стьюдента. Связь между показателями ТрТ и ФП оценивали с помощью бисериального коэффициента корреляции. Для вычисления достоверности диагностического теста использовалась четырехпольная таблица. Вероятность изменения высокочувствительного Тр при НС с ФП определялась с помощью таблицы интерпретаций различных отношений правдоподобия.

Результаты исследования. При сравнении высокочувствительного ТрТ у больных НС с синусовым ритмом (13,1 \pm 0,52 пкг/мл) и больных НС

с ФП (17,76 \pm 1,02 пкг/мл) выявлено статистически значимое различие ($p < 0,001$). Связь между показателем ТрТ и ФП была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного высокочувствительного ТрТ в группе больных НС с ФП (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных НС с синусовым ритмом (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата – 38%, прогностическая ценность отрицательного результата – 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня высокочувствительного ТрТ у больных НС с ФП, однако степень ее увеличения оценивается как минимальная.

Выводы.

1. При фибрилляции предсердий у больных нестабильной стенокардией высокочувствительный ТрТ повышен достоверно ($p < 0,001$).

2. Это повышение не выходит за пределы пограничного уровня высокочувствительного ТрТ (99-й перцентили $\times 2$). Для высокочувствительного ТрТ (99-я перцентиль) составляет 14 пкг/мл.

3. Пациентов с фибрилляцией предсердий и нестабильной стенокардией со значением высокочувствительного ТрТ выше пограничного уровня следует относить к группе высокого риска (летальность – до 10% в первые 30 дней) и вести их согласно протоколам острого коронарного синдрома с положительными кардиомаркерами.



АҲОЛИ ЎРТАСИДА МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИ

ҚУРБОНОВ Ҳ.Ш., РАХМАТОВА Д.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон

Мақсад: Бухоро шаҳри 1-ОП ва 8-ОП да яшовчи кекса ва қари ёшдаги аҳоли ўртасида миокард инфарктининг ривожланишида хавф омилларини ўрнини баҳолаш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Илмий тадқиқот иши Бухоро шаҳрининг 1-ОП ва 8-ОП да олиб борилди. Жами 314 та бемор, 8-ОП 164 нафар, 1-ОП 150 та, яъни 60-75 ёшгача бўлган беморлар (эркаклар 121 та, аёллар 145та), 75-89ёшгача бўлган беморлар (эркаклар 23та, аёллар 25 та) да текширишлар ўтказилди. Беморлар ЖССТнинг юқумсиз касалликлар хавфли омилларининг эпидемиологик мониторинги бўйича STEPS саволномаси WHO STEPS Instrument for Chronic Disease Risk Factor Surveillance асосида текширилди.

Натижалар: Ўтказилган тадқиқотимизда охирига пайтда сигарета чекаси дегаган саволга 54 та (эркак) бемор-17,2% ҳа деб жавоб берди ва улар фабрикада ишлаб чиқарилган сигарета чекишларини таъкидлашди. Сиз қачон бўлса ҳам алкоғолли ичимлик истеъмол қилганмисиз (масалан: пиво, вино, ароқ, коньяк) дегаган саволга жами 124та бемор (эркаклар 85 та, аёллар 39 та) ҳа деб жавоб берди. Жумладан, 124 та бемордан 106 таси охирига 12 ой давомида алкоғолли ичимлик, 106 та бемордан 39 таси (эркаклар 34 та, аёллар 5та) охирига 30 кун давомида алкоғолли ичимлик истеъмол қилганини таъкидлади. Бу кўрсаткич 314 та беморга нисбаттан 39.5%ни, 124 та алкоғолли ичимлик истеъмол қилганларга нисбаттан 31,5% ни ташкил қилди. Овқат тайёрлаш учун ўсимлик ёки мол ёғларининг қайси турларидан фойдаланасиз дегаганда, 104 нафар бемор ўсимлик ёғидан, 95 нафар бемор мол (қўй, чўчка, от, туя) ёғи, 115 нафар бемор сариеғ ва бошқа ёғлар (маргарин) деб жавоб берди. Ўсимлик ёғидан ташқари, мол ёғи ва сариеғ (маргарин) ис-

теъмоли 66,9% ни ташкил этди. Сиз энг камида 10 дақиқа ва ундан ортиқ вақт давомида нафас олиш ва томир уришини анча тезлаштирувчи юқори интенсивлик характериға эға спорт турлари, жисмоний машқлар ёки фаол дам олиш турлари (масалан, югуриш ёки футбол ўйнаш) билан шуғулланасизми дегаган саволға 5 нафар 1,6% бемор ҳа, жумладан ушбу беморлар ҳафтада атиги 1 кун давомида шуғулланишини таъкидлади, 309 нафар бемор йўқ деб жавоб берди.

Хулоса: 4 та хавф омили нуқтаи назаридан олганда, 54 нафар чекувчи беморларнинг 24 таси алкоғолли ичимлик истеъмол қилади, 22 таси мол ёғи ва сариеғ (маргарин) истеъмол қилади, ҳамда 53 нафари фаол дам олиш турлари (масалан, югуриш ёки футбол ўйнаш) билан шуғулланмайди. Жумладан, 54 нафар чекувчи беморнинг 5 тасида(9.3%), 39 та алкоғолли ичимлик истеъмол қилувчи беморнинг 7 тасида (18%), 210 та мол ёғи ва сариеғ (маргарин) истеъмол қилувчиларнинг 14 тасида 6.7%) қон босимининг меъёрдалиги аниқланди. 314 беморнинг 65 нафарида (20.7%) гипертония касаллиги, 177 нафарида (56.4%) ЮИК, 20 нафарида (6.4%) қандли диабет, қолган 52 нафарида (16.5%) бошқа сурункали ноинфекцион касалликлар қайд этилди. Ҳар бир хавф омилининг алоҳида ёки биргаликда келиши гипертония касаллигини 25%, ЮИКни эса 50% га, яъни хавф омили бўлмаган гуруҳға нисбаттан 1,5 бараварга ривожланишиға олиб келади. Миокард инфарктининг ривожланиш хавфи эса гипертония касаллиги ва ЮИК ҳисобига 75%ни ташкил қилади. Шунинг учун ҳам, инсониятнинг ҳаёт тарзи давомида ахамиятли, ўзгартириб бўладиган хавф омилларини максимал даражада бартараф этиш миокард инфарктини келиб чиқишини олдини олади, бу эса ўлим ва ногиронлик кўрсаткичларининг ижобий камайишиға асос бўлади.

РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР

МУМИНОВ Ш.К., НИГМАНОВ Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить роль сахарного диабета в развитии контраст-индуцированной нефропатии (КИН) у больных при проведении рентгенэндоваскулярных процедур (РЭП).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 130 больных ИБС, которым проводились рентгенэндоваскулярные процедуры (РЭП) с использованием контрастного



препарата юнигексон. Средний возраст больных составил $55,69 \pm 1,27$ года, среди них мужчин было 73, женщин 57, что составило соответственно 55,3% и 44,7% от общего количества больных. Сахарный диабет был выявлен у 73 больных (49%). Для выделения больных, у которых РЭП в послеоперационном периоде осложнилась КИН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки, проводилось динамическое определение сывороточной концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. По результатам все больные были распределены на 2 группы – больные с неосложненным послеоперационным периодом РЭП (группа КИН-, 99 больных, 66%) и больные, у которых развилась контраст индуцированная нефропатия (группа КИН+, 51 больной, 34%). В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых сравнений проводилась с использованием критерия Стьюдента для парных и непарных различий.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что в группе больных, у которых развилась КИН достоверно больше лиц, у которых ИБС развилась на фоне сахарного диабета II

типа ($p < 0,05$), что, вероятно, объясняется их склонностью к развитию диабетической микроангиопатии, одним из вариантов которой является нефропатия. Изучение гликемических особенностей у больных ИБС, включенных в исследование, продемонстрировало, что среди больных СД, у которых развилась КИН, уровень гликемии достоверно выше, чем у больных с неосложненным течением РЭП ($p < 0,05$ для тощачковой и $p < 0,001$ для постпрандиальной гликемии), то есть более высокий уровень гликемии у больных ИБС группы КИН объясняется не только большим количеством больных СД, но и его меньшим контролем. Параллельно с более высокой гликемией, больные СД группы КИН+ отличались и более выраженной урикемией ($p < 0,01$). Увеличенная относительная плотность мочи у больных СД группы КИН+ по сравнению с больными КИН- ($p < 0,05$) объясняется осмотическим эффектом глюкозурии.

Выводы. Таким образом, наличие фонового СД, и особенно его декомпенсация, является фактором риска развития КИН после проведения РЭП.

АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИБС С СД2 С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СООБЩЕНИЕ 2)

*МУХТАРОВА Ш.Ш.², ТРИГУЛОВА Р.Х.¹, ИКРАМОВ А.А.³, ИСМАИЛОВ С.И.², АЛИМОВА Д.А.¹,
РАСУЛОВА Ш.Х.², ИЛЁСОВА С.Ш.², ДЖАМАЛДИНОВА Д.Ш.²*

¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан

³Институт математики им. Романовского АН РУз

Введение. Машинное обучение может охарактеризовать различные фенотипы и сравнивать результаты среди пациентов с различной ФВ, госпитализированных в период дестабилизации стенокардии.

Цель. Определение подходов к сравнению результатов с помощью машинного обучения в зависимости от фракции выброса у больных с ИБС и СД2.

Материал и методы. В наблюдение включено 80 пациентов с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте $64,02 \pm 9,25$ года. На 1 этапе больные распределены на 3 группы независимо от СД: 3 группа с $ФВ \geq 50\%$ ($n=47$); 4 группа – $41 \leq ФВ < 49\%$ ($n=18$); 5 группа – $ФВ < 40$ ($n=15$). У пациентов в динамике контролировали липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпрандиальную (ППГ), НbA1c, рСКФ, NT pro BNP, параметры ЭхоКГ, вес тела, САД и ДАД.

Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы,

блокаторы РААС, статины, эмпа- и дапаглифлозины в сочетании с метформинном. Парное сравнение зависимых групп проводилось с использованием непараметрического теста Бруннера-Мюнцеля³⁻⁴ и ³⁻⁵ (Уилкоксона). Три независимые группы сравнивали с использованием непараметрического однофакторного дисперсионного анализа Краскела–Уоллиса³⁻⁴⁻⁵. Различия в сравниваемых группах считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Выявлена межгрупповая разница между 3, 4 и 5 группами по следующим параметрам: COVID в анамнезе ($P=0,006^{3-4}$); ИМ в анамнезе ($P=0,006^{3-4}$; $P=0,002^{3-5}$; $P=0,001^{3-4-5}$); ЧКВ ($P=0,013980^{3-5}$; $P=0,044220^{3-4-5}$); частоте встречаемости СД ($P=0,006^{3-4}$; $P=0,002^{3-4-5}$); ХОБЛ ($P=0,006^{3-4}$); ЧСС ($P=0,006^{3-5}$; $P=0,015446^{3-4-5}$); гликемии натощак ($P=0,05^{3-4}$); ОХ ($P=0,004^{3-4}$; $P=0,038521^{3-5}$; $P=0,01^{3-4-5}$); ХС ЛПОНП ($P=0,02^{3-5}$; $P=0,02^{3-4-5}$); ТГ ($P=0,01^{3-5}$; $P=0,02^{3-4-5}$); вит Д ($P=0,002^{3-5}$; $P=0,02^{3-4-5}$; $P=0,0007^{4-5}$); МНУП, ($P=0,02^{3-4}$; $P=0,000^{3-5}$; $P=0,008^{3-4-5}$; $P=0,04^{4-5}$);

длительность интервала QRS ($P=0,05^{3-4}$; $P=0,005^{3-5}$; $P=0,006^{3-4-5}$); E ($P=0,0000^{3-5}$; $P=0,000033^{3-4-5}$; $0,005^{4-5}$); A ($P=0,0000^{3-5}$; $P=0,000002^{3-4-5}$; $P=0,000^{4-5}$); E/A ($P=0,007^3$; $P=0,01^{3-4-5}$; $P=0,01^{4-5}$); DTE мсек ($P=0,02^{3-4}$; $P=0,04^{3-4-5}$; $P=0,0006^{4-5}$); e'lat ($P=0,01^{3-4}$); блокаторы рецепторов ангиотензина ($P=0,04^{3-4}$; $P=0,0000^{3-5}$; $P=0,05^{4-5}$); блокаторы медленных кальциевых каналов ($P=0,01^{3-4}$; $P=0,0017^{3-5}$; $P=0,01^{4-5}$); сахароснижающие препараты ($P=0,006^{3-4}$; $P=0,0017^{3-5}$; $P=0,002^{3-4-5}$).

Вывод. Частота встречаемости с COVID 19, ЧКВ (2,5 раза), САД (1,5 раза), ОХ, ХСЛПНП, ТГ выше у больных с сохранной ФВ. У пациентов с низкой ФВ в 3 раза выше показатели МНУП, параметры диастолической дисфункции E/A, e lat, e/sept, DTE, объемы и размеры сердца. Частота приема блокаторов рецепторов ангиотензина, блокаторов кальциевых каналов и сахароснижающих препаратов выше у больных с сохранной ФВ.

АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СД2 С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СООБЩЕНИЕ 1)

МУХТАРОВА Ш.Ш.², ТРИГУЛОВА Р.Х.¹, ИКРАМОВ А.А.³, ИСМАИЛОВ С.И.², АЛИМОВА Д.А.¹, РАСУЛОВА Ш.Х.², ИЛЁСОВА С.Ш.², ДЖАМАЛДИНОВА Д.Ш.²

¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан

³Институт математики им. Романовского АН РУз

Введение. На сегодняшний день основной целью терапевтических подходов в клинических рекомендациях по сахарному диабету 2 типа (СД 2) является предупреждение атеросклеротических сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Предварительный анализ результатов по разработке модели, основанной на машинном обучении для прогнозирования риска сердечной недостаточности (СН) у пациентов с СД2.

Материал и методы. В наблюдение включено 80 пациентов с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте $64,02 \pm 9,25$ года. На 1 этапе больные распределены на 2 группы: 1 – СД (-), n-19; 2 – СД (+), n-61. У пациентов в динамике контролировали липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпрандиальную (ППГ), HbA1c, pCKФ, NT pro BNP, параметры ЭхоКГ, вес тела, САД и ДАД.

Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, эмпа- и дапаглифлозины в сочетании с метформином. Парное сравнение зависимых групп проводилось с использованием непараметрического теста Бруннера-Мюнцеля¹ (обобщенный тест Уилкоксона). Две независимые группы сравнивали с использованием непараметрического однофакторного дисперсионного анализа Краскела–Уоллиса². Различия в сравниваемых группах считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлена межгрупповая разница у больных с СД- и СД+ по следующим параметрам: пол ($P^1=0,015$; $P^2=0,018$); COVID в анамнезе ($P^1=0,007$); ЧКВ ($P^1=0,0001$; $P^2=0,0002$); КШ - ($P^1=0,03$; $P^2=0,01$); ЗПА ($P^1=0,0000$; $P^2=0,0002$); содержание Са в крови ($P^1=0,03$; $P^2=0,03$); ХС ЛПОНП ($P^1=0,04$; $P^2=0,03$); ТГ ($P^1=0,03$; $P^2=0,03$); АЧТВ ($P^1=0,002$; $P^2=0,006$); МНУП ($P^1=0,05$; $P^2=0,05$); индекс НОМА IR ($P^1=0,04$; $P^2=0,01$); длительность интервала QRS ($P^1=0,04$; $P^2=0,05$); ФВ ($P^1=0,005$; $P^2=0,007$); КДР ($P^1=0,001$; $P^2=0,002$); КСР ($P^1=0,01$; $P^2=0,003$); ЛП ($P^1=0,000$; $P^2=0,0001$); ЛЖ ($P^1=0,001$; $P^2=0,0005$); E ($P^1=0,0000$; $P^2=0,0000$); A ($P^1=0,0000$; $P^2=0,0000$); поражение проксимальной части ПНА больше 50% ($P^1=0,05$); блокаторы медленных кальциевых каналов ($P^1=0,004$; $P^2=0,008$); петлевые диуретики ($P^1=0,03$; $P^2=0,05$); нитраты ($P^1=0,01$; $P^2=0,007$); сахароснижающие препараты ($P^1=NN$; $P^2=0,0000$).

Вывод. У больных с СД 2 выше частота перенесенного COVID 19, ИМ, ЧКВ, КШ. Нет особых различий по уровню ЧСС и АД. Содержание ХСЛПОНП и ТГ выше в 1,5 раза у больных с СД 2, тогда как содержание МНУП в 1,5 раза выше в группе без СД. У пациентов с СД 2 преобладает число больных с нормальной ФВ, а при СД 2 с умеренно сниженной. Больные с СД 2 в 2 и в 2,5 раза чаще принимают нитраты и блокаторы кальциевых каналов соответственно.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮГА КАЗАХСТАНА****ПАЙЗУЛЛА Б.Н.****ЮКМА, г. Шымкент, Республика Казахстан****Научный руководитель: М.Т. Серикбаева**

Цель. Выявить основные факторы риска у пациентов, идущих на экстренное стентирование коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 91 пациент, поступивший в клинику кардиологического центра г. Шымкент с диагнозом ОИМ. Среди них мужчин 63,7%; женщин – 36,3%.

В зависимости от клинического течения ИМ все больные были распределены на две группы: 1 группа – пациенты с ОИМ, с зубцом Q и 2 группа – ОИМ без зубца Q. Возраст пациентов в 1 группе колебался от 41 до 81 года, составив в среднем $62,31 \pm 3,66$ года, во 2-й – от 45 до 84 лет, составив в среднем $63,25 \pm 2,59$ года. Подавляющее большинство больных в обеих группах: 63% и 65%, соответственно, были мужского пола, различия между группами статистически недостоверны.

Длительность клинических проявлений ИБС до эндоваскулярных вмешательств составила в среднем $1,75 \pm 1,02$ года в первой группе и $1,68 \pm 1,0$ года во второй группе.

Все пациенты подверглись процедуре ТБКА со стентированием. Согласно критериям диагностики ИМ являлись клинические симптомы, результаты ЭКГ и данные определения биохимических маркеров некроза миокарда.

Была собрана информация о социально-демографических характеристиках пациентов (возраст, пол, уровень образования, семейное положение, рост, масса тела и т.д.) и о наличии вредных привычек (курение и злоупотребление алкоголем). Регистрировались данные анамнеза кардиоваскулярных заболеваний, дислипидемии и СД, оценивался семейный анамнез ССЗ.

Результаты. Средняя продолжительность АГ у больных с ОИМ с зубцом Q $9,56 \pm 3,04$ года, в

группе больных без Q $13,28 \pm 3,9$ года. По данным анамнеза, у 10% больных уже имела место АГ 1-2 степени, у 90% больных АГ 3 степени. Наиболее часто диагностировали избыточную массу тела 63,2%, ожирение I-II степени 21,34%, при этом у всех окружность талии (ОТ) превышала 94 см и только 15,46% обследуемых ИМТ и ОТ находились в пределах нормы. У пациентов с избыточной массой тела ИМТ составил в среднем $26,39 \pm 0,52$ ($p=0,05$), с ожирением I-II степени $30,84 \pm 1,86$ ($p=0,05$).

Исследование параметров липидного обмена показало, что более чем у половины обследованных 67,8% выявлялась гиперхолестеринемия. Нарушение углеводного обмена встречалось практически у трети больных, так уровень глюкозы плазмы натощак $> 5,6$ ммоль/л был отмечен у 30,7% пациентов с ОИМ. Среди них впервые выявленное нарушение толерантности к глюкозе (de novo) у 28,5% больных. При анализе статуса курения оказалось, что среди большинства мужчин, перенесших ОИМ, отнесли себя к курящим только 21%. Кроме того, 24,32% пациентов курили в прошлом.

Высокий уровень СРБ определяется у обследуемых больных ОИМ с Q $15,52 \pm 3,4$ мг/л и ОИМ без Q $14,55 \pm 2,7$ мг/л ($p=0,05$), это совпало с современной теорией воспалительного генеза при ОИМ, и с другой стороны – это фактор прогноза текущего ОИМ.

Выводы. Среди пациентов южного Казахстана, перенесших инфаркт миокарда, имела высокая распространенность модифицируемых факторов риска кардиоваскулярной патологии: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, нарушение жирового обмена, низкая физическая активность, гипергликемия; в меньшей степени курение и употребление алкоголя.

ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ АСПЕКТЛАРИ**РАЖАБОВА Р.Ш., НУРИЛЛАЕВА Н.М.****Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон**

Тадқиқотнинг мақсади: узлуксиз олиб борилган жисмоний фаолликнинг ЮИК билан оғриган шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи беморлар ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология бўлимида даволанган ЮИК

турғун стенокардия ФС II-III билан оғриган жами 183 нафар эркак (98 нафар) ва аёл (85 нафар) беморлар жалб қилинди. Беморларнинг ўртача ёши $64,2 \pm 5,1$ йилни ташкил қилди. Беморлар яшаш шароитига кўра икки гуруҳга ажратилди, 1-гуруҳ шаҳар шароитида истиқомад қилувчи беморларни 89 нафар (47 нафар эркак, 42 нафар аёл),

2-гурӯҳга қишлоқ шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган 94 нафарни (51 нафар эркак, 43 нафар аёл) ташкил қилди. Барча беморларга ЮИК стандартида кўрсатилган лаборатор ва клиник-инструментал текширувлардан ташқари, жисмоний фаолликни баҳолаш мақсадида велоэргометрия, ҳаёт сифатини баҳолаш масадида «SF36» сўровномаларидан фойдаланилди. Беморларга 6 ой давомида стандарт даволаниш курслари билан биргаликда, ҳафтасига 4-6 марта индивидуал танланган дозаланган юриш машқлари, эрталабки гимнастика машқлари, даволовчи жисмоний тарбия машқлари буюрилди. 6 ойдан сўнг юқоридаги текширувлар қайта ўтказилди.

Натижалар. Иккала гуруҳ беморларида жисмоний фаолликнинг велоэргометрия ёрдамида ҳисоблашнинг янада аниқроқ усулида аниқлаш мақсадида бажарилган иш ҳажмини ҳисобланди. Текширувга олинган барча беморларда 6 ой давомида стандарт даволаниш курси билан биргаликда олиб борилган дозаланган юриш машқлари таъсирида бажарилган иш ҳажми ишончли даражада ортган. Шаҳарда истиқомад қилувчи эркакларда дастлаб $1841,3 \pm 153,5$ кгм/мин, 6 ойдан кейин $3452,4 \pm 285,7$ кгм/мин, қишлоқда истиқомад қилувчи аёлларда дастлаб $1506,7 \pm 174,1$ кгм/мин, 6 ойдан кейин $2965,4 \pm 209,8$ кгм/минга, яъни юқори ишончлилик даражасида кўтарилган ($p < 0,01$). Шаҳарда яшовчи ЮИК билан оғриган эркакларда 1,8 баробар, аёлларда 1,6 баробар ортган.

Қишлоқда яшовчи эркакларда 1,7 баробар, аёлларда 1,9 баробар кўтарилган. ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган қишлоқ шароитида яшовчи эркаклар ($56,7 \pm 4,8$) шаҳарда яшовчи эркакларга ($43,7 \pm 4,8$) қараганда жисмоний юкломани чеклаш, хуружлар частотаси шкаласи бўйича ($39,5 \pm 4,3$ ва $36,2 \pm 3,8$ мос холда) ўз ҳаёт сифатига юқори, хуружлар стабиллиги, даволанишдан қониқиш, касалликка муносабат шкаласи бўйича ўз ҳаёт сифатини паст деб баҳолаш экан. Қишлоқ шароитида яшовчи аёллар эса хуружлар частотаси ($45,4 \pm 5,6$) ва даволанишдан қониқиш шкаласи бўйича ($47,5 \pm 4,9$) юқори, жисмоний юкломани чеклаш ($42,6 \pm 3,7$), хуружлар стабиллиги ($45,7 \pm 5,5$), касалликка муносабат шкаласи ($38,7 \pm 3,6$) бўйича шаҳар аёллариникига қараганда ўз ҳаёт сифатини паст баҳолаганлар. Иккала гуруҳ беморларида узлуксиз жисмоний фаоллик таъсирида ҳаёт сифатининг барча кўрсаткичлари: жисмоний юкломани чеклаш шкаласи, хуружлар стабиллиги шкаласи, хуружлар частотаси шкаласи, даволанишдан қониқиш шкаласи, касалликка муносабат шкаласи бўйича ишончли даражада ортди ($p < 0,05$).

Хулоса. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардия билан оғриган беморларда стандарт даволаш билан биргаликда олиб борилган жисмоний фаоллик дастури таъсирида ҳаёт сифатини барча кўраткичлари ортишига олиб келади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

СТРЕБКОВА Е.Д.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Цель работы. Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) среди взрослого населения составляет 2-4%. Риски, ассоциированные с ФП широки от тромбоэмболических событий до немедленного нарушения гемодинамики. Торакоскопическое лечение фибрилляции предсердий (ТЛ ФП) является альтернативным хирургическим методом лечения изолированных форм ФП на работающем сердце. Данные по эффективности существенно варьируют от 38% до 83%. В связи с чем основной целью данной работой явилась оценка эффективности ТЛ ФП в отдаленном периоде наблюдения.

Материалы и методы. В исследование были включены последовательно 150 пациентов с симптоматической изолированной фибрилляцией предсердий (персистирующая 29,3% ($n=44$), длительно-персистирующая 32% ($n=48$) и пароксиз-

мальная 38,7% ($n=58$). После неудачных катетерных аблаций были выполнены торакоскопическая абляция ФП и ампутация ушка левого предсердия. Всем пациентам в контрольные точки исследования было проведено 24-ч холтеровское мониторирование электрокардиограммы (24-ч ХМ ЭКГ), по результатам которого оценивали эффективность процедуры.

Результаты. Общая эффективность ТЛ ФП в отдаленном периоде наблюдения составила 72,5%. Эффективность ТЛ ФП в отношении персистирующей формы составила 91,7% и 79,3%, длительно-персистирующей 76,5% и 66,8%, пароксизмальной 77,8% и 73,3% через 6 и 12 месяцев соответственно ($p=0,3961$)

При регистрации устойчивого синусового ритма на 24-ч ХМ ЭКГ антиаритмические препараты (ААП) отменяли. Эффективность ТЛ ФП после от-



мены ААП составила 79,2%, 70,5% и 68,9% через 6, 12 и 24 месяца соответственно.

Ампутация ушка ЛП была выполнена в 93,3% (n=140). Все анастомозы в области культи ушка ЛП были состоятельны. После ампутации ушка ЛП восстановление синусового ритма зарегистрировано у 4/92 (4,34%) пациентов с длительно-персистирующей ФП.

Выводы. Торакоскопическое лечение ФП следует считать перспективным методом устранения аритмии как для пациентов с пароксизмальной формой ФП после неудачных КА, так и для пациентов с персистирующей и длительно-персистирующей ФП. Торакоскопическое лечение ФП стало более зрелой стратегией лечения, преодолевшей стадию формирования.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН ЧАП ҚОРИНЧА ҚОН ОТИШ ФРАКЦИЯСИ САҚЛАНГАН БЕМОРЛАРГА СИНТАКС 2020 ШКАЛАСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАХОЛАШ

ТУРСУНОВ Э.Я., ЗАКИРОВ Н.У., КЕВОРКОВ А.Г.

Республика Ихтисослаштирилган Кардиология
Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Миокард инфаркти ўтказган беморларда оптимал ревааскуляризацияни танлашда Синтакс I шкаласи (СШ) муҳим аҳамиятга эга. Сўнгги йилларда кашф қилинган СШ 2020 беморларнинг клиник ҳолатини инобатга олган ҳолда 2 ва 10 йиллик умумий ўлим, 5 йиллик юрак қон тоғи касалликлари туфайли кузатилувчи ноҳуш ҳодисалар юзага келиш ҳолатини башорат қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Мақсад: Миокард инфаркти (МИ) ўтказган чап қоринча қон отиш фракцияси сақланган беморларга Синтакс 2020 шкаласи натижаларини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва методлари: Тадқиқотга 161 нафар ўртача 61,3 ± 8,1 ёши 63 [57; 68] анамнезида МИ ўтказган, қандли диабетсиз беморлар олинган. Барча беморлар стационар шароитда стандарт текширувлар қилинди: эхокардиография, суткалик ХМЭКГ, биохимик ва лаборатор кўрсаткичлар. МИ ташхиси 4- универсал аниқлагич асосида қўйилган. ЧҚҚОФ 52,4 ± 10,6% га тенг. Барча беморлар диагностик коронароангиография текшируви амалга оширилди. СШ 2020 амалиёт пайти <https://syntaxscore2020.com/> орқали онлайн ҳисобланди. Коронар томир шикастланиш сони бўйича 1-2 томирли шикастланишли беморлар 1 гуруҳ ва 3 томирли шикастланишли беморлар 2 гуруҳ сифатида ажратилди.

Натижалар: Баҳолаш натижаларига кўра, коронар шикастланишнинг 1- гуруҳда, эхтимолий АКШ амалиётида 4 йиллик умумий ўлим (УЎ) хавфи тери орқали аралашув (ТОА) амалиётига нисбатан 24% дан паст, 3 коронар томирли шикастланишли беморларда эса ушбу кўрсаткич 23% дан кам

эканлиги аниқланди. Логистик СШ 2-йиллик УЎ 1-2 томир шикастланишли гуруҳ беморларда 3 томир шикастланишли гуруҳга нисбатан ишончли даражада (p= 0,013) 23% га кам эканлиги аниқланди. Шунингдек 3 томир шикастланишли гуруҳда эхтимолий ТОА эхтимолий АКШ амалиётидан кейинги УЎ таққосланганда мос равишда ТОА амалиётида 5 йиллик юрак касалликлари туфайли кузатилувчи катта ноҳуш ҳодисалар (ЮСККНХ) АКШга нисбатан 22% юқори ва 10 йиллик УЎ 17% юқори эканлигини кўриш мумкин.

	Ум. гуруҳ (n=161)	1-гуруҳ. (n=114)	2 гуруҳ (n=47)	Mann-Whitney U Test		
	M±SD	M±SD	M±SD	U	Z	p
Синтакс шкаласи	14,0±6,2	13,7±6,7	14,8±4,7	2242	-1,625	0,11
УЎ ТОА 4 йил%	8,0±11,6	8,2±13,5	7,7±4,9	2217	-1,718	0,09
УЎ АКШ 4 йил%	6,1±11,5	6,2±13,3	5,9±5,0	2208	-1,750	0,08
ЛогКлин.СШ 2 йил ТОА УЎ,%	4,4±12,0	4,8±14,2	3,3±2,3	1638	-2,474	0,01
СШ 2020 ТОА 10 year УЎ,%	19,8±12,2	-	19,8±12,2	-	-	-
СШ 2020 АКШ 10 йил. УЎ,%	16,4±10,7	-	16,4±10,7	-	-	-
СШ 2020 ТОА 5 йил ЮСККНХ,%	14,9±7,3	-	14,9±7,3	-	-	-
СШ 2020 АКШ 5 йил ЮСККНХ,%	11,6±5,7	-	11,6±5,7	-	-	-

Хулоса: Анамнезида МИ ўтказган, ЧҚҚОФ сақланган беморларда СШ 2020 оптимал ревааскуляризация стратегияси ва УЎни башоратлаш аҳамияти СШ I ва II га нисбатан юқоридир.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ ЕГО НАЗНАЧЕНИИ В УЯЗВИМУЮ ФАЗУ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ХАЛИКОВА А.О., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

Республиканский специализированный научно практический
медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность. Современным инновационным лечением пациентов сердечной недостаточности и СД 2 является применение ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (ИНГЛТ2).

Цель. Изучить краткосрочное влияние эмпаглифлозина на показатели внутрисердечной гемодинамики и биохимические параметры при его назначении в уязвимой фазе сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследование было включено 24 больных с СНнФВ, поступивших в фазе декомпенсации СН. Эмпаглифлозин назначался на 3-7-й день стационарного лечения (перевод из состояния декомпенсации в уязвимую фазу), наряду с оптимальной медикаментозной терапией, согласно рекомендациям. Оценивались биохимические параметры и показатели внутрисердечной гемодинамики: NT-proBNP, креатинин, с подсчетом СКФ и ЭхоКГ через 1 месяц после выписки.

Результаты. Анализируя показатели биохимических маркеров было показано следующее: мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP)

снизился на 43% (с $8496,25 \pm 258,5$ pg/ml до $4822,5 \pm 120,74$ pg/ml ($P < 0,01$)). При этом, креатинин значительно уменьшился с $109,03 \pm 6,85$ мкмоль/л до $89,33 \pm 5,93$ мкмоль/л ($p < 0,01$), что логично отразилось в достоверном увеличении СКФ, высчитанная по формуле EPI до $84,25 \pm 9,90$ мл/мин/1,73м² ($P < 0,01$). Анализ внутрисердечной гемодинамики при проведении ЭхоКГ показал достоверные изменения большинства показателей после месячного лечения. Отмечено достоверное снижение КДО на 9% (исходно $277,53 \pm 47,77$ мл; после лечения $253,82 \pm 37,67$ мл); и КСО на 4% (исходно $206,18 \pm 32,14$ мл; после лечения $178 \pm 19,03$ мл); (все $P < 0,01$). Это отразилось в ожидаемом повышении ФВЛЖ на 15%, с $27,99 \pm 3,69\%$ до $32,39 \pm 3,91\%$ ($p < 0,01$). По другим линейным показателям достоверных отличий выявлено не было.

Выводы. Назначение эмпаглифлозина дополнительно к стандартной терапии СН в уязвимой фазе сопровождается значимым снижением МНУП, повышением СКФ и сократительной способностью миокарда, наблюдаемые в течение 1 контрольного месяца.

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ГУМАНИЗИРОВАННЫХ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ТЕРАПИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ПРИМЕРЕ ФЕНОМЕНА БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С., АРТЮШКОВА Е.Б.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,
Курск, Российская Федерация

Цель работы. Оценить динамику гемодинамических параметров кардиотоксичности таргетной терапии колоректального рака препаратами человеческих рекомбинированных моноклональных антител в комплексной терапии злокачественных новообразований у пациентов при развитии артериальной гипертензии (АГ) I-II степени.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы 118 историй болезни пациентов, проходивших комплексную терапию рака колоректальной локализации. Исследуемая группа принимала бевацизумаб в дополнение к комбинированной химиотерапии. Средний возраст составил $65,8 \pm 7,5$ (от 51 до 80) лет, соотношение мужчин и женщин 68,42% и 31,58%. У большинства больных была определена III стадия – 56,67 %, IV стадия

– 30%, II стадия – 13,33%. Варианты локализации колоректального рака: 42,1% пациентов – рак прямой кишки, рак сигмовидной и ободочной кишки – по 26,32% больных, рак анального канала – 5,26% онкобольных.

Из 118 пациентов с анамнезом колоректального рака до начала химиотерапии ранее диагностировалась патология кардиологического профиля у 94,73%, в структуре которой на АГ приходилось 44,42% от общего количества заболеваний. У большего количества пациентов (62,5%) была зафиксирована II степень АГ с сочетанной гипертрофией миокарда левого желудочка, I степень АГ отмечалась у 37,5% исследуемых. Применялись следующие режимы полихимиотерапии (ПХТ) рака колоректальной



локализации: FOLFIRI + бевацизумаб (35,13%), FOLFOX + бевацизумаб (24,52%), капецитабин + бевацизумаб (16,22%), XELIRI + бевацизумаб (13,52%), XELOX + бевацизумаб (10,81%).

Оценены гемодинамические параметры сердечно-сосудистой системы: систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД) методом Н.И. Короткова и частота сердечных сокращений (ЧСС) по основным контрольным точкам: до применения химиотерапии, через 1, 3 и 6 месяцев от ее начала. Изучаемые показатели были описаны с вычислением среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Количественные показатели подвергнуты оценке критерием t-Стьюдента для зависимых переменных. Статистически значимыми различиями считались между показателями при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлена достоверная зависимость увеличения САД с возрастом у больных (51–60 лет – $152 \pm 4,8$ мм рт. ст.; 61–70 лет – $158 \pm 3,2$ мм рт. ст.; 71 и более лет – $164 \pm 2,9$ мм рт. ст.), ДАД (51–60 лет – $106 \pm 3,7$ мм рт. ст.; 71 и более лет – $108 \pm 2,6$ мм рт. ст.), ЧСС (51–60 лет – $98 \pm 4,1$ уд/

мин; 61–70 лет – $102 \pm 5,7$ уд/мин; 71 и более лет – $104 \pm 3,8$ уд/мин) к 3 месяцу лечения колоректального рака ПХТ + бевацизумаб ($p < 0,05$). Уровни САД, ДАД и ЧСС снизились к 6-му месяцу фармакологической коррекции онкопатологии, при этом не удалось достичь значений рассматриваемых показателей до исходных значений в рандомизированных группах больных.

Наибольшее повышение САД зафиксировано при схеме XELIRI + бевацизумаб ($165 \pm 2,7$ мм рт. ст.), ДАД – при схеме капецитабин + бевацизумаб ($108 \pm 3,1$ мм рт. ст.), ЧСС – при схеме FOLFOX + бевацизумаб ($106 \pm 3,9$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$). При лечебном применении ПХТ + бевацизумаб у испытуемых были зарегистрированы проявления кардиотоксичности по типу бевацизумаб-индуцированной АГ I-II степени по шкале ESC.

Выводы. Проводимое комплексное антигипертензивное лечение не позволило избежать проявлений кардиотоксичности. Представляет интерес разработка схем лечения бевацизумаб-индуцированной АГ с целью снижения кардиотоксичности терапии моноклональными антителами.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДМЖП У ПЛОДА

ШАМАНСУРОВА И.А., ЮСУПАЛИЕВА Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Совершенствование пренатальной эхокардиографии ДМЖП с помощью современных ультразвуковых методов диагностики в различные сроки беременности.

Материал и методы. Были проанализированы эхокардиографические данные плода у беременных женщин, направленных в Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка» в период 2021 – 2022 гг. В режиме скрининга было проведено обследование 28658 беременных. В ходе исследования было зарегистрировано 93 случая ВПС среди них 37 ДМЖП, как изолированных, так и в комбинации с другими пороками развития. Демографические данные пациентов и клиническая информация были получены из данных медицинских карт пациентов. Для пренатального эхокардиографического исследования сердца плода использовался ультразвуковой аппарат PHILIPS «HD 11XE» с использованием конвексного датчика с диапазоном частот 2,0–5,0 МГц и объемного с диапазоном частот 4,0–8,0 МГц.

Результаты. ДМЖП в 48,7% (18) случаев был выявлен как изолированный порок развития и 51,3% (19) случаев с экстракардиальными аномалиями. В зависимости от анатомического строения дефект располагался: в 28 случаях в мембранозной, 7 случаях в мышечной, в 2 случаях в

трабекулярной части межжелудочковой перегородки. Основную долю пациенток с ВПС у плодов в нашем исследовании составили повторнородящие женщины в возрасте от 21 до 40 лет. Анализ результатов ультразвукового исследования плода показал, что в сроки 18 недель беременности эхографически хорошо визуализируются основные анатомические структуры сердца плода. При визуализации четырехкамерного среза сердца плода четко определяется межжелудочковая перегородка. Диагноз ДМЖП выставлялся в случае отчетливой визуализации свободного эхонегативного пространства в межжелудочковой перегородке с четкими краями, получаемого более чем в одной проекции. При оценке показателей кардиометрии плода учитывались не только абсолютные значения размеров полостей сердца, но и соотношение правых и левых камер (индексы ЛЖ/ПЖ), значение которых составило 1,05 и 0,91 соответственно при сроке гестации 20 недель. По результатам наших исследований в 10 случаях изолированного порока средний диаметр ДМЖП находился в пределах $4,2 \pm 1,7$ мм. Дефекты перегородки не вызывали выраженных сдвигов в индексах (ЛЖ/ПЖ – 0,9; ПЖ/ЛЖ – 1,1) и их диагностика может базироваться на выявлении патологических потоков.

Выводы. Таким образом, трансабдоминальная эхография в сроках 16-20 недель гестации позволяет диагностировать изолированные ДМЖП у женщин высокого риска по ВПС плода. Особое значение имеет сбор семейного и акушерского анамнеза. Оценка состояния плода при расширенном эхографическом исследовании

и выявление отклонений в развитии плода диктуют необходимость проведения расширенного эхокардиографического исследования. Использование более совершенного ультразвукового оборудования увеличивает пренатальную частоту выявления даже незначительных сердечных аномалий.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ КОМОРБИДНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

ШАРАПОВ О.Н.^{1,2}, ДАМИНОВ Б.Т.^{1,2}

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Сравнительное изучение показателей выживаемости у диализных больных в зависимости от наличия у них сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Мы провели проспективное когортное исследование 165 пациентов (90 мужчин, 75 женщин) в 3 различных диализных центрах Узбекистана. Исследование продолжалось в течение 30 месяцев (с января 2018 года по июль 2020 года). Средний возраст составил $48,1 \pm 14,1$ года. Основными первичными заболеваниями были гломерулонефрит (46%), сахарный диабет (27%) и мочекаменная болезнь (8%). Продолжительность гемодиализа на момент включения пациентов в исследование составляла от 6 до 165 месяцев. Среди обследованных диализных больных 56% ($n = 92$) пациентов (52 мужчины и 40 женщин) имели ССЗ и 44% ($n = 73$) пациентов (38 мужчин и 35 женщин) не имели ССЗ. Основными ССЗ были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность и различные аритмии. Выживаемость определялась методом Каплана-Мейера. Доверительный интервал 95% был определен с использованием метода Гринвуда.

Результаты. Через 30 месяцев наблюдения 43,6% ($n = 72$) всех пациентов умерли, 56,4% ($n = 93$) пациентов выжили (из них 11 прошли операцию по пересадке почки). При анализе причин смертности основными причинами, приводящими к смерти диализных больных, оказались острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, кома и острое кровотечение. У диализных больных с ССЗ внезапная сердечная смерть составила 63% ($n = 30$) от всех

причин смерти, тогда как у пациентов без ССЗ – 59% ($n = 14$). Средний возраст умерших ($53,6 \pm 1,6$) был значительно выше, чем у пациентов, продолжающих получать ГД ($45,6 \pm 1,5$). Средняя продолжительность гемодиализа у выживших ($33,0 \pm 5,4$) была выше, чем у умерших ($28,6 \pm 3,9$). Изучение дальнейшей судьбы пациентов показало, что среди умерших пациентов 68,1% ($n = 49$) пациентов были больными сердечно-сосудистыми заболеваниями, а среди выживших 53,7% ($n = 44$) не имели сердечно-сосудистых заболеваний. Среди продолжающих получать диализ пациентов без ССЗ было на 31,7% больше, чем среди пациентов с диагностированным ССЗ. У диализных пациентов с ССЗ, умерших в течение 30 месяцев проспективного наблюдения, было на 39,6% больше, чем у пациентов без ССЗ. Выживаемость пациентов с ССЗ составила 0,44 [95% ДИ 0,34–0,55], а у пациентов без ССЗ – 0,67 [95% ДИ 0,55–0,78].

Выводы. Согласно нашему исследованию, диализные пациенты с ХБП в более 80% случаев умирают из-за сердечно-сосудистых заболеваний. Основное место в структуре смертности занимает внезапная сердечная смерть, являющаяся причиной смерти более 60% умерших пациентов. Сердечно-сосудистая коморбидность отрицательно влияет на выживаемость диализных пациентов в Узбекистане. У диализных пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране выживаемость на 33% выше, чем у пациентов с ССЗ. Эти данные в практическом отношении заставляют пересмотреть стратегию ведения этих больных в пользу жесткой системы профилактики и лечения ССЗ, что имеет значительные перспективы в повышении выживаемости и направлении на трансплантацию почки.

**ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ****ШИРИНОВ Ш.Ш., РАХМАТОВА Д.Б.****Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан**

В настоящее время у нас нет данных, которые могли бы в полной мере продемонстрировать вариабельность распространенности ФР и оценить вклад традиционных и «новых» факторов в заболеваемость и сердечно-сосудистую смертность населения. По мере старения населения земного шара увеличивается заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности ишемической болезнью сердца, на которую приходится 75 % всех летальных исходов среди лиц старше 65 лет. Заболеваемость атеросклерозом и его клинические проявления зависят от распространенности и выраженности тех или иных факторов риска (ФР) в популяции. В настоящее время имеется достаточно данных о том, что основными ФР, определяющими как показатели смертности от ССЗ, так и их динамику, являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение и курение.

Цель. Изучить факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин в Республиканском центре скорой и неотложной медицинской помощи (РЦСПиНМП) Бухарского филиала.

Материалы и методы. Обследовано 259 женщин в возрасте 38-65 лет, из них 173 в среднем возрасте (38-49 лет). С учетом особенностей трудовой деятельности они были разделены на 2 группы: I (физический труд) – 82 человека; II (умственный труд) – 91 чел.

Результаты. У женщин II группы чаще, чем в I группе, наблюдались АГ, ИБС, гипертрофия ЛЖ, низкая физическая активность, курение, избыточная масса тела и дислипидемия. Данное наблю-

дение демонстрирует возможную связь АГ, ИБС и сердечно-сосудистых факторов риска с профессиональной деятельностью женщин.

Показательной оказалась степень информированности женщин о сердечно-сосудистых заболеваниях, так в 1-й группе никто не был информирован об ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, в то время как 60,0% женщин во 2-й группе имели информацию об этом заболевании. Женщины умственного труда с высшим образовательным уровнем II группы регулярно наблюдались врачом по поводу ИБС и гипертонической болезни и лечились в 66,6 % случаев. Наряду с этим при дополнительном обследовании (ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ) выявлено поражение органов-мишеней у 20% лиц в I группе и у 11,1% во II группе, что, вероятно, может быть связано с большей приверженностью к лечению.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о возможной зависимости заболеваемости ИБС и артериальной гипертензией на фоне атеросклероза от специфики работы у женщин среднего возраста, что предполагает внедрение организованного адекватного медико-психологического сопровождения в первичном звене. Небольшие изменения, внесенные в образ жизни, могут замедлить старение сердца. Никогда не поздно начать вести здоровый образ жизни. После появления у человека признаков ИБС факторы риска продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз, поэтому их коррекция должна быть неотъемлемой частью лечебной тактики.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА**ЭРНАЗАРОВА М.М.****Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан**

Ожирение в формировании хронической болезни почек не вызывает сомнений, однако существуют противоречивые данные о роли метаболических нарушений в развитии ХБП. В одной из последних работ азиатских исследователей установлено, что ожирение вне зависимости от 27 метаболических параметров является независимым

фактором риска снижения скорости клубочковой фильтрации в различных возрастных группах. По мере прогрессирования ожирения увеличивался риск снижения функции почек.

Цель исследования. Изучить степень стратификации риска от характеристики клинико-метаболических параметров в зависимости

от фенотипа ожирения в ранней диагностике кардиоренального синдрома.

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

Результаты исследования. Доля лиц со сниженными значениями ХС ЛПВП была одинакова в 1-й и 3-й группах ($\chi^2 = 1,0$; $p > 0,05$), в 1-й группе преобладали лица с триглицеридемией ($\chi^2 = 3,7$;

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

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



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

«ARTERIAL GIPERTONIYANI KVINTESSENSIYASI» GIPERTONIYA KRIZINI VODIY SHAROITIDA EPIDEMIOLOGIK TAFSILOTLARI VA PROFILAKTIKASINING XUDUDIY YO'NALISHLARI

MAMASALIEV N.S., NURDINOV SH.B., ABDURAXMONOV B.M, MIRZAOLIMOVA M.A,
BABAYEVA D.P, OXUNOV U.K.

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston

Ishning maqsadi – «arterial gipertoniyaning kvintessensiyasi»-gipertoniya krizini (KG) vodiy sharoitida epidemiologik tafsilotlarini o'rganish va profilaktikasining xududiy yo'nalishlarini aniqlashdan iborat bo'ladi.

Materiallar va usullar. Vodiyning Andijon mintaqasida 725 nafar 15-70 yoshli axoli epidemiologik tadqiqotda to'liq tibbiy – epidemiologik tekshiruvga jalb qilindi. GK JSST tomonidan (1999) va AQSh (2003) xamda Rossiyada (1998) qabul qilingan mezonlardan foydalanib tashxislandi. Tekshiruv natijalarini statistik taxlili rusumli kompyuterda Microsoft Excel 97 va Windows uchun mo'ljallangan 6.0 versiyali Statistica dasturlaridan foydalanib o'tkazildi.

Natijalar. «Arterial gipertoniya kvintessensiyasi» ko'rinishi bo'lib GK axoli orasida 37,2% darajada qayd etiladi. AG I bosqichiga aloqador bo'lib – 9,1%, AG II bosqichi sabab bo'lib – 16,6% va AG III bosqichi asorati sifatida 11,4% ga yetib kelib chiqadi. uning I-chi va II-chi turlari 17,7% va 19,8% dan aniqlanadilar ($r>0,05$). GK ayollarda 43,0% va erkaklarda esa

28,9% darajada tarqalish bilan uchraydi ($r>0,05$). Uning kelib chiqishi uchun nomaqbul epidemiologik xolatlar bo'lib quyidagilar tasdiqlanadi: yosh (yoshga bog'liq xolda 88,9% dan to 2,7% gacha yetib tafovut bilan aniqlanadi; $r<0,001$), ma'lumotlilik darajasi (unga bog'liq xolda GK 9,3 barobarga farqlanib aniqlanadi ($r<0,001$), etnik guruhlar o'tiroq axolida (ya'ni asosan o'zbeklarda, 4,7 barobarga yetib ko'p uchraydi; $r<0,001$), yashash sharoitlari (to 4,5 martaga yetib tafovut bilan aniqlanadi; $r<0,001$), kashandalik (31,3% uchraydi), alkogol iste'mol qilish (24% ga yetib GKni keltirib chiqaradi; $r<0,05$), lipidli omillar (35,8% xollarda GK ga sabab bo'ladi), o'tkir stresslar (81% ga yetib GKni keltirib chiqaradi, $r<0,001$), komorbidlik (35,2% ga yetib GKga sabab bo'ladi; $r<0,001$) va tibbiy nazoratni bo'lmaganligi (43,3% ga yetib GK ga sabab bo'ladi).

Xulosalar. Profilaktik dasturlar nomaqbul epidemiologik fondan kelib chiqib AG ga nisbatan rejalashtirilsa va amalga oshirilsa GKni oldini olish yoki bartaraflash uqlari yanada ochiladi yoki istiqbollashadi.

BALOG'AT YOSHIDA BO'LGAN AXOLI POPULYATSIYASIDA ARTERIAL GIPOTONIYANING KLINIK KECHISHI

MAMASALIEV N.S., NURMATOVA T.S., USMONOV B.U., ABDURAHMONOV B.M,
MIRZAOLIMOVA M.A, BABAYEVA D.P.

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston

Ishning maqsadi – balog'at yoshida bo'lgan axoli populyatsiyasida arterial gipotoniyaning (BYoArG) klinik kechishi tafsilotlarini ochish va baholashdan iborat bo'ladi.

Materiallar va usullar. Mutloq tanlov usuli bilan ajratilgan 1500 ta 15-22 yoshli axoli populyatsiyasidan 1465 tasi (97,8%) epidemiologik tekshiruv usullari qo'llanilib tekshirildi. Kompleks klinik – skringingli usullardan foydalanib BYoArG tashxislandi va uning klinik tafsilotlari baholandi.

Natijalar. BYoArG 7,0% bemorlarda noxos belgilar va klinik kechish bilan ifodalanadi. Ushbu xolatni vaqtida to'g'ri baholanmasligi va bartaraflanmasligi kardiovaskulyar kontinuum xavfini keskin oshiradi. BYoArGni xos belgilar bilan klinik ifodalanishi 93,0% bemorlarda kuzatiladi va uni tahlili ko'rsatadi-ki, namoyonlashish tafsilotida umumiy alomatlar ustuvorlik qilishadi (bexollik, ko'z oldi qorong'ilashuvi, esnash, «ko'z chaqnashlari» kabilar bilan). BYoArGni fenologik (to'la qonli va o'ta xos belgili bo'lishi) ko'rinishi yoki



bosqichi asosan 7 jiloli sinkop bilan klinik tafsilotlanadi. Ular quyidagilar: vazopressorli (vazovagal) sinkop (4,8% chastota bilan uchraydi), postural (ortostatik) sinkop (uchrashi – 2,2%), sinokarotidli sinkop (uchrash chastotasi – 1,8%), gipovolemik sinkop (uchrashi – 3,7%), kardioaritmik sinkop (uchrashi – 2,6%), giperventilyatsion sinkop (uchrashi – 1,5%) va postprandial sinkop (uchrashi – 5,9%).

Yana bir xoslik, o'smir va o'spirinlik balog'at yoshida bo'lganlarda an'anaviy klinik tasvirlanish 91,8 va 88,7% dan ($r>0,05$), noan'anaviy manzaralanish bo'lsa – 8,2%

va 11,3% dan qayd etiladi ($r>0,05$). Bundan tashqari, 7,0% xollarda BYOArG ilk bora aniqlanadi yoki mavjud gipotoniya aniqlanmay yurgan bo'ladi. BYoArGni yuqorida qayd etib o'tilgan 10 ta yetakchi simptomlari o'smir va o'spirin yoshidagilarda to'rtinchi barobarga yetib tafovut bilan ifodalanishadi.

Xulosalar. BYoArG aksariyat noxos klinik ko'rinishlar bilan o'tib kech aniqlanadi va xavf tug'diradi. Skriningli – klinik monitoring tizimidan muntazam foydalanilsa uning xatarini 100%ga yetib borib xavfsizlantirish imkoniyatlari tug'diriladi.

MIOKARD INFARKT «EPIDEMIOLOGIK YO'L» VODIY IQLIMIY SHAROITIDA O'ZIGA XOSLIGI

**MAMASALIEV N.S., USMONOV B.U. ABDURAHMONOV B.M, MIRZAOLIMOVA M.A,
BABAYEVA D.P, JUMABOYEV O.T,**

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston

Ishning maqsadi – Farg'ona vodiysi sharoitida miokard infarktining epidemiologiyasini o'rganish va baxolash.

Materiallar va usullar. Analitik–epidemiologik taxlilda 412 ta miokard infarkti bilan bemorlar (248 ta erkak va 164 ta ayollar) o'rganildi. O'tkir miokard infarkti (O'MI) tashxisi umumqabul qilingan mezonlar bo'yicha qo'yildi.

Natijalar. O'MI o'tkir koronar sindromi gumoni bilan bemorlarni 26,5% – tida aniqlanadi. Erkaklar populyatsiyasida 1,5 barobargacha yetib (60,2%) ayollarga qiyosan (39,8%) ko'p O'MI aniqlanadi ($r<0,05$). Turli yosh guruxlarida tafovut bilan kuzatiladi: 20-29 da – aniqlanmaydi, 30-39 da – 3,6%, 40-49 da – 25,4%, 50-59 da – 27,3%, 60-69 da – 28,7%, 70-79 da – 29,4% va 80 yoshdan o'tganlarda – 22,6%. Aniqlandiki O'Mlga moyillik xavfi ayniqsa 40 yoshdan boshlab deyarli 25 barobarga yetib ortadi. Uni

aniqlanish darajasi kelgindi va o'tiroq axolida – 33,6% va 25,6% dan ($r<0,05$), oliy va o'rta ma'lumotlarda – 19,6% va 31,5% dan ($r<0,05$), ishchilar va tadbirkorlar populyatsiyasida – 14,3% va 36,4% dan qayd etiladi ($r<0,001$). E'tiborga molik yana bir klinik vaziyat – arterial gipertoniya (AG) bog'liq xolda O'Mlni kelib chiqishi salkam ikki barobarga yetib ortadi ($r<0,05$). U AG bilan birgalikda 74,3% yetib uchraydi (20-80 yoshli erkaklarda – 77,8% va ayollarda – 68,9%, $r<0,05$).

Xulosalar. «Epidemiologik yo'l» vodiylar sharoitida o'ziga xosligi bilan O'MI bilan bemorda yaqqol ko'zga tashlanadi. Uni xisobga olish birinchidan, O'MIning donozologik tashxislash va bashoratlash algoritmini takomillashtiradi va ikkinchidan esa – davolash, profilaktika va reabilitatsiya dasturlarining samaradorligini keskin oshiradi.

O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPOTONIYANING ZAMONAVIY «KONSTRUKSIYASI» (EPIDEMIOLOGIK TEKSHIRUVLAR)

**MAMASALIEV N.S., NURMATOVA T.S., ABDURAHMONOV B.M, MIRZAOLIMOVA M.A,
BABAYEVA D.P, OXUNOV U.K.**

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston

Ishning maqsadi – o'smirlarda arterial gipotoniyaning (O'ArG) epidemiologiyasini o'rganishdan va uning zamonaviy «konstruksiya»ni tasvirlab berishdan iborat bo'ldi.

Materiallar va usullar. Vodiylar sharoitida representativ tanlov yo'li bilan tashkil qilingan 15–22 yoshli o'smirlar populyatsiyasi maxsus epidemiologik tekshiruvga jalb qilindi. Ular so'rovnomali, klinik, bioximik va instrumental tekshiruv usullari qo'llanilib

tekshirildilar. Arterial bosimni $\leq 100/60$ mm simob ustunidan past darajalari O'ArG deb qabul qilindi. Olingan natijalarni baholashda Student – Fisher mezonlari va variatsion statistikaning parametrik usullari qo'llanildi.

Natijalar. Aniqlandi-ki, vodiylar sharoitida boshqa mintaqalarga qiyosan yuqori chastota bilan (18,6%) O'ArG qayd etiladi. Yoshga bog'liq xolda u 4,3 barobarga yetib ko'payadi ($r<0,001$) va uning



«konstruksiyasi»ni quyidagilar tashkil qiladi: birlamchi va ikkilamchi ArG (8,6% va 2,2% dan aniqlanadi; $r < 0,01$), fiziologik va patologik ArG (4,2% va 14,4% – ni tashkil etadi; $r < 0,01$), o'tkir va surunkali ArG (7,2% va 11,5% dan aniqlanadi; $r < 0,05$), neyrokardial va postprakdial ArG (13,7% va 9,8% darajalar bilan; $r > 0,05$), ortostatik va tranzitor ishemik xurujli ArG (4,2% va 4,8% – ni tashkil qilib; $r > 0,05$), karotid sinus sindrom bilan kechuvchi va kardioaritmik tabiatli ArG (2,9% va 3,1% – dan aniqlanadi; $r > 0,05$) xamda dori – darmonlardan kelib chiqadigan ArG (1,2% daraja bilan qayd qilinadi).

Uning shakllanishida ruxiy zo'riqish (13,4%), kashandalik (30,2%), alkogol iste'mol qilish (7,8%), ijtimoiy – iqtisodiy omillar (11,5%), giperxolesterinemiya (4,8%), gipertriglitsridemiya (1,5%), irsiy moyillik (3,8%), ortiqcha tana vazni (4,6%), gipodinamiya (26,6%), meva va sabzavotlarni yetarlicha iste'mol qilmaslik (72,1%), nomuntazam ovqatlanish (93,4%), dori – darmonlarni tartibsiz qabul qilish (2,3%) kabi xatar omillari yetakchilik qilishadi.

Xulosalar. Ushbu natijalar O'ArGni donozologik bosqichida «ko'rish» va «bartaraf qilish» imkoniyatlarini beradi. Ularni xisobga olish davolash va profilaktika amaliyotlarini samaralashtiradi.

ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА РАННЕГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

БАДАЛБОВА Н. М., УЗБЕКОВА Н.Р., КИТЬЯН С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цели и задачи. Предотвращение преждевременного развития ССЗ является одной из главных целей здравоохранения. Однако сосудистое заболевание долгое время считалось болезнью пожилого возраста, но становится все более очевидным, что совокупность факторов может вызывать раннее сосудистое старение (EVA). Определить частоту СРСС у больных молодого и среднего возраста в когорте населения Андижана.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 65 больных (мужчин и женщин) гипертонической болезнью молодого и среднего возраста (65 [45,5; 54], лет). Критериями исключения являлись сахарный диабет, инфаркт миокарда (ИМ), онкологические и аутоиммунные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные и психические заболевания. У всех больных проводилось исследование (УЗИ) сердца и брахиоцефальных артерий (БЦА). С-реактивный белок определялся с помощью тест-системы ELISA (Biomerica). Для определения концентрации цитокинов использовалась тест-система Вектор Бест (Россия). Определение индекса отражения и индекса жесткости как специфического маркера жесткости артериальной стенки, отражающего атеросклеротическое поражение артерий, проводилось с использованием фотоплетизмографа Ангиоскан-01 (Россия). Главными показателями СРСС служили дебют АГ до 35 лет, повышение ИЖ; дополнительными – ИМТ > 25 кг/м², дислипидемия, повышение или снижение

противовоспалительных цитокинов, толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) > 0,8 мм, нарушение гликемии натощак, повышение ММП-9, аллопеция ≤ 35 лет, поседение ≤ 36-40 лет. Сочетание 2 основных и 3 дополнительных признаков или наличие всех основных признаков считалось маркером СРСС.

Результаты. Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия СРСС. 1-я группа с СРСС составила 40 человека, 2-я группа без СРСС – 14 человек. В 1-й группе преобладали длительность гипертонической болезни, частота дебюта АГ до 35 лет (13, 34% [19%; 47%]/0, 0% [0%; 20%], $p = 0,016$), показатели ИЖ (14, 40% [24%; 54%]/0, 0% [0%; 25%] ед., $p = 0,016$), как прямого маркера жесткости сосудистой стенки, стеноз БЦА > 50% при наличии СРСС встречался реже (1,3% [0%; 16%]/4, 27% [12%; 44%], $p = 0,024$), равно как и поражение ствола ЛКА (2, 5% [1%; 15%]/4, 27% [10%; 49%], $p = 0,044$), последнее, по данным литературы, является наиболее характерным признаком поражения коронарных артерий в группе пациентов пожилого возраста.

Выводы. Результаты, выявленные в ходе эксперимента, позволяют предполагать достаточно большую распространенность СРСС у пациентов с ССЗ молодого и среднего возраста и рассматривать увеличение жесткости сосудов в качестве независимых предикторов СРСС у больных ГБ молодого и среднего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА И МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГ И МЕТРОПОЛИТЕНА НИЖНЕГО НОВГОРОДА

ЖИДКОВА Е.А.^{1,2}, ГУТОР Е.М.², ОРЛОВА А.А.³, ДЖИОЕВА О.Н.^{1,3}, ГУРЕВИЧ К.Г.^{1,4}, ДРАПКИНА О.М.^{1,3}

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва

² Центральная дирекция здравоохранения – филиал ОАО «РЖД», Москва Россия

³ ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

⁴ ГБУ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Россия

Цель. Изучить особенности организации труда и корригируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди машинистов и помощников машиниста рельсового транспорта в зависимости от места работы: ОАО «РЖД» или МП «Нижегородское метро».

Материалы и методы. Были опрошены 925 работников локомотивных бригад, машинисты и их помощники: 846 из них работали в ОАО «РЖД», 79 в МП «Нижегородское метро». Работникам было предложено заполнить анкету для оценки условий труда, образа жизни и состояния здоровья. Сбор и обработка полученных данных осуществлялись с использованием программ Microsoft Office Excel и Statistica.

Результаты. Сменный график работы имели 57 % сотрудников МП «Нижегородское метро», при этом большинство сотрудников ОАО «РЖД» – 53,7% – имели явочный вызывной график. Основным способом прибытия на работу был личный автомобиль (43,1%) в группе ОАО «РЖД» и общественный транспорт (71%) в группе МП «Нижегородское метро». В 3 раза чаще сотрудники ОАО «РЖД» добирались на работу пешком. Сотрудники ОАО «РЖД» чаще жаловались на охлаждение кабины в зимнее время, ее перегрев в летний период и наличие сквозняков, в то время как сотрудники МП «Нижегородское метро» беспокоили сквозняки, шум и вибрация в кабине. Около 40%

машинистов обеих групп курили на момент исследования, 30% – избыточно досаливали пищу. Большинство респондентов употребляли недостаточное количество овощей и фруктов. Основная часть работников в обеих группах имела избыточную массу тела или страдала ожирением. Машинисты ОАО «РЖД» чаще обращались к врачу, принимали лекарственные препараты и получали лист временной нетрудоспособности.

Заключение. Обращает на себя внимание, что значительная часть работников в обеих группах употребляли недостаточное количество овощей и фруктов, были мало физически активны и имели избыточную массу тела или страдали ожирением. Все это указывает на необходимость продолжения методической работы по устранению ведущих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: курения, гиподинамии, нерационального питания. Полученные результаты позволили выявить особенности организации труда, состояния здоровья и образа жизни работников рельсового транспорта Нижнего Новгорода. На основе выявленных особенностей могут быть разработаны рекомендации по совершенствованию условий труда и модификации образа жизни работников локомотивных бригад, оптимизированы корпоративные программы и программы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КИТЯН С.А., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВ Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – наиболее частое и неблагоприятное осложнение и исход многих заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ). Несмотря на достижения в терапии ССЗ, уровень осложнений и смертности

среди больных с ХСН остается очень высоким. На сегодняшний день ХСН является одной из наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности, как в большинстве стран мира, так и в Узбекистане. Выявление и своевременное уstra-



нение факторов риска (ФР) даёт возможность улучшить качество жизни, снизить частоту госпитализации.

Цель исследования. Изучить распространенность основных факторов риска у больных с ХСН.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 87 больных с ХСН ишемической этиологии, средний возраст которых составил $66,2 \pm 4,1$ лет, из них 56 мужчин и 31 женщина. В исследование вошли больные с ишемической болезнью сердца (ИБС). Больные находились на стационарном лечении в кардиологическом диспансере города Андижана. Всем пациентам было проведено стандартное обследование, включающее шкалу оценки клинического состояния при ХСН в модификации В.Ю. Мареева (ШОКС), тест ходьбы в течение 6 мин (ТШХ).

Результаты. Были заполнены специально подготовленные анкеты. 100% больных страдали ИБС и у 52 (87%) из них была диагностирована ГБ. Из числа обследованных больных у 52 (82%) в анам-

незе был перенесенный инфаркт миокарда. У 11 (12%) больных отмечалась ХСН ФК I, у остальных ФК II-III. Обнаружено, что повышение общего холестерина было отмечено у 52 (87%) больных, в основном за счет ХС ЛПНП. У 4 больных по ЭКГ данным выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий, у 12 больных – предсердные и желудочковые экстрасистолии. Анализ результатов ЭхоКГ показал, что большинство пациентов имели увеличенные размеры левого предсердия (4,9 мм), левого желудочка (медиана конечного систолического размера – 4,4 мм, медиана конечного диастолического размера – 6,1 мм), а также сниженную фракцию выброса 44,2 %.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что основными факторами риска распространенности ХСН являются наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда, различных нарушений ритма по данным ЭКГ, гиперхолестеринемии, а также сниженной фракции выброса левого желудочка.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА АТЕРОСКЛЕРОЗ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА КЎРСАТМАЛАР

ОДИЛОВА Н.Қ., МАВЛОНОВ Н.Х.

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Бухоро вилоят минтақавий филиали Бухоро давлат тиббиёт институти*

Мақсад: ёш аёлларда артериал гипертензия (АГ) ва атеросклероз (АС) учун хавф омиллари (ХО) тарқалишини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. «Республиканинг турли ҳудудларида юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва атеросклероз эпидемиологияси» стандарт методологиясига мувофиқ 18-60 ёшдаги 126 нафар аёллар, жумладан, 56 нафар ёшлар (18–29 ёш) тиббий кўриқдан ўтказилди. Меҳнат фаолиятининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда 3 та гуруҳ тузилди: I-гуруҳ (жисмоний меҳнат билан шуғулланувчилар) – 21 киши; II-гуруҳ (ақлий меҳнат) – 19 киши, ўқитувчилар, иқтисодчилар, тиббиёт вакиллари ва ижтимоий соҳа ходимлари, хизматчилар; III – гуруҳ (тизимли стресс ва жисмоний нофаол иш фаолияти) – 16 киши, такси ва автомобил ҳайдовчилари.

Натижалар ва муҳокама. Аёлларнинг ёш бўлишига қарамай, АГ (9,2%), ЮИКнинг эпидемиологик шакллари (4,8%), шунингдек, чап қоринча гипертрофияси (ЧҚГ, 6,9%), паст жисмоний фаоллик (ПЖФ, 48,3%), чекиш (Ч., 13,8% ва алкогольли ичимликлар истеъмоли (АИ, 66,6%), ортиқча вазн (ТВИ, 18,4%), дислиппротеидемия (ДЛП, 13,7%) I-гуруҳдаги одамларда жуда тез-тез кузатилган. Бироқ, иккинчи гуруҳда (АГ – 10,5%, ЮИК – 8,8%, ЧҚГ – 14,0%, ПЖФ – 64,9%, Ч-15,7%, АИ – 66,6%,

ТВИ – 22,8% ва ДЛП – 24,6%) ва ИИИ (13,1 – 10,5 – 13,1 – 26,3 – 89,5 – 15,7 – 28,9 – 25,9% мос равишда ўсиш тенденциясини кўрсатди ($p < 0,05$), бу эса АГ, юрак ишемик касаллиги ва уларнинг ХО хусусиятларининг тарқалиши ва ёш аёлларнинг касбий фаолияти ўртасида боғлиқлик мавжудлигини кўрсатади. Шу билан бирга, гипертония мавжудлигидан хабардорлик даражаси – I ва III-гуруҳ вакиллари орасида гипертония ҳақида ҳеч ким маълумотга эга эмас ва II-гуруҳ аёлларининг ярмидан кўпи (60,0%) касаллик ҳақида билар эди. II ва III-гуруҳдаги шахсларда АГни назорат қилиш бўйича ҳеч қандай чора-тадбирлар (дори воситалари ва номедикаментоз тадбирлар) қўлланмагани аниқланган. Олий маълумотли (II гуруҳ) ақлий меҳнат ходимлари гипертония билан боғлиқ ҳолда мунтазам равишда маълумот олиши кузатилган ва 66,6% ҳолларда терапевтик самара билан даволанган. Шу билан бирга, тикувчи аёллар ($n=16$) ва бошқа касб эгалари ($n=12$) кўшимча текширув (махсус сўров ва ЭКГ мониторинги) ўтказилганда юрак ритми бузилишининг клиник белгилари 7,6% беморларда худди шу ҳолат билан боғлиқ ЭКГ белгилар эса 11,9% пациентларнинг биринчи гуруҳида 3,7 ва мос равишда 7,4%, иккинчисида ($p < 0,05$) аниқланган бўлиб, бу ёш аёлларда юрак-қон томир хавфини шакллантиришга иш-

лаб чиқариш фаолиятининг ўзига хос таъсирини тасдиқлайди.

Хулоса. Олинган натижалар артериал гипертензия ва атеросклероз хавф омиллари частотасининг ёш аёллар меҳнатининг ўзига хос хусуси-

ятларига боғлиқлигини кўрсатади, бу «Ёш аёллар саломатлиги» маълумотлар банкни яратиш ва тегишли тиббий-психологик мониторингни амалга оширишни назарда тутади.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА

СЕДЫХ Д.Ю., ПЕТРОВА Т.С., ХРЯЧКОВА О.Н., КАШТАЛАП В.В.

НИИ КПССЗ, Россия, Кемерово

Цель исследования. Выделить отличия в распространенности факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от семейного статуса.

Материал и методы. В исследование включены 94 пациента, госпитализированные с мая 2021 по май 2022 года с ИМ в КККД им. акад. Л.С. Барбараша, постоянно проживающие на территории города Кемерово или Кемеровского района. Средний возраст составлял 61 (52; 66) год, 75 (79,8%) пациентов были мужского пола. 64 (68%) больным был установлен Q-образующий тип ИМ, острая сердечная недостаточность встречалась при ИМ у 10 (10,6%). Коронарография при поступлении выполнена 94 (100%) пациентам, из которых 79 (84%) перенесли коронарное стентирование, а 3 (3,2%) были отписаны на коронарное шунтирование без выписки из стационара. В анамнезе регистрировалась артериальная гипертензия у 85 (90,4%) пациентов, предшествующая стенокардия – у 32 (34%), перенесенный ИМ – у 19 (20,2%), заболевания периферически артерий – у 10 (10,6%), дислипидемия – у 64 (68%), ожирение – у 18 (19,1%), сахарный диабет и хроническая болезнь почек – у 23 (24,5%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 4 (4,3%), новая коронавирусная инфекция – у 25 (26,6%), онкопатология – у 6 (6,4%). Регулярно до индексного ИМ улучшающую прогноз-терапию принимали 47 (50%) человек. Все пациенты исследования исходно разделены на две группы в зависимости от семейного статуса: семейные пациенты – 74 (78,7%) и проживающие без семьи и партнера – 20 (21,3%). Сбор информации осуществлялся на 3-и сутки госпитализации посредством анкетирования с выяснением характеристик, определяющих социально-экономический и поведенческий «портрет» обследуемых, состояния индивидуального здоровья. Информация о физической активности получена с помощью опросника International Questionnaire on Physical Activity. Дополнительно учитывались данные медицинской документации.

Результаты. Выявлено, что среди пациентов с ИМ семейные лица в сравнении с несемейными в 5,9 раза чаще имели сахарный диабет ($p=0,023$), в 10,7 раза чаще указывали на ежемесячный доход, превышающий минимальный размер оплаты труда в регионе ($p=0,007$), в 1,6 раза реже отмечали низкую бытовую физическую активность ($p=0,0164$), в 9,3 раза реже указывали на усталость ($p=0,001$), в 4,9 раза – на нарушения засыпания ($p=0,016$), в 10,7 раза реже – на нарушения концентрации ($p=0,007$) и снижение самооценки ($p=0,007$). Между тем, в группах исследования не получено значимых отличий по возрасту, полу, проживанию в селе или городе, религиозной, национальной и этнической принадлежностям, числу работающих лиц, доле занимающихся низкоквалифицированным трудом, частоте предшествующих ИМ ишемической болезни сердца и/или заболевания периферических артерий, ожирению, дислипидемии, приверженности к приему липидснижающих и гипотензивных препаратов, количеству употребляющих крепкий алкоголь, курильщиков, имеющих низкую физическую активность (общую, рабочую, рекреационную), отмечавших эпизоды стресса на работе или дома в течение месяца, а также потерю интереса к окружающему миру, изменения веса и мысли о смерти.

Выводы. Среди семейных и несемейных пациентов с ИМ высока распространенность большинства традиционных и нетрадиционных факторов сердечно-сосудистого риска, требующих своевременной коррекции. Вероятно, семейный статус имеет противоречивую связь с распространенностью других факторов риска у пациента: прогностическую для психологических триггеров, низкой бытовой физической активности и низкого ежемесячного дохода; рисковую для сахарного диабета. Последнее может быть объяснено сложившимся в семье стереотипом питания и требует дальнейшего изучения.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН****ТАИРОВ М.Ш.****Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии**

Цель исследования. Оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных, поступивших в острые болями в грудной клетке (сердце).

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 156 (85 женщин, 71 мужчина) историй болезни пациентов в возрасте 25-85 лет, экстренно госпитализированных в Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2018 году. Истории подбирались методом случайной выборки. При оценке структуры госпитализированных пациентов исследовались: пол, возраст, данные анамнеза, объективного осмотра (рост, вес, АД, ЧСС), клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, липидограмма, СКФ, тропонин, ЭКГ, ЭхоКГ). Статистический анализ проводился посредством вычисления экстенсивных показателей, средней величины и стандартного отклонения ($M \pm m$), коэффициента корреляции (r) в программе MedCalc Statistical Software version 20.110.

Результаты исследования. Распределение поступивших пациентов по полу 54,5% женщин и 45,5% мужчин, средний возраст которых был 63, 60 лет соответственно. Средние показатели индекса массы тела составлял 28,8 у женщин

и 29,9 у мужчин. Средний показатель окружности талии составлял 103,1 см у женщин и 115,3 у мужчин. Средние показатели САД и ДАД до лечения как у женщин, так и мужчин были высокими (САД 161,976; 161,958 мм рт.ст, ДАД 96,094; 95,761 мм рт.ст соответственно). Средние показатели глюкозы в крови натощак составляли 8,067 у женщин, 8,473 у мужчин. Средние показатели уровня холестерина в крови составляли 5,291 ммоль/мл у женщин и 5,425 ммоль/мл у мужчин. Показатели триглицеридов в крови в среднем составлял 1,652 ммоль/мл у женщин, 1,680 ммоль/мл у мужчин. Средние показатели ЧСС составляли 88,647 у женщин и 85,268 у мужчин. Средние показатели фибриногена в крови составляли 3,094 г/л, у женщин, 3,138 г/л у мужчин.

Выводы. Установлена высокая распространенность основных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных, поступивших в острые болями в грудной клетке. Наличие каждого из факторов риска и особенно их сочетание увеличивает риск развития ССЗ. У многих пациентов не достигаются целевые значения основных факторов риска ССЗ (липидов, АД, ЧСС, ИМТ, глюкозы натощак), что и приводит пациентов к экстренной госпитализации.

КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ**ТАШТЕМИРОВА И.М., БАХРИДДИНОВА Н.М., ҚОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р.****Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон**

Кириш. Гипертония касаллиги кардиологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Артериал гипертензия ривожланишида беморларнинг жинси ва ёши, хусусан, организмдаги гормонал ўзгаришлар даврлари катта аҳамиятга эга. Климактерик даврда жинсий гормонлар етишмовчилиги натижасида артериал гипертензия тез-тез ривожланади, унинг умумий соматик ва кардиогемодинамик кўринишлари аёлларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради ва унинг давомийлигини камайтиради.

Кўпгина тадқиқотлар артериал гипертензия ривожланиши ва менопаузанинг бошланиши

ўртасидаги боғлиқликни исботлади. Шундай қилиб, постменопаузал аёллар нафақат гипертензиянинг юқори даражаси ва ривожланиши билан, балки касалликнинг тезроқ ривожланиши билан ҳам ажралиб туради.

Текширув материаллари ва усуллари. Биз ҳам аёллар орасида сахар ва қишлоқларда АГни кай даражада тарқалганлиги ҳақида илмий татқиқот ўтказдик. Илмий тадқиқот АДТИ клиникасининг I ва V-терапия кардиология бўлимларида даволанган аёл беморлар текширувга олиниб, касаллик тарихларини ретроспектив ўрганиш асосида олиб борилди.



Илмий тадқиқот натижалари. Ўрганиш мобайнида аёлларни ёши гуруҳларга ажратиб олинди ва натижалар тахлилига кўра қуйидаги натижалар олинди. Аёллар орасида АГни ёшга хос тарқалганлиги қуйидагича: 1650 та бемор аёл даволанган: уларнинг ёшига нисбатан тарқалиши 20-29 ёшда 2%, 30-39 ёшда 6,9%, 40-49 ёшда 26,6%, 50-59 ёшда 32,4%, 60 ёшда 32,1%ни ташкил этди ва АГ 50-59 ва 60 ёшларда кўп тарқалганлиги аниқланди. Аёлларда асосий хавф омилларини учраши қуйидагича бўлди. Аёлларни 76% асабийлашишга, 10% ирсиятга, 6,1% аёл семиришга, 3,6% климакс даврига, 4,3% менопауза даврига касалликларини боғлиқ деб билишган. 2012- 2014 йиллар давомида даволанган аёллар ўртасида сахарлик аёллар 51,2%ни, қишлоқларда истиқомат қилувчи аёллар эса 48,8%ни ташкил қилди. Бизнинг тешшириш натижаларимизда АГ билан оғриган сахарлик аёллар сони билан қишлоқда истиқомат қилган аёллар орасида ста-

тистик ифодаланган тафовут аниқланмади. Текшириш давомида аёлларни ЭКГда ритм бузилишлари: синусли тахикардия – 13,6%: синусли брадикардия – 5,4%: экстрасистолия – 7,8%: титрок аритмия – 0,5%: Гис тутами қамали – 2,6%; пароксизмал тахикардия – 0,8% кузатилган. Натижаларга кўра ритм бузилишларидан энг кўпи СТ бўлиб, бу кўпроқ 20-29; 30-39 ёшдаги аёлларда кўп учраган.

Хулоса: Ушбу олиб борган илмий тадқиқот натижалари АГ ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини тарқалиши, сахар ва туманларда яшовчи аёлларда АГни тарқалиши, яшаш шароити, касби, ёши, яшаётган иқлими, мунтазам ва номунтазам даволаниш турлари турли ёшларда ҳар-хил учраши мумкинлигини яна бир бор тасдиқлади. Бу аёллар орасида АГни ташхис қилишда, АГни олдини олиш ва даволашда ахамиятга эга бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

АССОЦИАЦИЯ G894Т ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.¹, РАДЖАПОВА Г.М.¹, ПУЛАТОВА М.¹, ШЕРБАДАЛОВА Н.¹, ЗАКИРОВА Д.В.²,
ИБРАГИМОВА И.А.¹, ШУКУРОВА Д.Ю.¹, МАШКУРОВА З.Т.¹, АБДУЛЛАЕВ А.А.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение влияния G894Т полиморфизма гена NOS3 на риск развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции.

Материалы и методы. В исследование было включено 206 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018) обоего пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил $58,82 \pm 11,91$ года, средняя длительность АГ – $10,9 \pm 7,2$ года. С целью верификации фибрилляции предсердий проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием монитора Cardiospy (LABTECH LTD, Венгрия). Генотипирование G894Т полиморфизма гена NOS3 проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн-программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль»», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http://gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований принимались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. С целью изучения взаимосвязи G894Т полиморфизма гена NOS3 с риском развития ФП в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные АГ с ФП (случаи, $n=91$) и 2 группа – больные АГ без ФП (контроли, $n=115$). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов

и аллелей G894Т полиморфизма гена NOS3: GG генотип определен у 52,7% больных, GT генотип – у 45,1%, TT генотип – 2,2%, $\chi^2=60,758$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства G аллеля: G аллель – 75,3%, T аллель – 24,7%, $\chi^2=91,000$, $p=0,000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было со значительным превалированием G аллеля: G аллель – в 75,7%, T аллель – в 24,3% соответственно, $\chi^2=119,035$, $p=0,000$. При этом соотношение GG:GT:TT-генотипов было следующим: 60,0% : 31,3% : 8,7%, $\chi^2=68,426$, $p=0,000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил протективный эффект G аллеля G894Т полиморфизма гена NOS3 в отношении риска развития ФП у больных АГ узбекской популяции. В частности, на основании общей модели наследования найден протективный эффект GG генотипа в отношении риска развития ФП у больных АГ: общая модель наследования продемонстрировала значительное накопление GG генотипа среди 115 больных АГ без ФП 2 группы 60,0% ($\chi^2=6,72$ $P=0,03$; OR=0,74, 95% CI 0.43-1.30), при этом GT генотип встречался реже в 31,3% случаев и TT генотип еще реже в – 8,7% случаев. Тогда как в 1 группе больных GG и GT генотипы встречались в одинаковом соотношении: 52,7% : 45,1% соответственно.

Выводы. Полученные результаты указывают на достоверно большее накопление GG генотипа G894Т полиморфизма гена NOS3 среди больных АГ без ФП. Носительство GG генотипа G894Т полиморфизма гена NOS3 ассоциировано с низким риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ T786C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.¹, РАДЖАПОВА Г.М.¹, ПУЛАТОВА М.¹, ШЕРБАДАЛОВА Н.¹, ЗАКИРОВА Д.В.², ИБРАГИМОВА И.А.¹, ШУКУРОВА Д.Ю.¹, МАШКУРОВА З.Т.¹, АБДУЛЛАЕВ А.А.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение влияния T786C полиморфизма гена NOS3 на риск развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции.

Материалы и методы. В исследование было включено 207 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018) обоего пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил 58,79 ± 11,90 года, средняя длительность АГ – 11,0 ± 7,1 года. С целью верификации фибрилляции предсердий проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием монитора Cardiospy (LABTECH LTD, Венгрия). Генотипирование T786C полиморфизма гена NOS3 проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн-программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль»», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http://gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований принимались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. С целью изучения взаимосвязи T786C полиморфизма гена NOS3 с риском развития ФП в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные АГ с ФП (случаи, $n=91$) и 2 группа – больные АГ без ФП (контроли, $n=116$). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей T786C полиморфизма гена NOS3: ТТ генотип определен у 65,9% больных, ТС генотип – у

26,4%, СС генотип – 7,7%, $\chi^2=72,429$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства Т аллеля: Т аллель – 79,1%, С аллель – 20,9%, $\chi^2=121,154$, $p=0,000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было также с превалированием Т аллеля: Т аллель в 70,6%, С аллель в 29,4% соответственно, $\chi^2=79,067$, $p=0,000$. При этом соотношение ТТ:ТС:СС-генотипов было следующим: 50,4% : 40,3% : 9,2%, $\chi^2=49,336$, $p=0,000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил ассоциацию ТТ генотипа T786C полиморфизма гена NOS3 с риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции. В частности, на основании рецессивной модели наследования продемонстрировано значительное накопление ТТ генотипа среди 91 больного АГ с ФП 1 группы 65,9% ($\chi^2=5,07$ $P=0,02$; OR=1,90, 95% CI 1,08-3,34), при этом ТС+СС генотипы встречались реже в 34,1% случаев. Тогда как во 2 группе больных распределение больных с ТТ и ТС+СС генотипами встречались в одинаковом соотношении: 50,4% : 49,6% соответственно. Общая модель наследования продемонстрировала тенденцию к накоплению ТТ генотипа среди больных 1 группы (65,9%; $\chi^2=5,25$; $P=0,07$; OR=1,90, 95% CI 1,08-3,34), при этом ТС генотип встречался в 26,4% случаев и СС генотип в – 7,7% случаев. Тогда как во 2 группе больных ТТ и ТС генотипы встречались с одинаковой частотой: в 50,4% и в 40,3% случаев.

Выводы. Полученные результаты указывают на тенденцию к накоплению ТТ генотипа T786C полиморфизма гена NOS3 среди больных АГ с ФП. Носительство ТТ генотипа T786C полиморфизма гена NOS3 ассоциировано с высоким риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА СКРИНИНГНИНГ АҲАМИЯТИ

АБИДОВА Д.Э.¹, МУХАМЕДОВА М.Г.², ХАДЖАЕВА М.Т.²

¹Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Узбекистан

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Артериал гипертензия 21-асрнинг юқумли бўлмаган пандемия-

си сифатида барча давлатларда кенг кўламда аниқланмоқда. Тиббиётдаги ислохотларга қара-



масдан Ўзбекистонда ҳам артериал гипертензия билан касалланиш йил сайин ортиб бормоқда. Шу муносабат билан артериал гипертензияни эрта аниқлаш ва хавф омилларини коррекциялаш замонавий кардиологиянинг асосий вазифаларидан саналади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади скрининг-ни артериал гипертензияни эрта аниқлашдаги аҳамиятини ва артериал гипертензиянинг предикторларининг баҳолашдан иборат.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт марказининг кўп тармоқли поликлиникасида профиллактик кўрик учун 2018-2022 йиллар давомида ташриф буюрган 418 бемор скрининг кўригидан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $34,6 \pm 14,8$ ёш бўлиб, шулардан 279 тасини (67%) аёллар ташкил этди. Беморлар ўртача $36 \pm 5,8$ ой давомида кузатилди. Беморларнинг дастлабки ва кузатув даври мобайнидаги антропометрик кўрсаткичлари, артериал қон босими, юрак қисқаришлари сони, қон умумий анализи, қоннинг биокимёвий таҳлили ҳамда сийдикдаги альбумин ва креатинин кўрсаткичлари текширилди. Барча статистик таҳлиллар SPSS 26.0 (IBM USA) дастурий таъминоти ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Дастлабки скрининг давомида беморларнинг олти фоизида қон босимининг меъёридан юқорилиги кузатилди (систолик қон босими $> 139/89$ мм.с.м.уст). Артериал қон босими юқори бўлган беморларнинг асосий қисмини эркаклар ҳамда тана вазни индекси $29,9$ кг/м² дан юқори бўлган қатлам инсонлар ташкил этди. Артериал қон босими юқори бўлган беморларнинг асосий қисми ўртача кунига 8 соатдан кўп меҳнат қиладиган (1,4; Корреляцион Интервал 95%; 1,05

– 2,0; $P < 0,05$) ҳамда иш фаолиятида тез тез (камида кунига 3 мартаба) асабийлашадиган беморлар зиммасига тўғри келди (1,2; Корреляцион Интервал 95%; 1,03 – 1,7; $P < 0,05$). Кузатув давомида яна ўттиз саккиз нафар инсонда (9%) кўшимча артериал гипертензия ривожланди. Кўшимча артериал гипертензия ривожланган инсонларда қон босими нормада бўлганларга қараганда дастлабки текширувдаги сийдикдаги альбумин/креатинин миқдори камлиги кузатилди ($27,6 \pm 12,8$ мг/л қ. $46,2 \pm 14,0$ мг/л, $P < 0,001$). Шу билан бир қаторда қорин айланаси юқори бўлган инсонларда ҳам артериал гипертензия ривожланиш хавфи юқори эканлиги кузатилди (2,0; Корреляцион Интервал 95%; 1,4 – 4,2; $P < 0,01$). Артериало гипертензия ривожланган беморларнинг қорин айланасининг юқорилиги айниқса эркакларда сезиларли даражада бқори эканлиги кузатилди ($P < 0,05$). Бундан ташқари дастлабки текширувдаги қондаги глюкоза миқдорининг юқори бўлиши аёлларда кузатув давомида артериал гипертензия ривожланиш хавфининг юқори бўлиши билан узвий боғлиқлиги кузатилди ($P < 0,05$).

Хулоса: Скрининг усулларининг қўллаш артериал гипертензияли беморларнинг эрта аниқлаш имконини беради. Бундан ташқари скрининг усулларини қўллаган ҳолатда артериал гипертензия ривожланишидаги предикторларни эрта аниқлаш ва шу билан бир қаторда ушбу контингент инсонларда профиллактик чора тадбирларни олиб бориш артериал гипертензия ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтириш билан бир қаторда, соғлиқни сақлаш тизимида тушадиган юкломани камайтириш имконини беради.

АЁЛЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ДАРАКЧИЛАР

АБИДОВА Д.Э.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази,
Тошкент, Ўзбекистан

Муаммонинг долзарблиги: Дунё бўйлаб артериал гипертензия билан касалланиш сурати йил сайин ортиб бормоқда. Айниқса кам ривожланган ва ривожланаётган давлатларда ушбу патологик ҳолат билан касалланган беморларнинг кўпчилиги ўз вақтида аниқланмаётганлиги сабабли соғлиқни сақлаш тизимида тушадиган юклама ортиб бормоқда. Шу сабабли ҳам артериал гипертензия ва унинг даракчиларини эрта аниқлаш, ўз вақтида бартараф қилиш мумкин бўлган омилларни коррекциялаш ҳамда аҳоли орасида профиллактик чора тадбирларни кенг тарғиб этиш замонавий кардиологиянинг асосий вазифаларидан биридур. Ушбу тадқиқотнинг мақсади ўрта ёшли аёллар ўртасида артериал гипертензияни тарқалганлигини ҳамда

артериал гипертензия ривожланишига олиб келадиган эрта даракчи белгиларни аниқлашдан иборат.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг кўп тармоқли поликлиникасида профиллактик кўрик учун 2018-2022 йиллар давомида ташриф буюрган 279 аёллар текширувдан ўтказилди. Аёлларнинг ўртача ёши $33,2 \pm 13,4$ ёшни ташкил этди. Аёллар ўртача $36 \pm 5,8$ ой давомида кузатилди. Беморларнинг дастлабки ва кузатув даври мобайнидаги антропометрик кўрсаткичлари, артериал қон босими, юрак қисқаришлари сони, қон умумий анализи, қоннинг биокимёвий таҳлили ҳамда сийдикдаги альбумин

ва креатинин кўрсаткичлари текширилди. Барча статистик таҳлиллар SPSS 26.0 (IBM USA) дастурий таъминоти ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Дастлабки текширув давомида беморларнинг 4 фоизида (11 таси) қон босимининг меъёридан юқорилиги кузатилди (систолик қон босими > 139/89 мм.см.уст). Артериал қон босими юқори бўлган беморларнинг асосий қисмини ҳомиладорликда оғир токсикоз ўтказган (7 та) ҳамда тез тез сийдик йўллари касалликларини ўтказадиган (4 та) аёллар ташкил этди. Кузатув давомида яна 23 беморда артериал гипертензия ривожланди. Дастлабки текширувдаги қондаги глюкоза миқдорининг юқори бўлган (1,3; Корреляцион Интервал 95%; 1,07 – 2,1; P <0,05) ҳамда тана вазни индексининг юқори бўлган беморларда (1,7; Корреляцион Интервал 95%; 1,2 – 3,2; P <0,05) артериал гипертензия ривожланиш хавфи юқори бўлди. Бундан ташқари сийдикдаги альбумин/креатинин миқдорининг юқори бўлишини ҳам артериал гипертензия ривожланиш хавфи билан узвий боғлиқлиги кузатилди (1,4; Кор-

реляцион Интервал 95%; 1,09 – 2,3; P <0,05). Гарчи биокимёвий текширувлардаги қондаги холестерин миқдорининг юқорилиги, креатинин миқдорининг юқорилиги ҳамда триглицерид миқдорининг юқорилиги билан артериал гипертензия ривожланиш хавфи ўртасида бироз боғлиқлик кузатилган бўлсада, бу боғлиқлик статистик жиҳатдан сезиларли эмаслиги кузатилди (P >0,05).

Хулоса: Гарчи ўрта ёшли аёлларда қон босимининг юқори бўлиши кенг тарқалмаган бўлсада, баъзи омиллар жумладан қондаги глюкоза миқдорининг юқори бўлиши, тана вазни индексининг катталиги ҳамда сийдикдаги альбумин/креатинин нисбатининг паст бўлиши маълум вақт давомида артериал гипертензияни ривожлантириш хавфини ошириши аниқланди. Ўз вақтида артериал гипертензия ривожланишига олиб келадиган предикторларни аниқлаш ва профилактик чор тадбирларни кенг қўллаш аёллар саломатлигини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга.

ЎРТА ЁШЛИЛАРДА АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ПРЕДИКТОРЛАРИ

АБИДОВА Д.Э.¹, МУХАМЕДОВА М.Г.².

¹Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Артериал гипертензия замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан саналади. Гарчи сўнги йилларда тиббиётнинг ютуқлари ва замонавий даволаш профилактика усуллари яратилаётган бўлсада, артериал гипертензия билан касалланиш ортиб бормоқда. Бу эса ўз навбатида артериал гипертензияни кўпайишига сабаб бўлаётган омилларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этишни тақозо этади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади ўрта ёшли аҳоли орасида артериал гипертензияни тарқалиши ҳамда артериал гипертензия ривожланишидаги предикторларни баҳолашдан иборат.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт марказининг кўп тармоқли поликлиникасида профилактик кўрик учун 2018-2022 йиллар давомида ташриф буюрган 418 бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши 34,6±14,8 ёшни ташкил этди. Шулардан 279 таси (67%) аёллар ташкил этди. Беморларнинг ўртача кузатув даври 3,0±1,8 йилни ташкил этди. Беморларда дастлабки кўрикка келган вақтида ҳамда қайта кузатув учун кўрикка келган вақтида антропометрик кўрсаткичлари, артериал қон босими, юрак қисқаришлари сони, қон умумий анализи, қондаги

глюкоза миқдори, креатинин, мочевино ҳамда сийдикдаги альбумин ва креатинин кўрсаткичлари текширилди. Барча статистик таҳлиллар SPSS 26.0 (IBM USA) дастурий таъминоти ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Дастлабки текширувда профилактик кўрикка келган беморларнинг 6% (25 таси) да қон босимининг меъёридан юқорилиги кузатилди. Шундан асосий қисмини эркаклар ташкил этди (64%). Ўртача 3,0±1,8 йиллик кузатув давомида яна 9% (38 та) беморда қон босимининг нормадан юқори эканлиги кузатилди. Қон босими ошган беморларнинг аксариятида тана вазни индекси юқори эканлиги кузатилди (2,6; Корреляцион Интервал 95%; 1,7 – 4,8; P <0,001). Шу билан бир қаторда қорин айланаси юқори бўлган беморларда артериал гипертензия ривожланиш хавфи юқори эканлиги кузатилди (2,0; Корреляцион Интервал 95%; 1,4 – 4,2; P <0,01). Қон биомаркерларидан қондаги глюкоза миқдори юқори бўлган (1,6; Корреляцион Интервал 95%; 1,2 – 2,9; P <0,01) ҳамда сийдикдаги альбумин/креатинин нисбати 30 мг/г дан паст бўлган беморларда (1,4; Корреляцион Интервал 95%; 1,1 – 2,2; P <0,05) артериал гипертензия ривожланиш хавфи юқори эканлиги кузатилди. Бошқа антропометрик кўрсаткичлари ҳамда қон



биокимёвий кўрсаткичлари билан артериал гипертензия ривожланиш хавфи ўртасидаги боғлиқлик кузатилмади. Жинс бўйича алоҳида текширганимизда аёлларда сийдикдаги альбумин/креатинин миқдори ҳамда қондаги глюкоза миқдори эркаларга қараганда артериал гипертензия ривожланишида кучлироқ даракчи эканлиги кузатилди ($P < 0,05$). Қорин айланаси эса эркаларда артериал гипертензия ривожланишидаги кучлироқ даракчи омиллардан саналади ($P < 0,05$).

Хулоса: Ўрта ёшли вояга етган инсонлар орасида артериал гипертензия учраши юқори бўлиб, тана вазни индексин, қорин айланаси, қондаги

глюкоза миқдори, сийдикдаги альбумин/креатинин миқдори артериал гипертензия ривожланишининг даракчиларидан саналади. Сийдикдаги альбумин/креатинин миқдорининг 30 мг/л дан камлиги ҳамда қондаги глюкоза миқдорининг юқори бўлиши аёлларда кучлироқ даракчи белгилардан бўлса, қорин айланасининг юқори бўлиши эркаларда артериал гипертензия ривожланишининг кучлироқ предикторларидан саналади. Ушбу даракчи омилларни эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволаш орқали артериал гипертензия ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтириш мумкин.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ

АЛЛАБЕРДИЕВА Б.А., АННАЕВ Б.Х., ЧОВДУРОВ О.Г., БЕРДИЕВ К.Х.

*Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии,
г. Ашгабат, Туркменистан*

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основополагающих факторов, приводящих к развитию или осложнению сердечно-сосудистых заболеваний. Особенно это ярко выражена в экологически неблагоприятном регионе Приаралье. Достаточно напряженная экологическая ситуация в Приаралье создала непосредственную угрозу для здоровья населения. Среди экологических факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья населения этого региона, следует отметить опустынивание территорий, дефицит доброкачественной питьевой воды, усиление солепылевыноса с осушенного дна Аральского моря, массированное засоление земель, химическое загрязнение природных сред, повышение сухости воздуха, резкая континентальность.

Цель работы. Изучение особенностей клинического течения артериальной гипертензии среди неорганизованного населения Приаралье.

Материалы и методы. В целях решения поставленных задач проводилось комплексное одномоментное эпидемиологическое исследование методом биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужило мужское и женское население в возрасте ≥ 20 –60 лет, проживающее в северных районах страны. Всего было обследовано 980 человек. Из них по Лебапскому велаяту 162, по Дашогузскому велаяту 818 человек.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции основную группу составили больные АГ – 607 (62%), средний

возраст которых $41,3 \pm 8,9$, больные ишемической болезнью сердца (ИБС) 181 (18,5%), средний возраст $46,12 \pm 10,21$ и больные АГ в сочетании с ИБС 192 (19,5%) со средним возрастом $52,31 \pm 7,8$.

Течение артериальной гипертензии отличалось стойким повышением как систолического (АДс $189,7 \pm 23,3$ мм рт ст.), так и диастолического АД (АДд $110,4 \pm 19,2$ мм рт ст.) давления, трудно поддающегося лечению и требующего назначения 2 или 3 гипотензивных препаратов. У обследованных больных часто встречались осложнения: нарушения ритма сердца у 51% и проводимости сердца у 22%, сердечная недостаточность у 39%. Также необходимо отметить, что у этих больных заболевания часто осложняются инфарктами и инсультами, особенно в 3 группе (инсульт – 17%, инфаркт – 11%). Распространенность артериальной гипертензии среди женщин наблюдалась статистически выше, чем у мужчин на 7,1% ($P < 0,05$). С возрастом частота распространенности АГ у мужчин увеличивается в среднем в 18 раз ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, клиническое течение сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Приаралье отличается тяжелым течением, стойкой артериальной гипертонией и частым развитием осложнений. Тяжесть течения и процент заболеваемости населения Приаралье говорит о том, что практическое здравоохранение должно больше внимание уделять профилактическому направлению в целях раннего выявления и устранения факторов, приводящих к развитию артериальной гипертензии.

ОРОЛ БЎЙИ АҲОЛИСИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ТУРИНИ УРАПИДИЛ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК-ГЕМОДИНАМИК САМАРАДОРЛИГИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.².

¹Қорақалпоғистон Республикаси Эллиқалъа ТТБ, ²Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Орол денгизининг қуриши – бу нафақат экологик, ижтимоий-иқтисодий таназулдир, балки Ўзбекистон, Қозоқистон, Туркменистон ва бошқа давлатларнинг тиббий-демографик кўрсаткичларга салбий таъсир кўрсатган муаммо бўлиб ҳисобланади.

Мақсад: Орол бўйи аҳолисида гипертония касаллигининг асоратланган турини урапидил билан даволашнинг клиник-гемодинамик самарадорлигини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Илмий тадқиқот Беруний туман тиббиёт бирлашмасига «Гипертония касаллиги (ГБ). Асоратланмаган гипертоник криз (ГКр)» ташҳиси билан мурожаат қилган 33 нафар беморни ўз ичига олди, уларнинг ўртача ёши 55.5 ± 6.9 ёш, улардан 11 нафари (33.3%) аёллар ва 22 нафари (66.7%) эркекларни ташкил қилди. Гипертониянинг ўртача давомийлиги 8.84 ± 3.3 йилга тенг бўлди. Беморлар 2 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ ($n=23$) урапидил, 2-гуруҳ ($n=10$) каптоприл қабул қилди.

Барча беморларга физикал текширув, артериал босимни (АБ) қоидалар асосида офисда ўлчаш, тана вазни индексини аниқлаш (ТВИ), ЭХОКГ, брахиоцефал артериялар ультратовуш текшируви (БЦА УТТ), микроальбуминурияни (МАУ) аниқлаш ва Хенкен бўйича ош тузига таъм сезувчанлик синамаси ўтказилди. Барча текширувлар ЕГЖ/ЕКЖ 2018 йиллардаги тавсиялари бўйича, мурожаатнинг 10-15 минутада бажарилди.

Натижалар. Қабул бўлимида аниқланган гемодинамик кўрсаткичлар: САБ 204.5 ± 20.5 мм с.у., ДАБ 109.7 ± 8.5 мм с.у., юрак қисқаришлар сони 1 дақиқада 83.4 ± 8.8 зарбга тенг бўлди. ТВИ бўйича 51.5% беморда семизлик аниқланди (ТВИ 30.7 ± 2.3 кг/м²). Хенкен бўйича ош тузига таъм сезувчан-

лик синамаси натижаларига кўра барча беморлардада ош тузига таъм сезувчанлик бўсағаси юқорилигини кўрсатди ва натрий хлорнинг (NaCl) $0.52 \pm 0.23\%$ концентрациясига тенг бўлди. ГКрли беморларнинг барчасида ЭХОКГ натижалари бўйича чап қоринча гипертрофияси ташхисланди (ЧҚММИ 162.51 ± 28.7 г/м²). Шу билан бирга, БЦА УТТда уйқу артерияси интима-медиа комплекси (КИМ) қалинлашуви аниқланди (КИМ 1.23 ± 0.17 мм). Демак, назоратланмаган гипертония асосида ривожланган ГКрли беморларда юрак-қон томир ремоделланиш жараёни яққол намоён бўлади. МАУ ўртача 179.6 ± 91.6 мг/сут га тенг бўлди, беморлар орасида нормоальбуминурия кузатилмади, микроальбуминурия 28 нафар беморда (84.8%), протеинурия эса 5 нафар беморда аниқланди (15.2%). Урапидил гуруҳида ($n=23$) бошланғич АБ – САБ 206.5 ± 20.6 мм с.у., ДАБ 110.4 ± 9.3 мм с.у.ни ташкил этди. Урапидил билан даволашдан 120 минутдан кейин ўртача АБни пасайиш даражаси $-29.62 \pm 3.49\%$ ташкил қилди. Урапидил ўртача 49.4 мг дозада қўлланилди. Каптоприл гуруҳида ($n=10$) бошланғич АБ – САБ 200.0 ± 20.5 мм с.у., ДАБ 108.0 ± 6.3 мм с.у.ни ташкил этди. Каптоприл билан даволашдан 120 минутдан кейин ўртача АБни пасайиш даражаси – $19.2 \pm 4.90\%$ ташкил қилди. Каптоприл ўртача 53.5 мг дозада қўлланилди.

Хулоса. Шундай қилиб, САБ яққол кўтарилган, юрак-қон томир асоратлар хавфи юқори бўлган 23 нафар ГКрли беморда урапидилнинг юқори антигипертензив самараси аниқланди. Дори воститасининг гемодинамик таъсири аста-секин бошланиши, гипотония ва брадикардия ҳолатларини олдини олди. Натижалар асосида, АГнинг 3-даражали ГКрларда вена ичига урапидил қўллаш муҳимлигини таъкидланди.

ОРОЛ БЎЙИ АҲОЛИСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ ГИПЕРТОНИК КРИЗ БИЛАН КЕЧИШИДА НИШОН АЪЗОЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИГА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.².

¹Қорақалпоғистон Республикаси Эллиқалъа ТТБ, ²Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Орол бўйи ҳудудида истиқомат қилувчи аҳолининг саломатлиги кўрсаткичларига тез ўзгарувчан қуруқ иқлим, юқори минерализация,

ичимлик сувининг ифлосланиши ва танқислиги, атроф-муҳитнинг чўлга айланиши ўз таъсирини кўрсатади. Орол бўйи ҳудудига ўзгарувчан



қуруқ иқлим, ҳароратни тез-тез ўзгариши, ёғингарчиликни камлиги (154-180 мм/йилига), чанг бўронларини тез-тез кузатилиши хосдир. Ёз фасли иссиқ ва қуруқ, қиш фасли эса совуқ ва кам ёғингарчиликли кечади. Мунтазам туз чанг бўронларини кузатилиши бу ҳудудларда экологик муҳитни янада ёмонлаштиради. Орол денгизининг қуриган тубидан ҳар йили 65 млн. тонна заҳарли тузлар ҳавога кўтарилиб, атроф-муҳитга тарқалади. Чанг бўронлари билан атроф-муҳитга кальций, натрий, хлор минералларининг организм учун заҳарли бўлган тузли бирикмалари кўплаб тарқалмоқда. Организмга сув, ҳаво ва озиқ-овқат билан кирган тузлар тузга сезувчан артериал гипертензия (АГ) касаллигини ривожланишига сабаб бўлади.

Мақсад: Орол бўйи аҳолисида АГнинг гипертоник криз (ГКр) билан кечишида нишон аъзоларнинг жароҳатланишига экологик омиллар таъсирини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Илмий тадқиқотга Республика шошилинич ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон филиалига 1 йил давомида 5 тадан кам бўлмаган (4,9±2,4) ГКр, асоратланмаган тури ташҳиси билан ташриф буюрган 132 нафар бемор жалб қилинди. Беморларнинг ўртача ёши 57,2±11,6 йил, АГ ўртача давомийлиги 8,85±3,4 йил, шундан 52 нафари эркаклар (39,4%) ва 80 нафари аёлларни (60,6%) ташкил қилди. Эхокардиографик текширувлар Америка ЭХОКГ ассоциациясининг М- ва В-меъёрда ишлаш тав-

сияномаларига кўра ўтказилди. Умумий уйқу артериясининг комплекс интима медиа (КИМ) қисми дуплекс сканерлаш орқали ўлчанди. Ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R. Henkin усули ёрдамида аниқланди. Кунлик сийдик таркибидаги микроальбуминурия (МАУ) миқдори ферментатив таҳлил ёрдамида текширилди.

Натижалар: Тадқиқот натижасига кўра беморларда юрак қон-томир тизими ва буйракларда салбий ўзгаришлар аниқланди. Тадқиқотга жалб қилинган беморлардаги ЭХОКГ натижаларига бўйича, ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолда чап қоринча гипертрофияси кузатилди. Умумий уйқу артерияси ўлчамлари КИМ қалинлашганлини аниқладик. МАУ 89 нафар беморда (67,4%), шундан 39 нафар беморда протеинурия (29,6%), ($\chi^2=124,43$, $p=0,0001$) аниқланди. Беморларнинг 88% да ОТТСБ юқори ва 12% да ўрта бўсағада эканлиги маълум бўлди ($\chi^2=269,455$ $p=0,0001$), яъни тузга сезувчан артериал гипертензия эканлигини кўрсатди.

Хулоса: Орол денгизининг қуриши оқибатида ҳавода, сувда туз миқдорининг кўплиги, ҳамда иқлимнинг нотурғун бўлиши, ушбу ҳудуд аҳолисида АГнинг ГКр билан асоратланишига, ош тузига сезувчан АГнинг шаклланишига, юрак қон-томир тизими ва буйраклардаги сезиларли шикастланишларга олиб келиши аниқланди. Бу эса ўз навбатида АГ касаллигининг резистент кечишига, янада жиддий асоратланишига олиб келади ва эрта ёшларда ушбу ҳудуд аҳолисида меҳнат қобилиятининг йўқолишига сабаб бўлиши мумкин.

ОРОЛ БҲЙИ АҲОЛИСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ ГИПЕРТОНИК КРИЗ БИЛАН КЕЧИШИДА НИШОН АЪЗОЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИГА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х^{1.}, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А^{2.}

¹Қорақалпоғистон Республикаси Элликқалъа ТТБ, ²Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Орол бўйи ҳудудида истиқомат қилувчи аҳолининг саломатлиги кўрсаткичларига тез ўзгарувчан қуруқ иқлим, юқори минерализация, ичимлик сувининг ифлосланиши ва танқислиги, атроф-муҳитнинг чўлга айланиши ўз таъсирини кўрсатади. Орол бўйи ҳудудига ўзгарувчан қуруқ иқлим, ҳароратни тез-тез ўзгариши, ёғингарчиликни камлиги (154-180 мм/йилига), чанг бўронларини тез-тез кузатилиши хосдир. Ёз фасли иссиқ ва қуруқ, қиш фасли эса совуқ ва кам ёғингарчиликли кечади. Мунтазам туз чанг бўронларини кузатилиши бу ҳудудларда экологик муҳитни янада ёмонлаштиради. Орол денгизининг қуриган тубидан ҳар йили 65 млн. тонна заҳарли тузлар ҳавога кўтарилиб, атроф-муҳитга тарқалади. Чанг бўронлари билан атроф-муҳитга

кальций, натрий, хлор минералларининг организм учун заҳарли бўлган тузли бирикмалари кўплаб тарқалмоқда. Организмга сув, ҳаво ва озиқ-овқат билан кирган тузлар тузга сезувчан артериал гипертензия (АГ) касаллигини ривожланишига сабаб бўлади.

Мақсад: Орол бўйи аҳолисида АГнинг гипертоник криз (ГКр) билан кечишида нишон аъзоларнинг жароҳатланишига экологик омиллар таъсирини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Илмий тадқиқотга Республика шошилинич ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон филиалига 1 йил давомида 5 тадан кам бўлмаган (4,9±2,4) ГКр, асоратланмаган тури ташҳиси билан ташриф буюрган 132 нафар бемор жалб қилинди.

Беморларнинг ўртача ёши $57,2 \pm 11,6$ йил, АГ ўртача давомийлиги $8,85 \pm 3,4$ йил, шундан 52 нафари эркаклар (39,4%) ва 80 нафари аёлларни (60,6%) ташкил қилди. Эхокардиографик текширувлар Америка ЭХОКГ ассоциациясининг М- ва В-меъёрда ишлаш тавсияномаларига кўра ўтказилди. Умумий уйқу артериясининг комплекс интима медиа (КИМ) қисми дуплекс сканерлаш орқали ўлчанди. Ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R. Henkin усули ёрдамида аниқланди. Кунлик сийдик таркибидаги микроальбуминурия (МАУ) миқдори ферментатив таҳлил ёрдамида текширилди.

Натижалар: Тадқиқот натижасига кўра беморларда юрак қон-томир тизими ва буйракларда салбий ўзгаришлар аниқланди. Тадқиқотга жалб қилинган беморлардаги ЭХОКГ натижаларига бўйича, ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолда чап қоринча гипертрофияси кузатилди. Умумий уйқу артерияси

ўлчамлари КИМ қалинлашганлини аниқладик. МАУ 89 нафар беморда (67,4%), шундан 39 нафар беморда протеинурия (29,6%), ($\chi^2=124,43$, $p=0,0001$) аниқланди. Беморларнинг 88% да ОТТСБ юқори ва 12% да ўрта бўсағада эканлиги маълум бўлди ($\chi^2=269,455$ $p=0,0001$), яъни тузга сезувчан артериал гипертензия эканлигини кўрсатди.

Хулоса: Орол денгизининг қуриши оқибатида ҳавода, сувда туз миқдорининг кўплиги, ҳамда иқлимнинг нотурғун бўлиши, ушбу ҳудуд аҳолисида АГнинг ГҚр билан асоратланишига, ош тузига сезувчан АГнинг шаклланишига, юрак қон-томир тизими ва буйраклардаги сезиларли шикастланишларга олиб келиши аниқланди. Бу эса ўз навбатида АГ касаллигининг резистент кечишига, янада жиддий асоратланишига олиб келади ва эрта ёшларда ушбу ҳудуд аҳолисида меҳнат қобилиятининг йўқолишига сабаб бўлиши мумкин.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

БЕКТАШЕВ И.Б., КОДИРОВА Г.И., ТАШТЕМИРОВА И.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) на сегодняшний день остается наиболее распространенным заболеванием и идет тенденция омоложения, несмотря на высокий уровень развития мировой медицины.

Прогноз при артериальной гипертензии (АГ) зависит от состояния органов-мишеней, наличия факторов риска и ассоциированных клинических состояний, а качество жизни – от приверженности пациентов к проводимой терапии.

Целью данного исследования явилось определение клинико-функциональных особенностей течения АГ в различных клинических ситуациях, выявление дополнительных критериев эффективности антигипертензивной терапии, разработка дифференцированного подхода к лечению АГ в зависимости от клинического варианта течения данного заболевания.

Материал и методы исследования. Обследована группа из 40 пациентов гипертонической болезнью, госпитализированных в клинику АГМИ в отделение кардиологии. Среди пациентов было 19 женщин и 21 мужчина в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст $50,6 \pm 0,7$ года). Первую группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 35-50 лет. Вторую группу составили 20 больных с диагнозом гипертоническая болезнь II стадия. АГ II-III степень. Риск 3 (высокий). Третью группу – 20 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь II стадия. АГ

II-III степень. Риск 4 (очень высокий)+ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. В рамках общеклинического обследования всем пациентам проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), оценивалась межвизитная вариабельность АД, рассчитываемая как стандартное отклонение от средних значений АД. Для изучения качества жизни каждый пациент заполнял анкету, представляющую версию опросника MOS-SF-36.

Результаты и обсуждение. Пациенты сравниваемых групп не имели различий по возрасту. Значения параметров качества жизни по шкале жизнеспособности (VT) в третьей группе были достоверно ниже, чем в контроле ($62,4 \pm 16$ и $73,6 \pm 13,6$ соответственно; $p=0,01$). Аналогичные различия между I и II группами были зафиксированы и по шкале психического здоровья (MH): $68,2 \pm 15,6$ и $79,3 \pm 10,7$ соответственно, $p=0,01$. У половины пациентов с АД зарегистрированы повышенные значения межвизитной вариабельности САД ($> 4,8$ мм рт.ст.), при этом, у 24,4% отмечена высокая вариабельность ($> 8,35$ мм рт.ст.). По данным СМАД, повышенная вариабельность САД (> 15 мм рт. ст.) в ночные часы регистрировалась у 26% пациентов II группы; повышенная вариабельность ДАД днем и ночью выявлена у 5% обследованных II группы. Кроме того, в группе пациентов с ГБ+ИБС нарушена суточного ритма по типу non dipper регистрировалась в 47,4% случаев, что, вероятно, обуслов-



лено избыточной активацией симпатической нервной системы.

Выводы. Уже в молодом возрасте у больных с ГБ регистрируется снижение качества жизни по

шкалам жизнеспособности и психического здоровья. Для лиц с АД характерно недостаточное ночное снижение АД, а также повышенная ночная и межвизитная вариабельность САД.

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (АГ) В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ»

ГЕЛЬДИЕВА Ш.А., ХУДАЙБЕРДИЕВА ДЖ.П., КЕРИМОВА М.Д.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, Ашгабад

Цель работы. Изучение влияния комплексного применения магнитотерапии и лазеротерапии по отношению к больным, страдающим артериальной гипертонией I-II степени. Определение действенных механизмов физических факторов ориентировано на борьбу с факторами риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и позволяет сократить продолжительность приема лекарственных препаратов. Это занимает важное место, в основном, в первичной профилактике. При сезонном лечении после его завершения эффект от него сохраняется от 2 до 6 месяцев.

Материалы и методы. Исследования последних лет убедительно продемонстрировали необходимость применения двух или более препаратов с различными механизмами действия для достижения адекватного контроля АД без ухудшения качества жизни. Под нашим наблюдением находились 36 пациентов (14 мужчин, 22 женщины) с артериальной гипертонией I-II степени. Их возраст 35–62 года. Средняя продолжительность заболевания 5–9 лет. У больных до и после лечения измерялась ЧСС (частота сердечного сокращения), проведены ЭКГ (электрокардиография), УЗИ (ультразвуковое исследование), на основе обследования был установлен диагноз. Пациентам проводили лазерную терапию низкой интенсивности по окопозвонковой линии в точках С4-С6 на протяже-

нии 1 мин. частотой 50 Гц, вдоль расположения почек – на протяжении 3-4 мин. частотой 5 Гц. Затем пациентам назначили общую магнитотерапию продолжительностью 15-20 минут частотой колебания 19-20 мТл. Комплексные процедуры проводились 10 дней.

Результаты. В результате проведенного лечения улучшилось общее состояние всех больных, уменьшились головные боли и головокружение, нормализовался сон. Отмечалось достоверное улучшение гемодинамических показателей. У 28 (78%) пациентов было достигнуто снижение артериального кровяного давления, у 7 (19%) удовлетворительные результаты, у 1 (3%) больного улучшений не было. На ЭКГ установлено снижение нагрузки на левый желудочек. Все пациенты уменьшили дозы приема гипотензивных лекарственных средств. Улучшилось настроение пациентов.

Выводы. Таким образом, адекватное комплексное лечение, в состав которого включены методы физиотерапии при сочетании процедур магнитотерапии и лазеротерапии, усиливается гипотензивный, сосудорасширяющий и седативный эффекты, позволяющие предотвратить прогрессирование заболевания и существенно улучшить качество жизни пациентов.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И ЭХОКГ-КРИТЕРИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ДЖУРАЕВА Н.О.

Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования. Провести анализ распространенности возможных электрокардиографии и эхокардиографии-критериев риска внезапной смерти у больных с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследовано 157 пациентов с гипертонической болезнью, средний возраст – 36,5±2 года, мужчин – 90 чел. (73%).

Проведено стандартное обследование для стратификации риска: эхокардиографии, электрокардиография в 12-ти отведениях. По электрокардиографии анализировались следующие параметры: продолжительность зубца Р, высота зубца Р, форма и вид зубца Р, внутрисердечная задержка импульса, нарушения ритма, интервал Р-Q, ши-

рина зубца Q, глубина зубца Q, высота зубца R, глубина зубца S, локализация переходной зоны, ширина комплекса QRS, наличие атриовентрикулярной блокады, сино-атриальной блокады, наличие нарушений проведения по ножкам пучка Гиса, период внутреннего отклонения (QR). Переднезадний размер папиллярных мышц определялся с позиции короткой оси левого желудочка в парастернальной проекции. В М-режиме проводилось измерение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу, конечно-диастолический размер и конечно-систолический размер левого желудочка, переднезадний размер левого предсердия.

Результаты. Гипертоническая болезнь 1 стадии диагностирована у 56 чел. (35,31%), 2 стадии – у 98 чел. (62,41%), 3 стадии – у троих (1,94%), распределение по риску: риск 1 – 55 чел. (35,05%), риск 2 – 46 чел. (28,6%), риск 3 – у 56 чел. (33,18%), риск 4 – у 5 чел. (4,07%). Всего изменений анализируемых электрокардиографических параметров выявлено в 38,01% случаев. Наиболее часто выявлены следующие: смещение переходной зоны (переходная зона – V4-5 – 14 чел., V2 – 15 чел., V5 – 7 чел.), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (21 человек), нарушение внутрижелудочковой проводимости – 48 чел. (30,6%), желудочковая экстрасистолия – 17 чел. (10,8%), ранняя реполяризация ST – 62 человека (39,5%). При

исследовании эхокардиографии были получены данные, где у больных с гипертонической болезнью 1 стадии в 35% случаев определялось превышение толщины межжелудочковой перегородки более 10,9-11,4 мм. У 45% обследуемых изменения наблюдались как по задней, так и по межжелудочковой перегородке. В 20% случаев межжелудочковая перегородка и задняя стенка левого желудочка оставались неизменными. У больных гипертонической болезнью 2 стадии в 42% случаев толщина межжелудочковой перегородки превышала норму на 12%. У 49% изменения наблюдались по межжелудочковой перегородке и по задней стенке левого желудочка.

Выводы. У пациентов с гипертонической болезнью молодого возраста при наличии в подавляющем количестве гипертонической болезни 1 и 2 стадий (97,6%) по электрокардиограмме в 38,01% выявляются изменения, потенциально являющиеся маркерами внезапной смерти, наиболее часто – нарушение внутрижелудочковой проводимости, синдром ранней реполяризации. Также отмечается часто встречаемое ремоделирование, приводящее к гипертрофии миокарда, причем в 31,5% случаев встречается концентрический тип гипертрофии, который считается наиболее неблагоприятным в прогностическом плане, что требует более тщательного наблюдения этой категории больных.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ДУЙСЕНБАЕВА А.И., МИРАКБАРОВА К.А., СРОЖИДИНОВА Н.З.

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

Цель. Оценка системной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением в зависимости от функционального состояния почек.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 312 больных АГ 1-3 степени (ESC/ESH, 2018) проходивших стационарное лечение в РСНПМЦК. Ожирение определяли по классификации ВОЗ 1997 года. Стадии ХБП устанавливались по рСКФ, согласно современной классификации KDIGO 2012. Оценка системной гемодинамики проводилась с помощью эхокардиографии и доплерографии в режиме М и В. Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) устанавливали согласно показателю индексированной массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ), которая рассчитывалась по формуле, специализированной для лиц с ожирением, согласно которой ГЛЖ диагностировали у мужчин иММЛЖ ≥ 50 г/м^{2,7} и у женщин ≥ 48 г/м^{2,7}. Диастолическая дисфункция

левого желудочка (ДДЛЖ) устанавливалась при $E/A \leq 1,0$. Типы геометрии ЛЖ определяли по классификации EACVI и ASE, 2017 г. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ SPSS 24.0.

Результаты. Пациенты с ожирением и АГ были разделены на 5 групп согласно стадии ХБП. Среди обследованных больных сохранная функция почек ХБП С1 (рСКФ >90 мл/мин/1,73 м²) наблюдалась у 15% (n=47); ХБП С2 (рСКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²) – у 57,05% (n=178); ХБП С3А (рСКФ 45-59 мл/мин/1,73 м²) – у 18,5% (n=58); ХБП С3Б (рСКФ 30-44 мл/мин/1,73 м²) – у 7,5% (n=22), ХБП С4 (рСКФ 29-15 мл/мин/1,73 м²) – у 2,05% (n=7), $p < 0,001$. Терминальной стадии ХБП не было выявлено. Сравнимые группы были сопоставимы по офисному САД и ДАД: 144,88 \pm 21,84/88,14 \pm 10,75 мм.рт.ст. vs 143,42 \pm 21,86/87,89 \pm 9,76 мм.рт.ст. vs 145,56 \pm 17,40/87,78 \pm 14,81 мм.рт.ст. vs 144,77 \pm 28,39/87,73 \pm 16,60 мм.рт.ст. vs



148,85±25,64/88,57±16,76 $p=0,17$. Частота встречаемости ГЛЖ среди обследованных групп составила 90% vs 93% vs 91% vs 100% vs 100% соответственно ($\chi^2=19,23$, $df=4$. $p=0,001$). Показатели ИММЛЖ возрастали по мере увеличения степени почечной недостаточности 69,27±15,9 г/м^{2.7} vs 73,23±15,27 г/м^{2.7} vs 76,07±17,43 г/м^{2.7} vs 85,87±17,22 г/м^{2.7} vs 79,6±10,6 г/м^{2.7} соответственно ($p=0,001$). ДДЛЖ среди обследованных больных встречалась чаще у лиц со сниженной рСКФ: 85% vs 90% vs 93% vs 95% vs 100%, соответственно ($\chi^2=18,27$, $df=4$. $p=0,002$). Фракция выброса ЛЖ между группами не различалась: 69,02±8,6% vs 68,25±8,4% vs 67,25±11,11% vs 64,20±12,05% vs 68,52±11,3% ($p=0,34$).

При анализе типов ремоделирования ЛЖ выявлено, что концентрическая ГЛЖ встречалась больше у больных с ХБП С4 по сравнению с пациентами других групп: 77% vs 87% vs 86% vs 78% vs 100% ($\chi^2=27,68$, $df=4$. $P<0,01$). В то время как количество пациентов с эксцентрической ГЛЖ было больше в группе с ХБП С1, чем в группах с более выраженными нарушениями функции почек: 12,5% vs 7,5% vs 5% vs 6% vs 0% соответственно ($\chi^2=36,84$, $df=4$. $p<0,01$).

Вывод. ХБП при АГ и ожирении приводит к более выраженным структурно-функциональным изменениям миокарда ЛЖ, что увеличивает риск кардиоваскулярных осложнений у этой категории больных.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ ШИФОКОРЛАРНИНГ ДАВО КЎРСАТМАЛАРИГА МАЖБУРИЯТИ ВА АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИЛГАН ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАСИНИНГ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ

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

Анджон Дағлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

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

Материал ва текширув усуллари. Анджон вилоятининг, Асака тумани, Асака шаҳрининг кўп тармоқли 1-сон марказий поликлиникасида 298 та АГ билан оғриган беморлар текширувга олинди. Тадқиқотга жалб этилган беморларимизнинг 60 ёшгача бўлганлари 34% ни ташкил қилса, 60 ёшдан сўнг 66%, эркаклар 40%, аёллар эса 60% ташкил этди. АГ нинг ўртача давомийлиги 10,2±5,6 йилни ташкил этди. Беморларнинг бирламчи назоратида САБ-156,1±14,0 ва ДАБ 91±5,8 мм сим. устунига тенг бўлди. Беморларнинг шифокор давосига мажбурияти Мориски-Грин шкаласи ёрдамида таҳлил қилинди.

Олинган натижалар таҳлили. Текширувга олинган беморларимизнинг поликлиникага муројати ўртача хисобда йилига 6,0±1,8 мартаба ни ташкил этди. Бизнинг илмий изланишимизда Мориски-Грин сўровномаси ёрдамида 28,5% беморларимизда шифокорлар тавсиясига комплаентлик (даволанишга мойиллик) аниқланди. Олинган натижаларга кўра $n=80$ (27%) беморимиз гипотензив дори воситасини қабул қилишни унитган бўлса, $n=101$ (34%) бемор қабул қилиш вақтига безътибор бўлган, $n=57$ (19%) бемор ўзини яхши ҳис қилган вақтда препарат қабул қилмаган ва ниҳоят $n=60$ (20%) беморларимиз препаратларни нојўя таъсирини сезган ҳолатларда дори воситасини

қабул қилмаган. Текширувга жалб этилган 298 та беморга қуйидаги текширувлар олиб борилган: ЭКГ текширув усули 100% беморларда ўтказилган, ЭХОКГ текшируви усули эса $n=81$ (27,2%) беморда, биохимик лаборатор текширув усулларида қондаги липидлар миқдори $n=107$ (35,9%), мочеви-на $n=79$ (26,5%), креатинин $n=80$ (27,5%), қондаги шакар миқдори $n=38$ (13%) беморда олиб борилган. Окулист маслаҳатидан эса $n=110$ (34%) та бемор ўтган. Қондаги УХ 5,6± 0,9 ммоль /л ташкил этса, қондаги шакар миқдори 7,4± 0,7 ммоль/л, креатинин 105 ±15 ммоль/л ва мочеви-на 6,6± 1,2 ммоль/л тенг бўлгани намоён бўлди. ЭХОКГ нинг ҳамма кўрсаткичлари тўлиқ ўрганилмаган. Чап қоринча отиш фракцияси (ОФ) $n=81$ та беморда ўрганилган бўлиб, ўртача ОФ 54,5±7,97% ни ташкил этган. $n=18$ та беморда қоринчалараро тўсиқ ўлчами (1,3± 0,5 мм) ва чап қоринча орқа девори ўлчами (1,4± 0,2 мм) кўрсаткичлари ўрганилган. Таҳлил қилинган кўрсаткичлар АГ ли беморларимизда чап қоринча гипертрофияси мавжудлигини исботлади.

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



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

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

Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

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

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

Олинган натижалар таҳлили. Текширувга олинган беморларимизда 1 йил давомида кузатув натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан касалхонага ётқизилган беморларнинг сони анча кам n=51 (39,5%) бўлган. «Артериал гипертония» мактабида иштирок этмаган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткич n=70 (51%) га тенг бўлди. Шу билан биргаликда поликлиника шифокорларига мурожат қилган беморларнинг сони ҳам камайди асосий гуруҳда n =53 (41%), назорат гуруҳида n =87(63%). «Артериал гипертония» мактабининг самарадорлиги АБ ни мақсадли даражага пасайиши билан ҳам ифодаланди. Дастлабки кўрсаткич 25,5% ни ташкил этган бўлса,

1 йилдан сўнг АБ мақсадли даражага пасайиши асосий гуруҳда n=69 (53%, p<0.05), назорат гуруҳида эса 33% (n=45) беморларда кузатилди. Гипертоник кризлар, асосий гуруҳда 129 та бемордан n= 15 (11,6%) ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич n= 43 (31%) га тенг бўлди. Бош мия insultлари асосий гуруҳда n=8 (6%) ни ташкил этса, назорат гуруҳидаги беморларда n=14 (10%) бўлгани аниқланди. «Артериал гипертония» мактабида иштирок этган беморлар гуруҳида касалхонага ётқизилган беморлар 39,5%, поликлиника шифокорларга мурожат қилганлар 41%, мактабда иштирок этмаган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткичлар 51% ва 63% тенг бўлганлиги аниқланди. Мактабдан сўнги медикаментоз даволаш усуллари таҳлил қилар эканмиз асосий гуруҳ беморларида сезиларли даражада ижобий натижалар олинди. Морис-Гринк шкаласи бўйича даволанишга мойиллик кўрсаткичини ўрганар эканмиз, назорат гуруҳида даволанишга мойиллик n=70 (51%), асосий гуруҳда даволанишга мойиллик n=91 (70,5%) бўлиб, асосий гуруҳ беморларида даволанишга мойиллик назорат гуруҳига нисбатан 30% (p<0.01) баланд эканлигини кузатдик. Комбинацияли даволаш усуллари борасида яна ижобий натижаларни асосий гуруҳ беморларида кузатдик. Асосий гуруҳ беморларида 2 ва ундан ортиқ комбинацияли даволаш n=66 (51%) ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич n=40 (29%) эга бўлди.

Ҳулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, «Артериал гипертония» ўқув дастурининг самарадорлиги беморларнинг шифокорларга бўлган мурожатларининг камайиши, беморларнинг даволанишга мойиллик кўрсаткичларини ортиши ва артериал қон босимини мақсадли даражага пасайиши билан ифодаланди.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАННОЙ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

КАРОМАТОВ С.И.

Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования. Оценить эффективность электростимуляции, магнитотерапии и общих су-

хих углекислых ванн в лечении АГ, сочетанной с дорсопатией шейного отдела позвоночника.



Материалы и методы исследования. В Бухарском региональном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии было обследовано и пролечено 60 пациентов (женщин 34, мужчин 26) с АГ 1-2 ст. и дорсопатией шейного отдела позвоночника. Все пациенты были разделены методом рандомизации на 2 группы по 30 человек. Пациенты 1 группы (контрольная) получали только медикаментозную терапию; пациенты 2 группы помимо медикаментозной терапии получали комплекс немедикаментозного лечения, который состоял из электростимуляции от аппарата «Миоритм-040» на шейный отдел позвоночника, магнитотерапии на аппарате «Градиент» на воротниковую зону и общих сухих углекислых ванн от установки «Реабокс». Гендерных различий между группами выявлено не было. Средний возраст обследованных пациентов составил $56,04 \pm 10,6$ года. Длительность клинических проявлений заболевания в среднем составила $4,8 \pm 8,5$ года. Обследование пациентов включало сбор анамнеза жизни, заболевания, трехкратное измерение АД. Пациентам обеих групп проводили оценку интенсивности боли по визуально аналоговой шкале (ВАШ). Исследование проводилось перед началом и после окончания курсового лечения. Почти все больные жаловались на повышение АД, на головные боли различной степени выраженности в затылочной и теменной области, головокружения, общую слабость, быструю утомляемость, боли в шейном отделе позвоночника. Эффективность лечения пациентов оценивалась по динамике систолического

и диастолического АД (САД и ДАД) давления и оценке болевого синдрома.

Результаты исследования. В результате проведенной терапии состояние больных в обеих группах достоверно улучшилось. Сравнительный анализ показателей АД выявил, что к концу курса лечения у пациентов обеих групп регистрировалось достоверное снижение как САД, так и ДАД. АД во 2 группе стабилизировалось ко 2-3 процедуре. Средний уровень САД снизился с $167,79 \pm 8,0$ мм.рт.ст до $128,56 \pm 0,7$ мм.рт.ст ($p < 0,05$), ДАД – с $88,6 \pm 5,3$ мм.рт.ст до $62,02 \pm 2,25$ мм.рт.ст. В 1 группе АД стабилизировалось к 5-6 дню курса лечения, средний уровень САД снизился со $162,3 \pm 5,73$ мм.рт.ст до $135,4 \pm 1,81$ мм.рт.ст ($p < 0,05$), ДАД – с $91,1 \pm 3,53$ мм.рт.ст до $73,4 \pm 5,12$ мм.рт.ст ($p < 0,05$). Болевой синдром в шейном отделе позвоночника купировался к 3-4 процедуре в данной группе, в контрольной группе лишь к 7-8 дню лечения. Оценка боли по шкале ВАШ составила в среднем до лечения во 2 группе $6,74 \pm 1,8$ балла, в 1 группе $6,34 \pm 0,8$ балла, после лечения – во 2 группе $1,75 \pm 1,1$ балла, в 1 группе $2,84 \pm 1,3$ балла.

Выводы. Полученные результаты обосновывают возможность сочетанного воздействия на организм человека сразу несколькими физическими факторами. Показана целесообразность включения в лечение АГ 1-2 ст., сочетанной с дорсопатией шейного отдела позвоночника, немедикаментозного комплекса лечения, состоящего из электростимуляции на шейный отдел позвоночника, магнитотерапии на воротниковую зону и общих сухих углекислых ванн.

СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

КДЫРБАЕВА Ф.Р.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз,
Ташкент, Узбекистан*

Цель работы. Исследовать содержание микроэлементов у пациентов с артериальной гипертонией в возрасте старше 50 лет.

Материалы 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 гипертонией. Все участники исследования прошли клиническое обследование. Содержание микроэлементов в волосах определяли методом нейтронной активации в Институте ядерной физики Академии наук Республики Узбекистан.

Результаты. Изучение 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, ка-

лий 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 выявлен у 2 респондентов и у 1 повышен. В возрасте старше 70 лет отмечался недостаток у 80% респондентов йода, хрома, кобальта, меди, калия, селена. Нехватка брома, цинка, железа у 1 респондента. 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.

ЕНГИЛ, ЎРТАЧА ОҒИР ВА ОҒИР АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ ЖИҲАТЛАРИ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., НИШОНОВА Н.А., ТУРСУНОВ Х.Х., АБДУРАХМОНОВ Б.М.

Анджон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли орасида энгил (ЕАГ), ўртача оғир (ЎОАГ) ва оғир артериаль гипертензияни (ОАГ) тарқалиши жиҳатларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳолининг репрезентатив гуруҳида (2182 та) эпидемиологик тадқиқот бажарилди: ≥ 18 – 70 ёшли аёллар 1113 та (50,5%) ва эркаклар 1069 та (49,5%). ЕАГ, ЎОАГ ва ОАГ Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсиялари (2020), Россия (2020) ва Европа (ESC, 2020) мезонлари қўлланилиб аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида (ФБШП) ЕАГ 5,6 фоиз тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (эркакларда 6,6 фоиз ва аёлларда 4,6 фоиз; $P < 0,05$). Турли ёш гуруҳларида ЕАГ қуйидагича аниқланиш частоталари билан кузатилади: 18 – 30 да 3,0 фоиз (эркакларда 1,3 фоиз ва аёлларда 5,0 фоиздан; $P <$

0,05), 31 – 49 да 4,1 фоиз (эркакларда 5,3 фоиз ва аёлларда 2,8 фоиздан; $P < 0,05$), 50 – 69 да 10,7 фоиз (эркакларда 18,0 фоиз ва аёлларда 6,8 фоиздан; $P < 0,05$) ва ≥ 70 ёшда 5,5 фоиз (эркакларда 3,0 фоиз ва аёлларда 9,1 фоиздан; $P < 0,05$). ЎОАГ ушбу популяциясида 6,2 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланади (эркакларда 6,2 фоиз ва аёлларда 6,3 фоиз; $P = 0,374$). Ёшга боғлиқ ҳолда 3,4 фоиздан (18 – 30 ёшлиларда) то 16,4 фоизгача, яъни 5,2 мартадан зиёдга ортиш билан тасдиқланади.

ОАГ ≥ 18 – 70 ёшлиларда 0,7 фоиздан ошмасдан аниқланиш частотаси билан ифодаланади (18 – 30 ёшда 0,5 фоиз, 31 – 49 да 0,5 фоиз ва ≥ 70 ёшда 0,0 фоиздан).

Хулоса. Умуман тасдиқланди-ки, фермерчилик билан шуғулланувчи аҳоли популяциясида АГ кам тарқалиш частотаси билан ифодаланади ва унинг оғир тури 1,0 фоиз (эркакларда) ва 0,4 фоиздан (аёлларда) ошмасдан тасдиқланади.

ЯККАЛАНГАН АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., НИШОНОВА Н.А., ТУРСУНОВ Х.Х., АБДУРАХМОНОВ Б.М.

Анджон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлар популяциясида яккаланган артериаль гипертензияни

(ЯАГ) эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.



Тадқиқот материали ва усуллари. Бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Андижон шароитида ташкил этилди ва ЖССТ мезонларига амал қилиниб амалга оширилди. Унга 2182 та фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли (ФФША) жалб қилинди (эркаклар 1069 та ва аёллар 1113 та).

ЯАГ халқаро мезонлар бўйича (ESC, 2020) аниқланди ва баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. ИСАГ ушбу популяциясида ижтимоий – оилавий хатар омилларига боғлиқ 9,8 фоизга кўпайиб аниқланади. Умуман, фермерлар популяциясида ИСАГ 2,7 фоиз тарқалиниш частотаси билан кузатилади (эркакларда 2,8 фоиз ва аёлларда 2,5 фоиздан; $P = 0,39$). Ёшга боғлиқ холда 7,5 фоизга аниқланиш частотаси билан кўпайиб тасдиқланади. 18 – 30 ёшлиларда 1,6 фоиз, 31 – 49да 3,1 фоиз, 50 – 69 да 2,0 фоиз ва 70 ёшдан кейин 9,1 фоиз тарқалиш частоталари билан қайд қилинади. Эркак ва аёлларда ИСАГ тарқалиш частотаси 70

ёшдан кейин кескин тафовутланади, аёлларда уни аниқланиш частотаси икки баробардан зиёдга етиб ортиши билан кузатилади. Бошқа ёш гуруҳларида эса ИСАГни аниқланиш частотаси, эркак ва аёлларда қуйидагича кўрсаткичлар билан тасдиқланади: 18 – 30да 1,7 ва 1,5 фоиздан ($P < 0,05$), 31 – 49да 3,1 ва 3,0 фоиздан ($P < 0,05$), 50 – 69да 2,6 ва 1,7 фоиздан ($P < 0,05$), ≥ 70 ёшда 6,1 ва 13,6 фоиздан ($P = 0,053$).

Хулоса. Ушбу натижалар, бошқа популяцияларда ва халқаро миқёсда олинган эпидемиологик кўрсаткичлардан кам фоизлилиги билан фарқ қилади. Умуман, шуни таъкидлаш керакки, АГ ва унинг барча турлари фермерчилик билан шуғулланувчи аҳолида кам фоизли кўрсаткичлар аниқландиган бўлса ҳам профилактик тиббиёт «кўринмас» объекти бўлиб қолиши керак эмас. Эпидемиологик тахлилларни қилиб бориш унинг учун самарали ва фойдали бўлиши, шубҳасиз.

ВЛИЯНИЕ G894T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 И РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

МАШАРИПОВ Ш.М.¹, АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.¹, КУРБАНОВ Р.Д.¹,
ЗАКИРОВА Д.В.², АБДУЛЛАЕВ А.А.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение влияния G894T полиморфизма гена NOS3 на риск развития резистентной артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции.

Материалы и методы. В исследование было включено 176 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018) обоого пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил $57,12 \pm 11,03$ года, средняя длительность АГ – $9,58 \pm 5,76$ года. Резистентная АГ определялась, при неконтролируемом АД, даже несмотря на прием ≥ 3 препаратов разных классов, в частности, блокатора кальциевых каналов длительного действия (БКК), блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и диуретика в адекватных дозировках. Генотипирование G894T полиморфизма гена NOS3 проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн-программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http://gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований

принимались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. С целью изучения взаимосвязи G894T полиморфизма гена NOS3 с резистентной АГ в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные с резистентной АГ (случаи, $n=61$) и 2 группа – больные с контролируемой АГ (контроли, $n=115$). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей G894T полиморфизма гена NOS3: GG генотип определен у 45,9% больных, GT генотип – у 44,3%, TT генотип – 9,8%, $\chi^2=22,770$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства G аллеля: G аллель – 68,0%, T аллель – 32,0%, $\chi^2=30,311$, $p=0,000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было со значительным превалированием G аллеля: G аллель в 80,9%, T аллель в 19,1% соответственно, $\chi^2=172,878$, $p=0,000$. При этом соотношение GG:GT:TT-генотипов было следующим: 67,8% : 26,1% : 6,1%, $\chi^2=102,704$, $p=0,000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил протективный эффект G аллеля G894T полиморфизма гена NOS3 в отношении риска развития резистентной АГ в узбекской популяции. В частности, на основании мультипликативной модели наследования найден про-

тективный эффект G аллеля в отношении риска развития резистентной АГ: среди 115 больных с контролируемой АГ 2 группы G аллель встречался достоверно чаще, чем у больных резистентной АГ 1 группы (80,9%; $\chi^2=7.29$ P=0,007; OR=0,50, 95% CI 0.30-0.83) и лишь у 19,1% больных встречался T аллель ($\chi^2=P=0,007$; OR=1.99 95% CI 1.20-3.28). Общая модель наследования продемонстрировала значительное накопление GG генотипа среди больных 2 группы 67,8% ($\chi^2=8.01$; P=0,02; OR=0.40, 95% CI 0.21-0.76), при этом GT генотип встречался

реже в 26,1% случаев и TT генотип еще реже в – 6,1% случаев. Тогда как в 1 группе больных GG и GT генотипы встречались в одинаковом соотношении: 45,9% : 44,3% соответственно.

Выводы. Полученные результаты указывают на достоверно большее накопление G аллеля G894T полиморфизма гена NOS3 среди больных контролируемой АГ. Носительство G аллеля и GG генотипа G894T полиморфизма гена NOS3 ассоциировано с низким риском развития резистентной АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ T704C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА AGT С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

МАШАРИПОВ Ш.М.¹, АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.¹, КУРБАНОВ Р.Д.¹, ЗАКИРОВА Д.В.², АБДУЛЛАЕВ А.А.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение ассоциации T704C полиморфизма гена AGT с резистентной артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции.

Материалы и методы. В исследование было включено 178 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018) обоюбого пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил $57,15 \pm 11,01$ года, средняя длительность АГ – $9,55 \pm 5,75$ года. Резистентная АГ определялась, при неконтролируемом АД, даже несмотря на прием ≥ 3 препаратов разных классов, в частности, блокатора кальциевых каналов длительного действия (БКК), блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и диуретика в адекватных дозировках. Генотипирование T704C полиморфизма гена AGT проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн-программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http://gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований принимались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. С целью изучения взаимосвязи T704C полиморфизма гена AGT с резистентной АГ в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные с резистентной АГ (случаи, n=61) и 2 группа – больные с контролируемой АГ (контроли, n=117). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей T704C по-

лиморфизма гена AGT: TT генотип определен у 16,4% больных, TC генотип – у 32,8%, CC генотип – 50,8%, $\chi^2=16,279$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства C аллеля: C аллель – 67,2%, T аллель – 32,8%, $\chi^2=27,557$, $p=0,000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было равнозначным: C аллель в 52,6%, T аллель в 47,4% соответственно, $\chi^2=1,034$, $p=0,309$. При этом соотношение TT:TC:CC-генотипов было следующим: 20,5% : 53,8% : 25,6%, $\chi^2=33,923$, $p=0,000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил ассоциацию C аллеля T704C полиморфизма гена AGT с резистентной АГ в узбекской популяции. В частности, на основании мультипликативной модели наследования найдена ассоциация C аллеля с резистентной АГ: среди 61 больного резистентной АГ 1 группы C аллель встречался достоверно чаще, чем у больных АГ контрольной 2 группы (67,2%; $\chi^2=7,05$; P=0,008; OR=1,85, 95% CI 1.17-2,92) и лишь у 32,8% больных встречался T аллель. Общая модель наследования продемонстрировала значительное накопление CC генотипа среди больных 1 группы (50,8%; $\chi^2=11,59$; P=0,003; OR=3.00, 95% CI 1.56-5,75), при этом TC генотип встречался в 32,8% случаев и TT генотип в – 16,4% случаев. Тогда как во 2 группе больных CC генотип встречался реже – в 25,6% случаев, чем TC генотип – 53,8% случаев.

Выводы. Полученные результаты указывают на достоверно большее накопление C аллеля T704C полиморфизма гена AGT среди больных резистентной АГ. C аллель и CC генотип T704C полиморфизма гена AGT ассоциированы с резистентной АГ в узбекской популяции.

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**МАШКУРОВА З.Т., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.,
ШЕРБАДАЛОВА Н.Х., САФАРОВ Ж.Б.**

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

Цель исследования. Провести сравнительную оценку влияния шестимесячного комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином на суточный профиль артериального давления (СПАД) у пациентов эссенциальной гипертонией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование был включен 101 больной мужского и женского пола с I–II степенью АГ по классификации (ESC/ESH, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. В целом по группе до начала терапии систолическое АД (САД) составило $156,2 \pm 16,6$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – $90,9 \pm 11,2$ мм рт.ст. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 11,2$ года, средняя длительность АГ – $8,5 \pm 7,2$ года. Из них женщин – 61 (60,4%), мужчин – 40 (39,6%). Всем больным на этапе до лечения и 6-месяцев терапии измеряли офисное АД по методу Короткова, с целью изучения суточного профиля АД (СПАД) проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Регистратор BR-102 plus» (SCHILLER, Switzerland)). Результаты представлены как $M \pm SD$. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) азилсартаном с индапамидом ($n=50$) и 2 группа – больные на терапии азилсартаном с нитрендипином ($n=51$). Среднесуточная доза азилсартана составила $49,3 \pm 6,0$ мг, нитрендипина – $10,88 \pm 4,3$ мг и индапамида – $1,69 \pm 0,5$ мг. Анализ показателей офисного АД показал высокую 6-ти месячную антигипертензивную эффективность в обеих группах. В частности, в 1 группе показатель САД исходно составил $153,0 \pm 14,7$ мм рт.ст., в динамике – $120,3 \pm 8,5$ ($p < 0,001$); показатель ДАД составил $90,2 \pm 11,4$ мм рт. ст. против $77,7 \pm 5,8$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$); показатель АДср составил $111,1 \pm 11,6$ мм рт. ст. против $91,9 \pm 6,1$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$). Во 2 группе показа-

тель САД исходно составил $159,3 \pm 17,9$ мм рт.ст., в динамике – $122,9 \pm 7,6$ ($p < 0,001$); показатель ДАД составил $91,5 \pm 11,1$ мм рт. ст. против $78,5 \pm 4,3$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$); показатель АДср составил $114,1 \pm 11,6$ мм рт. ст. против $93,3 \pm 4,6$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе Срсут САД исходно составил $140,2 \pm 15,7$ мм.рт.ст, в динамике – $118,5 \pm 12,7$ мм.рт.ст ($p < 0,001$); во 2 группе $142,6 \pm 15$ мм.рт.ст и $123,7 \pm 9,1$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе Срсут ДАД исходно составил $87,6 \pm 13,1$ мм.рт.ст, в динамике – $73,1 \pm 9,4$ мм.рт.ст ($p < 0,001$), во 2 группе $85,5 \pm 10,0$ мм.рт.ст и $73,7 \pm 8,0$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). Показатель вариабельности ВарСАДср 1 группе исходно составил $16,2 \pm 4,9$ мм.рт.ст, в динамике – $11,8 \pm 2,5$ мм.рт.ст ($p < 0,001$), во 2 группе $16,7 \pm 3,5$ мм.рт.ст и $12,9 \pm 3,0$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе ВарДАДср исходно составила $14,1 \pm 4,6$ мм.рт.ст, в динамике – $11,0 \pm 2,8$ мм.рт.ст ($p < 0,001$); во 2 группе $14,4 \pm 3,6$ мм.рт.ст и $11,8 \pm 3,1$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе ВарСАДдн исходно составила $15,9 \pm 5,2$ мм.рт.ст, в динамике – $11,4 \pm 2,2$ мм.рт.ст ($p < 0,001$), во 2 группе $16,3 \pm 4,2$ мм.рт.ст и $12,7 \pm 3,4$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе ВарДАДдн исходно составила $14,4 \pm 5,3$ мм.рт.ст, в динамике – $10,4 \pm 2,5$ мм.рт.ст ($p < 0,001$), во 2 группе $14,7 \pm 4,7$ мм.рт.ст и $11,5 \pm 3,4$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,02$). В 1 группе ВарСАДн исходно составила $13,8 \pm 5,4$ мм.рт.ст, в динамике – $10,6 \pm 3,7$ мм.рт.ст. ($p < 0,02$); во 2 группе $14,9 \pm 4,8$ мм.рт.ст и $10,9 \pm 3,5$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). В 1 группе ВАР ДАД н исходно составила $10,4 \pm 4,5$ мм.рт.ст, в динамике – $8,6 \pm 4,3$ мм.рт.ст ($p < 0,001$), во 2 группе $11,3 \pm 3,6$ мм.рт.ст и $9,5 \pm 3,1$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, на фоне шестимесячного комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином получена высокая антигипертензивная эффективность, со значительным улучшением СПАД, независимо от режима терапии.

КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАШКУРОВА З.Т., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., БЕКМЕТОВА С.И.

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

Цель исследования. Провести сравнительную оценку кардиопротективной эффективности комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином у пациентов эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование был включен 101 больной, мужчины и женщины, с I–II степенью артериальной гипертензии (АГ) по классификации (ESC/ESH, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. Средний возраст пациентов составил $53,1 \pm 11,2$ года, средняя длительность АГ – $8,5 \pm 7,2$ года. Пациентам исходно, а также через 6 месяцев на фоне терапии проводили эхокардиографию с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), объема левого предсердия (ОЛП), индексированного объема левого предсердия (ИОЛП). С помощью доплер-эхокардиографического исследования по стандартной методике (3,5 МГц) оценивали диастолическое наполнение ЛЖ по величинам пиковых скоростей раннего (РЕ) и предсердного (РА) наполнения и их соотношение РЕ/РА. Результаты представлены как $M \pm SD$. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) азилсартаном с индапамидом ($n=50$) и 2 группа – больные на терапии азилсартаном с нитрендипином ($n=51$). Среднесуточная доза

азилсартана составила $49,3 \pm 6,0$ мг, нитрендипина – $10,88 \pm 4,3$ мг и индапамида – $1,69 \pm 0,5$ мг. В 1 группе ИММЛЖ исходно составил $127,4 \pm 32,9$ г/м², в динамике – $110,3 \pm 29,0$ г/м² ($p < 0,001$); во 2 группе $138,7 \pm 31,9$ г/м² и $116,6 \pm 30,3$ г/м² соответственно ($p < 0,001$). При этом степень снижения ИММЛЖ в 1 группе терапии составила $-13,3 \pm 15,6\%$ в сравнении со 2 группой $-14,4 \pm 17,9\%$ ($p > 0,05$).

Значительный регресс ГЛЖ на фоне 6-месячной комбинированной терапии в обеих группах сопровождался улучшением диастолической функции сердца. Так, показатель Е/А в 1 группе до лечения составил $0,90 \pm 0,30$, в динамике – $0,10 \pm 0,30$ ($p < 0,001$) и во 2 группе: $0,90 \pm 0,20$ против $1,00 \pm 0,30$ соответственно ($p < 0,001$), достигнув нормативных значений. Однако только в 1 группе больных достоверно уменьшались показатели ОЛП и ИОЛП в сравнении со 2 группой терапии. Так, показатель ОЛП в 1 группе больных до лечения составил $50,7 \pm 11,6$ мл, в динамике – $45,1 \pm 9,0$ мл ($p < 0,02$), тогда как во 2 группе $48,9 \pm 10,9$ мл против $47,6 \pm 9,1$ мл, соответственно ($p > 0,05$); в 1 группе показатель ИОЛП составил $25,3 \pm 5,4$ мл/м² – до лечения и $23,2 \pm 3,8$ мл/м² – после лечения ($p < 0,02$) в сравнении со 2 группой $25,3 \pm 6,0$ мл/м² соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. Достижение целевых уровней АД обеспечивало высокую кардиопротективную эффективность комбинированного применения азилсартана с индапамидом и нитрендипином, с преимуществом улучшения диастолической функции сердца в группе азилсартана с индапамидом.

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

МУЛЛАБАЕВА Г.У., МАКСУДОВА Л.О., ТАИРОВ М.Ш.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК)
Бухарский областной территориальный филиал РСНПМЦК
Бухарский медицинский институт*

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

Материалы и методы. В исследование включено 47 больных (средний возраст $53,1 \pm 2,5$ года), 31 женщина, 16 мужчин с АГ I–II степени. Пациенты были разделены на 2 группы: с ХОБЛ – 22 больных, без ХОБЛ – 25 больных. Длительность



АГ в группе больных с ХОБЛ составила 6,5±0,54 года, без ХОБЛ 5,1±0,66 года. Критериями исключения из исследования были: симптоматическая гипертензия, наличие клинических признаков ИБС, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, клапанные пороки сердца, тяжелые нарушения ритма и проводимости, эндокринные нарушения, тяжелые патологии печени и почек, получение глюкокортикостероидов системного действия. Всем больным было проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью автоматической портативной системы «ЕТОН 01» и СМАД регистраторами АВРМ 02 («MEDITECH», Венгрия). Анализировали: усредненные, максимальные и минимальные показатели систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток, в периоды бодрствования и сна; среднесуточную, среднедневную и средненочную вариабельность систолического (ВарСАД), диастолического (ВарДАД) АД и ЧСС, рассчитываемую по стандартному отклонению варьирующей величины. Суточный индекс (СИ), определяемый как разность между усредненными значениями АД в периоды бодрствования и сна, отнесенную к усредненным дневным значениям АД и выраженную в процентах. Применяли следующую схему классификации пациентов: «дипперы» – лица с нормальным (оптимальным) снижением АД в ночные часы (СИ от 10 до 20%); «нондипперы» – пациенты с недостаточным ночным снижением АД (СИ от 0 до 10%); «овердипперы» – пациенты с чрезмер-

ным снижением ночного АД (СИ>20%); «найтпикеры» – пациенты с устойчивым повышением ночного АД (СИ<0).

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

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

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., АБДУКАДИРОВА Н.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан

Актуальность. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при артериальной гипертензии (АГ) значительно повышается в период беременности, частота встречаемости составляет 5–30% беременных, а на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению этого показателя. АГ существенно влияет на течение беременности и ее исход, является основной причиной перинатальных потерь.

Цель. Изучить особенности риска развития ССО у женщин с АГ в различные периоды беременности на основе оценки структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. В исследование включены беременные с различными формами АГ – 109 женщин в возрасте от 18 до 42 лет (ср. воз-

раст 29,6±4,7 года). Из них с хронической гипертензией беременных (ХАГ) 61 (56,1%) женщина, с гестационной гипертензией (ГАГ) 48 (44%) пациенток. Исследование проводилось в амбулаторных условиях, наблюдение за состоянием пациенток осуществлялось совместно с акушерами-гинекологами, пациентки с преэклампсией (ПЭ) наблюдались в стационаре (2-й родильный комплекс г. Ташкента). У пациенток с ХАГ в сочетании с хроническим пиелонефритом на протяжении всего гестационного периода признаков обострения заболевания не было, показатели функции почек оставались в пределах нормы. В конце I (16–18 недели), во II (20–22 недели) и III (30–36 неделя) триместрах беременным проводили клинико-лабораторные исследования, контроль АД, с ортостатическим

тестом измерения АД, эхокардиографию (ЭхоКГ). Анализировались исходы беременности и родов.

Результаты. Данные клинического наблюдения показали, что при неосложненном течении беременности у пациенток регистрировался повышенный уровень АД и его вариабельность на протяжении всего гестационного периода. По данным ЭхоКГ у 12 (19,7%) с ХАГ отмечались повышенные показатели ИММЛЖ сердца, признаки диастолической дисфункции ЛЖ по I типу ($E/A > 1$), не вызывающие осложненной гестации. Средний возраст их составлял $38,2 \pm 2,1$ года, у всех в анамнезе отмечались высокие уровни АД до беременности. У беременных с ГАГ не отмечалось статистически значимого увеличения ИММЛЖ к началу третьего триместра. Признаки ремоделирования миокарда ЛЖ ($OTC > 0,37$) в начале III триместра развились у 16 (26,2%) беременных с ХАГ, на фоне высокого АД (ДАД $101,2 \pm 6,5$ мм.рт.ст.), что увеличивало риск ПЭ, у 32% с ХАГ признаки ПЭ развились без повышения ИММЛЖ, при ДАД $97,2 \pm 3,5$ мм.рт.ст. У 28%

женщин с ГАГ и хроническим пиелонефритом ПЭ развивались при ДАД $100,4 \pm 3,1$ мм.рт.ст. без нарушений внутрисердечной гемодинамики и структурных изменений ЛЖ, у 7% беременных с ГАГ без пиелонефрита ПЭ развилась на фоне субнормальных показателей АД.

Выводы. Таким образом, данные наблюдения показали, что у беременных при ХАГ наиболее часто по сравнению с ГАГ во время беременности отмечается повышение уровня АД, а также увеличение толщины стенок ЛЖ сердца с I триместра с тенденцией развития в дальнейшем его гипертрофии. Предиктором ПЭ у беременных с ХАГ являются: высокий уровень АД до беременности, повышение ДАД с первых недель беременности, а также увеличение ИММЛЖ к началу III триместра. Структурные изменения миокарда ЛЖ, формирующиеся в достаточно короткое время (за гестационный период), повышают риск сердечно-сосудистых осложнений, с развитием поражения органов мишеней.

ЗНАЧЕНИЕ ФИТОСБОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., БЕКНЕПЕСОВА М.Ч., МЕЗИЛОВА ДЖ.Г.

*Государственный медицинский университет Туркменистана
имени Мурада Каррыева, Ашгабат*

Актуальность. Использование фитосборов в комплексном лечении больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) на госпитальном и послегоспитальном этапе уменьшает частоту развития и тяжесть течения побочных реакций, ускоряет клиническое излечение больных.

Цель работы. Изучить эффективность растительных сборов в лечении АГ с НАЖБП.

Материалы и методы. На базе Лечебно-консультативного центра им. С.А.Ниязова был обследован 51 больной АГ с НАЖБП (31 женщина и 20 мужчин). Больным проводились электрокардиография и эхокардиография, ультразвуковое исследование печени, компьютерная томография, изучение уровней трансаминаз в биохимическом анализе крови. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа больных принимала антигипертензивные препараты и гепатопротекторы (essensiale forte), 2 группа больных получала комплексное лечение, включавшее в себя фитосбор (3 столовые ложки (ст. л.) плодов шиповника, 2 ст. л. плодов боярышника, 2 ст. л. листьев крапивы, 1 ст. л. травы зверобоя).

Результаты. У всех больных наблюдалось повышение артериального давления с головной болью и головокружением. У 68% больных отмечалась тахикардия, в 23% случаев – боли в серд-

це. НАЖБП проявлялся, в основном, тошнотой (70,6%), чувством тяжести в правом подреберье (51%), неустойчивым стулом (27,5%). Была выявлена связь НАЖБП с ожирением – у 42 больного (82,4%), сахарным диабетом – у 6 (11,8%), заболеванием кишечника – у 3 больных (5,9%).

Группа, принимавшая антигипертензивные медикаментозные средства и гепатопротекторы, дала положительные результаты на 7 сутки терапии в виде уменьшения головных болей и головокружения (58%), снижения тошноты (50%) и чувства дискомфорта в правом подреберье (46%), тогда как остальные жалобы сохранялись.

Группа, получавшая комплексное лечение в сочетании с фитосбором, дала положительные результаты на 3 сутки лечения в виде уменьшения головных болей и головокружения (71%), снижения чувства тяжести в правом подреберье (45%) и тошноты (25%), уменьшения в крови трансаминаз (9%).

Выводы. Назначение в комплексном лечении больных АГ с НАЖБП фитосборов проявляет свою эффективность уже на раннем этапе лечения, снижая клиническую симптоматику и нормализуя лабораторные показатели крови, тем самым улучшая течение заболевания, уменьшая риск развития осложнений.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА АМЛОСАРТАН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****ФАЙЗУЛЛАЕВ Б.Р., АБДУЛЛАЕВ А.И., РЕЙМБЕРГАНОВ Ж.И.***Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан*

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность применения комбинированного препарата Амлосартан 5/80 мг (5 мг блокатора кальциевых каналов амлодипина и 80 мг антагониста ангиотензина II валсартана компании «Фармак», Украина) у лиц с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. В 12-недельное исследование были включены 20 пациентов с АГ II-й степени обоего пола, средний возраст которых составил $55,4 \pm 4,0$ года. Критериями исключения из исследования служили: симптоматическая АГ, нарушения мозгового кровообращения и инфаркт миокарда, перенесенные в течение последних 6 месяцев, стенокардия напряжения IV функционального класса, сахарный диабет, почечная недостаточность. Клиническое артериальное давление (АД) определяли как среднее трех измерений АД ртутным сфигмоманометром в положении сидя после 5-ти минутного отдыха. Оценка биохимических показателей включала определение в крови глюкозы натощак, липидного состава. Указанные лабораторные исследования проводились в исходном состоянии и через 12 недель лечения исследуемым препаратом. Клиническая эффективность оценивалась по динамике общего са-

мочувствия больных, снижения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), переносимости препарата. Ответившими на терапию считались лица, у которых снижение как САД, так и ДАД составило не менее 10% от исходного уровня. Больные принимали по 1 таблетке Амлосартана 5/80 мг однократно утром в течение 12 недель.

Результаты исследования. Исходный уровень САД составил $170,2 \pm 4,5$ мм рт.ст., а ДАД $107,2 \pm 1,8$ мм рт.ст. Тенденция к снижению АД отмечалась уже на 1-ой неделе лечения. Через 1 месяц гипотензивной терапии САД составило $146,4 \pm 3,4$ мм рт.ст., а ДАД $92,3 \pm 1,2$ мм рт.ст. соответственно ($p=0,0001$). После 12 недель лечения уровень САД достигло $127,2 \pm 2,8$ мм рт.ст., а ДАД $81,2 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p=0,0001$). Статистически значимой динамики биохимических показателей крови на фоне лечения исследуемым препаратом не отмечено. В целом больные препарат переносили хорошо.

Выводы. Комбинированный препарат Амлосартан в суточной дозе 5/80 мг обладает хорошей гипотензивной эффективностью с достижением целевого уровня АД, характеризуется хорошей переносимостью, метаболической нейтральностью и может быть рекомендован для длительной терапии больных с АГ.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**ХАЛМУХАМЕДОВ Б.Т., МУЛЛАГАЛИЕВА Ф.Г.***Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Женщины в климактерическом периоде, как правило, страдают артериальной гипертензией (АГ). АГ – ведущий фактор риска развития инфаркта миокарда, мозгового инсульта и застойной сердечной недостаточности. Патогенез данной АГ сложен (гиперволемия, повышенная реабсорбция Na, повышение сердечного выброса, активация симпатической нервной системы, спазм периферических сосудов, повышение общего периферического сопротивления) и диктует необходимость его учета в терапии.

Цель исследования. Изучение особенностей АГ у женщин в зависимости от фазы климактерического периода и степени дисгормональных нарушений.

Материал и методы. Нами обследованы две группы женщин с климактерическим синдромом (КС) – 68 больных. 1 группа – 32 женщины в периоде предменопаузы, 2 группа – 36 женщин в периоде постменопаузы. Возраст 1-й группы составлял $48 \pm 2,4$, 2-й группы – $52,9 \pm 2,7$ года. КС был верифицирован на основании характерных клинических синдромов. В 1-й группе АД колебалось от 140/90 до 154/100 мм рт. ст., подъемы АД были кратковременными, быстро купировались покоем, полноценным сном, транквилизаторами или монотерапией гипотензивным препаратом. Во 2-й группе АД колебалось от 150/95 до 170/105 мм рт. ст., было стабильно высоким, для его коррекции требовалось применение нескольких гипотензивных пре-

парат, сопровождалось гипертрофией миокарда и дилатацией левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХОКГ.

Результаты. Изучение гормонального профиля свидетельствует о снижении уровня эстрадиола и прогестерона, т.е. о нарастании эстрогенной недостаточности, которая является ведущим фактором в развитии АГ. Отмечено, что нарастание эстрогенного дефицита сопровождается учащением частоты АГ, ГЛЖ и увеличением КДО и КСО, особенно в период постменопаузы. Больным КС свойственны проявления метаболического синдрома, так у 45% женщин 1-й группы и у 60% 2-й группы выявлено андроидное, (висцеральное) ожирение, отмечено нарушение толерантности к глюкозе.

Таким образом, больные в постменопаузе относятся к группе высокого риска, так как им свойственно сочетание АГ и метаболических расстройств, усугубляющих друг друга и резко повышающих риск развития ожирения, сахарного диабета, ИБС.

Выводы. 1. Сдвиг в гормональном фоне у больных КС, особенно дефицит эстрогенов, является ведущим фактором в развитии метаболического синдрома.

2. Раннее выявление и своевременное лечение метаболического синдрома у женщин КС способствует значительному уменьшению сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего, инфаркта миокарда и инсульта.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ВЫСОКО НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТ.

ХАМРАЕВ Р.Р.

Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования. Оценка ранней дисфункции и характер ремоделирования миокарда у лиц, у которых впервые выявлено высоко-нормальное артериальное давление и артериальная гипертензия 1 ст.

Материал и методы исследования. Обследованы 34 пациента, из них мужчин 18, женщин 16, в возрасте от 19 и до 45 лет, которые впервые обратились по поводу АГ, из них с высоким нормальным АД 15 пациентов и артериальной гипертензией 1 ст. 19 пациентов. Продолжительность анамнеза заболевания колебалась от 2 до 4 лет высоким нормальным давлением и артериальной гипертензией 1 ст. Проведено комплексное исследование, ЭКГ, ЭхоКГ с определением индекса массы левого желудочка, а также относительной толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, что позволяет характеризовать геометрию желудочка (концентрическая или эксцентрическая гипертрофия). Полученные данные обработаны статистически с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты исследования. На проведенных ЭКГ-исследованиях признаков Соколова были об-

наружены у 13% обследуемых, в 37% изменялась конечная часть желудочкового комплекса. Оказалось, что показатель индекса ММЛЖ у обследуемых пациентов колебался от 92,6 до 187,6 г/м² (норма, до 110 г/м² у женщин и 130 г/м² у мужчин). В 38% случаев этот показатель превышал нормативные показатели. Максимальное превышение составило 63%. При этом в 48% случаев были обнаружены превышения толщины апикального и проксимального отделов межжелудочковой перегородки, в 32% случаев отмечалась гипертрофия задней стенки. Гипертрофия по концентрическому типу наблюдалась в 25% случаев, в 52% – по эксцентрическому типу.

Выводы. Среди пациентов трудоспособного возраста с впервые выявленным высоко-нормальным показателем артериального давления, несмотря на короткий анамнез, отмечается часто встречаемое ремоделирование миокарда левого желудочка, приводящее к гипертрофии тех или иных участков миокарда. Причём, у ¼ части встречается концентрический тип гипертрофии, который считается, по мнению экспертов, наиболее неблагоприятным в прогностическом плане.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ****ЧАПАУ А.Х., ОРАЗМАММЕДОВА Ш.М., ОДЖАРОВА Б.Г., ШИХМУРАДОВА Г.А., ГУРБАНАЛЫЕВ С.А.***Государственный медицинский университет Туркменистана,
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан*

Цель. Оценить особенности клинического течения артериальной гипертензии у больных с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Обследованы 66 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (GOLD 2017) вне обострения. Сформированы 2 группы: 1-я – 33 пациента (26 мужчин, 7 женщин; средний возраст – $56,4 \pm 6,4$ года) с ХОБЛ, без изучаемой сопутствующей патологией, 2-я – 33 пациента (25 мужчин, 8 женщин; средний возраст – $56,3 \pm 5,4$ года) с ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью II стадии, 2-й степени. Оценивали клинические показатели пациентов: количество обострений, клинические симптомы ХОБЛ с помощью 10-балльной визуальной аналоговой шкалы, шкалы mMRC, опросника CCQ, толерантность к физическим нагрузкам по результатам теста шестиминутной ходьбы, проводили исследование функции внешнего дыхания, оценку степени тревожности (Тр), личностной тревожности (Тл) с помощью шкалы тревоги Спилбергера, оценку уровня депрессии с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы statistica (версия 6.0). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Получены достоверные различия по исследуемым показателям у участников 1 и 2-й группы. Так, у пациентов с ХОБЛ и сопутствующей АГ число обострений основного заболевания было достоверно выше в 2,0 раза ($p < 0,05$);

выраженность клинических симптомов ХОБЛ – достоверно больше ($p < 0,05$); степень выраженности одышки по шкале mMRC – достоверно выше в 1,5 раза ($p < 0,05$); выраженность симптомов по шкале CCQ – достоверно выше в 1,5 раза ($p = 0,0002$); толерантность к физическим нагрузкам по данным теста шестиминутной ходьбы – достоверно ниже на 35 м ($p < 0,05$); достоверно более выраженная бронхиальная обструкция ($p < 0,05$); достоверно более высокие уровни Тр, Тл и депрессии на 6,3; 5,2 и 6,0 балла соответственно, причем доминировали лица с высокими значениями Тр и Тл – 23 и 23 пациент (69,6 и 69,6%) соответственно, тогда как у всех пациентов с ХОБЛ без изучаемой кардиологической патологии зафиксированы умеренные значения Тр и Тл – 19 (57,6%) случаев, субдепрессивное состояние диагностировано у 5 (15,2%) пациентов с ХОБЛ и сопутствующей АГ. Полученные данные свидетельствуют об отрицательном, потенцирующем влиянии коморбидного течения ХОБЛ и АГ, характеризующемся особенностью клинико-психологического статуса.

Выводы. АГ достоверно негативно влияет на ХОБЛ, способствуя частым обострениям, выраженным клиническим симптомам, тревожно-депрессивным нарушениям. В дальнейшем с целью уменьшения негативного влияния АГ на ХОБЛ целесообразно разрабатывать лечебно-профилактические меры для больных ХОБЛ с учетом сопутствующей кардиологической патологии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ/ВАЛСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**ЮЛДАШЕВА А.Д., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., МАШАРИПОВ Ш.М., ИБРАГИМОВА И.А.***Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан*

Цель. Оценить влияние антигипертензивной терапии двойной фиксированной комбинации амлодипин/валсартан на показатели центральной гемодинамики и эластических свойств артерий у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. За период 3-месячного наблюдения было обследовано 30 пациентов с

артериальной гипертензией на базе Республиканского специализированного центра кардиологии. Из них женщин – 53,3%, мужчин – 46,7%. Средний возраст респондентов составил $54,7 \pm 11,3$ года. Средняя длительность АГ составила $9,5 \pm 7,1$ года. Больным, с ранее неконтролируемой гипертензией, была назначена комбинированная терапия

с включением амлодипина/вальсартана (Валун, «NOVUGEN PHARMA», Узбекистан), при необходимости титрование дозы препарата производилось каждые 2 недели. Всем пациентам исходно, а также через 3 месяца проводилась аппланационная тонометрия с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия). Измеряли центральное систолическое АД (цСАД), центральное диастолическое АД (цДАД), центральное пульсовое давление (цПД), аортальная аугментация (АА), индекс аугментации (АІх), скорость пульсовой волны (СПВ), в результате чего давалось заключение о состоянии артериальной жесткости. Результаты представлены как $M \pm SD$.

Результаты. Анализ динамики параметров центральной гемодинамики и жесткости сосудов на фоне 3-месячной комбинированной терапии амлодипином/вальсартаном продемонстрировал значительное снижение таких показателей, как

цСАД, цДАД, цПД, АА, а также скорости пульсовой волны. Так, показатель цСАД исходно составил $155,2 \pm 22,6$ мм рт.ст. и в динамике – $131,6 \pm 18,3$ мм рт.ст. ($p < 0,001$); показатель цДАД составил $84,2 \pm 12,7$ мм рт.ст. против $78,4 \pm 8,2$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,02$); показатель цПД составил $71,0 \pm 19,8$ мм рт.ст. против $53,2 \pm 18,1$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,001$); показатель АА составил $18,3 \pm 16,5$ мм рт.ст. против $11,9 \pm 6,3$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,02$); показатель СРПВ составил $9,9 \pm 2,7$ м/с против $8,2 \pm 2,7$ м/с соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Согласно результатам 3-месячной комбинированной терапии, достоверно улучшаются показатели центральной гемодинамики и состояния упруго-эластических свойств артерий, что потенциально связано со снижением риска развития кардиоваскулярных осложнений у больных АГ.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ 3-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ДВОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИНА/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЮЛДАШЕВА А.Д., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., МАШАРИПОВ Ш.М.

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

Цель. Оценить влияние двойной фиксированной комбинации антигипертензивной терапии, основанной на применении амлодипина/валсартана у пациентов артериальной гипертензией (АГ) на суточный профиль артериального давления (АД)

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 больных с ранее неконтролируемой АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном центре кардиологии. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составлял $54,7 \pm 11,3$ года, средняя длительность АГ – $9,5 \pm 7,1$ года. До начала терапии систолическое АД (САД) составило $157,9 \pm 15,1$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – $93,9 \pm 11,0$ мм рт.ст. После общеклинического обследования всем больным с антигипертензивной целью назначался фиксированный комбинированный препарат амлодипин/вальсартан (Валун, «NOVUGEN PHARMA», Узбекистан). Оценку эффективности проводили по достижении целевого уровня АД (САД < 140 мм рт.ст., ДАД < 90 мм рт.ст.) и динамике показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД). Клиническое измерение АД осуществляли методом Короткова с помощью ртутного сфигмоманометра в положении

пациента сидя по стандартной методике. СМАД проводили с помощью системы автоматического носимого монитора («Регистратор BR-102 plus» (SCHILLER, Switzerland). Обследование проводили до и после 3-месячной фармакотерапии. Результаты представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. Через 3 месяца терапии анализ офисных показателей АД показал достоверное снижение САД на $21,2 \pm 6,6\%$, ДАД на $12,7 \pm 11,2\%$ и АДср. на $17,0 \pm 6,7\%$ ($p < 0,001$). Средне-суточный показатель САД исходно составил $138,7 \pm 20,2$ мм рт.ст. в динамике $121,5 \pm 11,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Средне-суточный показатель ДАД составил: $86,2 \pm 17,6$ мм рт.ст. и $76,1 \pm 7,7$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). Средне-дневной показатель САД составил $139,6 \pm 21,8$ мм рт.ст. и $123,0 \pm 10,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$); средне-дневной показатель ДАД составил $86,2 \pm 14,8$ мм рт.ст. и $77,7 \pm 8,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$); средне-ночной показатель САД – $134,3 \pm 24,2$ мм рт.ст. и $118,4 \pm 12,7$ мм рт.ст.; средне-ночной показатель ДАД – $81,0 \pm 21,1$ мм рт.ст. и $72,5 \pm 8,2$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). Исходно показатель вариабельности суточного САД и ДАД составил $16,5 \pm 5,3/13,8 \pm 5,3$ мм.рт.ст., дневного $15,9 \pm 5,1/13,8 \pm 5,4$ мм.рт.ст. и ночного $19,0 \pm 21,0/13,5 \pm 14,2$ мм.рт.ст. соответствен-



но. Через 3 месяца наблюдения вариабельность суточного АД снизилась до $12,4 \pm 2,3 / 10,8 \pm 2,2$ мм рт.ст. ($p < 0,02$), дневного до $12,4 \pm 2,3 / 12,1 \pm 2,9$ мм рт.ст. ($p < 0,02$) и ночного САД до $10,2 \pm 4,0$ мм.рт.ст ($p < 0,02$) ДАД до $9,6 \pm 4,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). В целом по группе на фоне 3-месячной комбинированной терапии достоверно уменьшился индекс нагрузки (ИН) дневного и ночного САД и ДАД. Показатель ИНСАДд исходно составил: $49,1 \pm 33,8\%$ и в динамике $21,2 \pm 18,2\%$ ($p < 0,001$); ИНДАДд исходно

составил: $38,9 \pm 32,6\%$ и в динамике $21,2 \pm 20,7\%$ ($p < 0,001$); ИНСАДн исходно составил: $70,6 \pm 32,2\%$ и в динамике $55,2 \pm 30,5\%$ ($p < 0,02$); ИНДАДн исходно составил: $50,1 \pm 36,2\%$ и в динамике $34,2 \pm 31,3\%$ ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, на фоне 3-месячной комбинированной терапии амлодипином/валсартаном показана высокая антигипертензивная эффективность со значительным улучшением СПАД.

ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ АМЛОДИПИНА/ВАЛСАРТАНА: ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ВАЗО- И КАРДИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНЗИЕЙ

ЮЛДАШЕВА А.Д., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., БЕКМЕТОВА С.И.

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

Цель исследования. Оценить возможности фиксированной комбинации амлодипин/валсартан в достижении вазо- и кардиопротекции у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В исследование длительностью 3 месяца были включены 30 пациентов, получавших двойную комбинированную антигипертензивную терапию (АГТ) амлодипином/вальсартаном (Валун, «NOVUGEN PHARMA», Узбекистан). (средний возраст $54,7 \pm 11,3$ года). Первичный осмотр пациентов осуществлялся в лаборатории Артериальной гипертензии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК) РУз. Диагноз АГ верифицировался в соответствии с рекомендациями (ЕОГ/ЕОК 2018). Всем пациентам исходно, а также через 3 месяца на фоне терапии, проводили эхокардиографию с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ), а также определение уровня микроальбуминурии. В целом по группе гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по критериям ESC/ESH 2018 года была выявлена у 80% пациентов, утолщение КИМ – у 76,7%, повышена жесткость сосудов – у 46,7%. Результаты представлены как $M \pm SD$.

Результаты. Достижение целевого уровня АД у пациентов обеспечивало высокую органопротективную эффективность комбинированной те-

рапии амлодипином/вальсартаном, выражающуюся в достоверном уменьшении массы миокарда гипертрофированного ЛЖ на $22,2 \pm 71,4$ г в целом по группе, при этом степень снижения ИММЛЖ составила $12,6 \pm 11,0\%$. Кроме того, отмечено значительное уменьшение показателей КДО: до лечения $137,6 \pm 33,0$ мл, после лечения $128,0 \pm 23,4$ мл ($p < 0,001$); КСО до лечения $45,4 \pm 14,4$ мл, после лечения $28,1 \pm 7,8$ мл ($p < 0,001$). При этом увеличился УО: до лечения $96,3 \pm 29,7$ мл, после лечения $102,3 \pm 18,6$ мл ($p < 0,02$) и улучшилась сократительная функция сердца, что выражалось повышением ФВ: до лечения $67,4 \pm 3,7\%$, после лечения $76,0 \pm 6,6\%$ ($p < 0,001$). Также значительно уменьшился ИОЛП: до лечения $34,0 \pm 13,9$ мл/м² и на фоне терапии – $26,3 \pm 7,8$ мл/м² ($p < 0,02$). Достоверная кардиопротективная эффективность комбинированной терапии амлодипином/вальсартаном сопровождалась выраженной вазопротекцией, что отмечено достоверным уменьшением толщины КИМ общей сонной артерии, а также снижением уровня МАУ. Так, толщина КИМ исходно составила $1,0 \pm 0,2$ мм и в динамике $0,9 \pm 0,2$ мм ($p < 0,001$); уровень МАУ до терапии $30,2 \pm 56,1$ мг/л, после $16,0 \pm 14,8$ мг/л ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, на фоне 3-месячной фиксированной, комбинированной АГТ с включением амлодипина/валсартана отмечена отличная кардио- и вазопротекция, выражающаяся в достоверном регрессе ГЛЖ, уменьшении толщины КИМ общей сонной артерии и снижении уровня МАУ.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗ

RISK FACTOR RECORDING AND MANAGEMENT IN CORONARY HEART DISEASE PATIENTS FROM 32 COUNTRIES: SURF CHD II

A. MARZA FLORENZA¹, I. VAARTJES¹, K. KLIPSTEIN-GROBUSCH^{1,2}, I. GRAHAM³, DE. GROBBEE¹

(1) University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands (2) Division of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Witwatersrand, South Africa (3) Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

Introduction. Patients with coronary heart disease (CHD) are at high cardiovascular risk, and controlling risk factors in this population is especially important to prevent CHD morbidity and mortality. SURF CHD (Survey of Risk factors in Coronary Heart Disease) II is a clinical audit on secondary prevention of CHD. The goals are to simplify and assess the recording and management of cardiovascular risk factors in patients with CHD.

Methods. SURF CHD II consists in a brief online survey conducted during routine outpatient visits in patients with a previous acute coronary syndrome (ACS), stable angina, percutaneous coronary intervention (PCI) or coronary artery bypass graft (CABG). Information is collected electronically on demographics, risk factor history (smoking history, physical activity), risk factor measurements (blood pressure, BMI, waist circumference), laboratory values and medication. Risk factor targets were defined as follows: no prior smoking or having stopped smoking, practice of at least 30 minutes of moderate physical activity 3-5 times per week, BMI <25 kg/m², waist circumference <94 cm in men and <80 cm in women, blood pressure of <140/90 mmHg (<140/85 mmHg in diabetics), LDL <70 mg/dL, HDL >40 mg/dL in men and >45 mg/dl in women, triglycerides <150 mg/dL, and HbA1c <7% in diabetic participants.

Results. 12884 patients from 32 countries participated in SURF CHD in 5 regions: 10195

in Europe, 2048 in South-East Asia (SEA), 415 in the Americas, 210 in North Africa-Eastern Mediterranean (NAEM), and 13 in Western Pacific. All centres participating were located in urban areas and 81.6% were public. Women represented 24.6% of the participants, mean age 64.1 years (sd 11.2 years). 57.7% of the patients had a previous PCI, 50% ACS, 29.5% stable angina and 16.1% CABG. The percentage of risk factor recording and target attainment by region is presented in Table 1. Risk factor recording ranged from 26.8% (waist circumference) to 94.3% for blood pressure. Target attainment varied from 25.8% with a BMI <25 kg/m², to 76.3% of participants that had never smoked or had stopped smoking. The South East Asian region presented the highest percentages of risk factor target attainment for smoking, physical activity, BMI, waist circumference and LDL. 92.% of participants used antiplatelet medication, 100% antihypertensive medication and 89.4% lipid-lowering medications.

Conclusion. Risk factor recording was reasonable, but poor for some risk factors such as waist circumference and HbA1c. In line with earlier clinical audits, there is still substantial room for improvement in risk factor control in this high cardiovascular risk population. There were regional variations, with the highest level of attainment for most risk factors targets in South East Asia.

Table 1	Recording (%)				Target attainment (%)					Overall
	Europe	SEA	NAEM	Americas	Overall	Europe	SEA	NAEM	Americas	
Smoking	97.5	99.4	88.5	91.8	87.5	74.6	85.1	79.3	71.7	76.3
Physical activity	86.0	99.6	97.6	67.9	89.1	46.1	68.2	30.3	24.0	49.9
BMI	71.2	83.8	85.6	55.7	74.2	22.8	38.6	19.8	24.6	25.8
Waist circumference	30.4	20.5	23.1	9.2	26.8	22.2	59.4	12.5	21.6	26.3
Blood pressure	94.4	99.7	85.6	70.4	94.3	68.7	66.6	59.3	64.0	68.0
LDL	77.8	95.5	76.0	50.1	80.6	32.2	47.1	39.9	41.1	36.3
HDL	71.2	95.7	75.5	51.1	76.1	58.3	50.2	34.2	51.9	55.4
Tryglicerides	78.4	89.1	83.3	47.7	79.5	67.4	62.5	69.7	58.9	66.0
Hba1c	44.3	66.4	70.1	57.7	59.1	55.7	33.6	29.9	42.3	45.8



AMBULATOR SHAROITDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA DISLIPIDEMIA NAZORATINING SAMARADORLIGI

OLIMJONOV D.D. ABDURASULOV L.I.

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Toshkent, O'zbekiston

Maqsad. Ambulatoriya bosqichida yurak-qon tomir kasalliklarining ikkilamchi profilaktikasi va davolash samaradorligini oshirish

Vazifalar: 1. Ambulator bosqichda YIK bilan og'riqan bemorlarda statinlarni qo'llash chastotasi va davomiyligini o'rganish. 2. YIK bilan og'riqan bemorlarni davolashning ambulator bosqichida LDL-C ning maqsadli darajasiga erishish samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar: Tadqiqot Toshkent shahridagi «Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» ning kardiologiya bo'limi bazasida o'tkazildi. Tadqiqotga 60-75 yoshdagi 30 bemor (12 erkak va 18 ayol) yurak ishemik kasalligi tashxisi qo'yilgan, shu jumladan postinfarkt kardiosklerozi (PIKS) bo'lgan 16 bemor. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarda YIK davomiyligi 5 yildan ortiq. Biz qabul paytida kam zichlikdagi lipoproteinlar (LDL-C) darajasini, shuningdek, yurak-qon tomir kasalliklarini ikkilamchi oldini olish va davolash uchun statinlarni qo'llash anamnezidagi ma'lumotlarni, kasalxonaga yotqizishdan oldin ambulatoriya bosqichida statinlarni tahlil qildik. Statinni qo'llashning davomiyligi va izchilligi, ambulatoriya bosqichida preparatning tavsiya etilgan dozasi va davolash samaradorligini monitoring qilish chastotasi ko'rsatilgan.

Tadqiqot natijalari. Kardiologiya bo'limiga qabul qilingan bemorlarning faqat 4 (13%) bemorda qon plazmasidagi LDL-C darajasi juda yuqori yurak-qon tomir xavfi toifasidagi bemorlar uchun ushbu ko'rsatkichning maqsadli darajasiga to'g'ri keldi. Kuzatuv guruhidagi LDL xolesterinning o'rtacha darajasi 3,2 mmol / l ni tashkil etdi. Ambulatoriya

bosqichida barcha bemorlarga uzoq muddatli statin terapiyasi bo'yicha tavsiyalar berildi. Shu bilan birga, faqat 14 (46%) bemorlar shifokorning preparatni qo'llash bo'yicha tavsiyalariga qat'iy rioya qilishlarini ta'kidladilar, qolganlari ambulatoriya bosqichida statinni umuman qabul qilmaganlar yoki qisqa muddatli qabul qilish kursidan keyin preparatni bekor qilganlar. Statinni qabul qilgan barcha bemorlar yaxshi tolerantlik haqida xabar berishdi. Statinni muntazam ravishda ishlatadigan 14 bemordan ko'p hollarda atorvastatin tavsiya etilgan va faqat 3 bemorga so'nggi avlod preparati rosuvastatin buyurilgan. Shu bilan birga, 10 bemorda 20 mg atorvastatin yoki 10 mg rosuvastatinning uzoq muddatli boshlang'ich dozalari, keyinchalik LDL-C darajasini nazorat qilmasdan dozani maqsadli darajaga titrlashsiz buyurilgan. PIKS bilan kasallangan bemorlarning ko'pchiligiga shunga o'xshash dori dozalari tavsiya etilgan. Kasalxonaga yotqizilganida tadqiqotga ko'ra maqsadli LDL-C darajasiga erishgan faqat 4 (13%) bemor atorvastatinning 40 mg uzoq muddatli dozasi olgan. Bu bemorlarning barchasi o'tmishda miyokard infarkti bo'lgan.

Xulosa. Kasalxonaga murojaat qilgan YIK bilan og'riqan bemorlarning 87% hollarda ambulatoriya bosqichida dislipidemiya nazorat qilish samaradorligi etarli emas. LDL-C ning maqsadli darajasiga erishilmasligining sabablari – davom etayotgan statin terapiyasiga past rioya qilish, shuningdek, titrlashsiz va davolash fonida LDL-C darajasi dinamikasini baholamasdan dori vositalarining samarasiz dozalarini qo'llash. PIKS bilan og'riqan bemorlarda ko'p hollarda uzoq muddatli yuqori intensiv statin terapiyasi strategiyasi mavjud emas.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., ДАЛИМОВА Д.А., УЗОКОВ Ж.К., АЗИЗОВ Ш.И., БАБАЕВ М.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»*

*Центр передовых технологий Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Цель работы – изучение комплексного подхода к лечению и профилактике осложнений у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. В исследование включили пациентов ИБС стенокардией III–IV функциональных классов с метаболическим синдромом

(МС) и артериальной гипертензией (АГ), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА). Модификация образа жизни включала отказ от вредных привычек, соблюдение диеты по соответствующим заболеваниям, регулярные физические занятия, нормализацию массы тела. Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали общие ли-

пиды (ОЛ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов (АТ), полиморфизм гена 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (стресс-эхокардиография, мультиспиральная компьютерная томография). Базисная терапия: аспирин+клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Результаты. Исходно выявлена гиперлипидемия: ОЛ $8,0 \pm 0,9$ г/л II б типа; ХС $6,9 \pm 0,8$; ХСЛПНП – $4,9 \pm 0,4$; ТГ – $2,6 \pm 0,1$ ммоль/л. Концентрация ХСЛПВП составила $1,1 \pm 0,1$ ммоль/л. Гиперлипидемия нормализовалась на 14-й нед. Наблюдения (ОЛ – $6,4 \pm 0,5$ г/л) со стабилизацией ее показателей к 24 нед. Уровни ХС, ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ТГ снижались, а ХСЛПВП увеличивался, достоверно улучшились, но не достигли контрольных значений. На фоне здорового образа жизни установлена положительная динамика антропометрических показателей. Через 8 нед. снижалась масса тела, ИМТ и ОТ, однако максимальное их уменьшение отмечено лишь через 24 нед. Достичь контрольных значений и по этим показателям не удалось. Положительные изменения липидов, АТ выявлены уже через 8 нед. К исходу 6-го мес. Лечения, СКА + базисная терапия + модификация образа

жизни, выявлено дополнительное уменьшение содержания ХС ($p < 0,01$). Благоприятное действие статинов, антиагрегантов и модификации образа жизни (контролируемых факторов риска ИБС, МС и АГ) на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС и также сопутствующие АГ и МС. У части пациентов наблюдали повышенную чувствительность к натрию. Соответствующая физическая активность оказывает положительное влияние на общее состояние пациентов, повышает толерантность к физической нагрузке, нормализует массу тела. Определение жизнеспособности миокарда с помощью современных визуализирующих методов, выполненное на дооперационном этапе, позволило подобрать оптимальный метод реваскуляризации и предотвратить нецелесообразные вмешательства на коронарных артериях, способствуя тем самым повышению эффективности и безопасности лечения пациентов с ИБС.

Выводы. Коррекция неблагоприятных факторов риска рестеноза, функционального состояния и жизнеспособности миокарда и учет внешних и внутренних факторов формирования ИБС, АГ и МС способствуют наиболее верной профилактике осложнений, особенно после интервенционного вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЕЙ МАГНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

АБДУЛЛАЕВ Р.Ф.¹, КУЛИЕВА А.Д.¹, АБДУЛЛАЕВА Р.Р.^{1,2}

¹НИИ кардиологии, им. Дж. Абдуллаева;

²Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Целью настоящего исследования явилось изучение концентрации магния и эндотелина-1 в зависимости от тяжести клинического течения ишемической болезни сердца у больных с хроническим коронарным синдромом.

Материал и методы. Обследованы 58 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (средний возраст $57,1 \pm 1,9$ года) мужского пола. Среди них 19 больных перенесли в прошлом инфаркт миокарда различной локализации (не менее 1 года до исследования). Содержание магния в крови определяли колориметрическим методом с помощью набора реактивов PRESTIGE 24; LG CALCIUM (Польша) на аппарате Biolis 24 Premium (Япония). Эндотелин-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) с помощью микропланшетного ридера INEINITE F-50 фотометром TEKAN (Швейцария).

Результаты. В ходе исследования была выявлена обратная связь между уровнем магния и ЭТ-1 в крови в зависимости от тяжести течения

ишемической болезни сердца (ИБС) у обследованных больных. Она характеризовалась уменьшением магния и повышением концентрации ЭТ-1 по мере ухудшения тяжести ИБС. Так, у больных со стенокардией напряжения II ФК уровень магния и ЭТ-1 составили в среднем $0,89 \pm 0,03$ ммоль/л и $0,86 \pm 0,19$ фмоль/мл, а у больных со стенокардией III ФК – $0,82 \pm 0,03$ ммоль/л и $1,15 \pm 0,71$ фмоль/мл соответственно. Самый низкий уровень магния и самая высокая концентрация ЭТ-1 наблюдались у больных с перенесенным инфарктом миокарда ($0,78 \pm 0,02$ ммоль/л и $1,55 \pm 0,32$ фмоль/мл соответственно). Различия между группами по этим параметрам была статистически достоверной ($p < 0,05$ и $p < 0,01$). При оценке корреляционной связи между уровнем магния и ЭТ-1 установлена отрицательная связь между этими показателями. У лиц со стенокардией напряжения II ФК степень отрицательной корреляции составила $r = -0,45$, у лиц с III ФК $r = -0,58$, а у больных с перенесенным инфар-



ктом миокарда $r = -0,75$. Разница между ними была достоверной ($r < 0,05$ и $r < 0,01$).

Выводы. По результатам нашего исследования можно констатировать, что у больных с хроническим коронарным синдромом по мере ухуд-

шения тяжести клинического течения ИБС отмечается снижение уровня магния и повышение концентрации ЭТ-1 в крови, а также достоверно отрицательная корреляционная связь между этими показателями.

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

АБДУЛЛАЕВ Р.Ф.¹, КУЛИЕВА А.Д.¹, АБДУЛЛАЕВА Р.Р.^{1,2}

¹*НИИ кардиологии, им. Дж. Абдуллаева;*

²*Азербайджанский медицинский университет, г. Баку*

Целью исследования было изучения взаимосвязи между уровнем эндотелина-1 (ЭТ-1) в крови и выраженностью смещения сегмента ST ниже изолинии при физических нагрузочных пробах у больных с хроническим коронарным синдромом.

Материал и методы. Обследованы 32 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте от 42 до 64 лет (средний возраст $50,6 \pm 4,2$ года). Для определения толерантности к физической нагрузке выполняли тредмил-тест (ТТ), через 48 часов после отмены антиангинальных и других кардиотропных препаратов за исключением сублингвального приема нитроглицерина. Прием статинов и антиагрегантов не отменялись. ТТ осуществляли по стандартному модифицированному протоколу Bruce до достижения субмаксимальной нагрузки. ЭТ-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) с помощью микропланшетного ридера INFINITE-50 фирмы TEKAN (Швейцария).

Результаты. В процессе выполнения ТТ у всех больных была выявлена депрессия сегмента ST с различной степенью выраженности. У 11 больных (1-я группа), смещение сегмента ST от изолинии было до 1 мм, у 14 лиц (2-я группа) – до 2 мм, а у 7 больных (3-я группа) – более 2 мм. У больных

1-й группы (депрессия сегмента ST на 1 мм) концентрация ЭТ-1 составила в среднем $0,87 \pm 0,21$ фмоль/мл, а у больных 2-й группы (депрессия сегмента ST до 2 мм) – $1,13 \pm 0,25$ фмоль/мл. Разница между этими двумя показателями была статистически достоверной ($p < 0,05$). Однако у лиц 3-й группы, где депрессия сегмента ST при нагрузке была более 2 мм, уровень ЭТ-1 в крови был наибольшим и составил в среднем $1,60 \pm 0,28$ фмоль/мл. При сравнении этого показателя с больными 1-й и 2-й группы разница была достоверно больше ($p < 0,01$).

Выводы. Результаты данного исследования показали, что у больных с хроническим коронарным синдромом в ходе выполнения тредмил-теста выраженность смещения сегмента ST ниже изолинии имеет прямую зависимость от уровня ЭТ-1 в сыворотке крови. Другими словами, чем выше уровень ЭТ-1 в крови, тем больше выражена степень депрессии сегмента ST на ЭКГ при нагрузочных пробах. Принимая во внимание то, что эндотелин-1 является одним из важнейших маркеров эндотелиальной дисфункции, следует полагать, что высокие показатели этого пептида могут указать на степень тяжести клинического течения ишемической болезни сердца у больных с хроническим коронарным синдромом.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ССЗ И ИЗМЕНЕНИЯМИ ПАРАМЕТРОВ БИОХИМИИ КРОВИ

АКАЛАЕВ А.И., САГИРОВ А.М., АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан

У многих больных с ССЗ наблюдаются дислипидемия, повышение уровня мочевой кислоты, повышение печеночных ферментов, нарушение свёртываемости крови, что существенно влияет на течение заболевания и дальнейший прогноз. Это вынуждает больных принимать дополнительные препараты, отказываться от приема гипополи-

демических препаратов из-за повышения печеночных ферментов.

Одним из добавочных методов лечения в таких ситуациях может служить плазмаферез – метод экстракорпорального очищения крови, позволяющий быстро уменьшить и нормализовать показа-

тели крови (липиды крови, мочева́я кислота, печёночные ферменты).

Цель. Клиническая оценка эффективности стандартного плазмафереза у больных ССЗ с изменениями параметров крови.

Материалы и методы. Стандартная методика лечебного плазмафереза проводилась в Специализированном научно-практическом центре кардиологии и кардиохирургии Приаралья у 18 больных с помощью аппарата «Гемофеникс» через плазма-фильтр «Роса» и систему «Новопласт-М». Каждому больному проводилось в среднем по 3 сеанса плазмафереза. За 1 сеанс удалялось примерно 650 мл циркулирующей плазмы. Объем удаляемой плазмы восполнялся физиологическим раствором.

Результаты исследования. У пациентов исходно наблюдались дислипидемия, повышение

уровня мочево́й кислоты в 1,45 раза, печеночных ферментов АЛТ – в 1,6 раза, АСТ – в 1,5 раза, изменения ПТИ и коагулограммы. В ходе проведения лечебного плазмафереза положительная динамика наблюдалась у всех больных. Для достижения эффекта, снижения или нормализации изучаемых показателей по стандартной методике лечебного плазмафереза потребовалось от 2 до 4 сеансов.

Вывод. Проведение лечебного плазмафереза у больных ССЗ с повышением уровня мочево́й кислоты, липидов крови, ферментов печени независимо от причин этих изменений позволяет быстрее стабилизировать больного, что способствует улучшению состояния больного, повышению эффективности лечения основного заболевания.

ВЛИЯНИЕ КУРЦЕТИНА НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ COVID-19 («ДОЛГИЙ COVID»)

АЛИЕВА Р.Б., ШЕК А.Б., ХОШИМОВ Ш.У., МУСАБАЕВ М.М., КАН Л.Э., КИМ А.Р., АХМЕДОВА Ш.С., ХОДИМЕТОВА Ш.А.

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

Цель. Сравнить влияние монотерапии аторвастатином и комбинированного применения аторвастатина с курцетином (смесь биофлавоноидов куркумина и кверцетина) **на липидный спектр и биомаркеры воспаления** у больных нестабильной стенокардией, после COVID-19 («Долгий COVID»).

Материал. Проведено открытое простое сравнительное рандомизированное исследование 186 больных с диагнозом ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения, в том числе 77 пациентов (I группа), у которых дестабилизация стенокардии возникла вследствие перенесенного COVID-19 в течение 4-8 недель до включения в исследование, и 109 пациентов (II группа), у которых дестабилизация не имела связи с перенесенной инфекцией.

Результаты. В I группе уровень вЧС-реактивного белка [5,4 (2,06-7,4) г/л и Интерлейкина-6 – 8,6 (5,4-10,3) пг/мл] был выше ($P<0,05$), чем во II группе больных, [3,8 (1,2-4,0) г/л и 6,9 (2,2-10,2) пг/мл] соответственно. В I подгруппе больных, перенесших COVID-19, комбинированное применение аторвастатина с курцетином ($n=43$) в течение 2 месяцев снизило уровень вЧСРБ на 49,0% ($P<0,05$) и Интерлейкина-6 на 40,0% ($P<0,05$), тогда как во II подгруппе монотерапия аторвастатином ($n=34$) не оказала значительного эффекта при двухмесячном лечении.

Выводы. У больных нестабильной стенокардией после COVID-19 комбинированное лечение аторвастатином с курцетином снижало концентрацию биомаркеров воспаления в отличие от монотерапии аторвастатином.

**ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА 10-ЛЕТНИЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИНА (А)****АЛИЕВА Р.Б., ХОШИМОВ Ш.У., КАН Л.Э., МУСАБАЕВ М.М., ТРИГУЛОВА Р.Х., НИЗАМОВ У.И., ШЕК А.Б.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

Известно, что лечение статинами снижает концентрацию холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), однако не влияет на уровень липопротеина (а) (Лп(а)).

Цель исследования. Оценить влияние повышенного уровня липопротеина (а) на остаточный риск сердечно-сосудистой смертности у больных ИБС, получающих статины.

Материалы и методы. В когортное исследование вошли 140 больных ИБС (75 мужчин, 65 женщин), включённых в проспективное наблюдение в 2009–2011 гг. Конечными точками при 10-летнем наблюдении были смерть от сердечно-сосудистых причин: фатальный инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть.

Результаты. При сравнении 10-летних исходов в когорте из 140 больных ИБС с уровнем Лп(а) ниже (I группа) и выше (II) 75-ого процен-

тила (41 мг/дл) смертность от сердечно-сосудистых причин была значительно выше во II группе (ОР 3,67; 95% ДИ 1,67-8,11; $p=0.002$). 10-летняя кардиоваскулярная смертность среди мужчин и женщин достоверно не отличалась в исследуемой когорте больных (ОР 2,02; 95% ДИ 0,83-4,96; $p=0,15$). Однако при этом сердечно-сосудистая смертность была ниже у пациентов с уровнем АпоА-I ≥ 140 мг/дл, большинство из которых составляли женщины.

Выводы. Несмотря на лечение статинами длительная экспозиция повышенного уровня Лп(а) выше 75-ого перцентилля способствовала увеличению 10-летней кардиоваскулярной смертности у больных ИБС. Однако сердечно-сосудистая смертность была ниже у пациентов с уровнем АпоА-I ≥ 140 мг/дл, большинство из которых составляли женщины.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫХ МЫШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕГУЛЯЦИИ МЕТАБОЛИЗМА И ТРАНСПОРТА СТАТИНОВ В ПЕЧЕНИ**АЛИЕВА Р.Б.¹, АБДУЛЛАЕВ А.А.², ЗАКИРОВА Д.В.², СРОЖИДИНОВА Н.З.¹, КАН Л.Э.¹, ХОШИМОВ Ш.У.¹, КИМ А.Р.¹, ТРИГУЛОВА Р.Х.¹, ШЕК А.Б.¹****¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, ²Центр передовых технологий Министерства инновационного развития, г. Ташкент, Узбекистан**

Цель. Изучить возможное влияние полиморфизма генов регуляции метаболизма и транспорта статинов в печени на возникновение статин-ассоциированных мышечных симптомов у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование по методу «случай-контроль» были включены 63 больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС). Группу «случай» составили 13 пациентов, у которых были зарегистрированы клинические симптомы миопатии, у 4 из них одновременно отмечено повышение уровня трансаминаз >3 раз. В группу «контроль» были включены 50 пациентов с хронической ИБС, без побочных эффектов при ле-

чении симвастатином. Генотипирование было выполнено PCR-RFLP методом.

Результаты. При сравнении распространённости наиболее часто встречающихся гомозиготных генотипов с вариантными оказалось, что в группе «случай» преобладал генотип *3/*3 гена CYP3A5 (ОШ 8,56; 95% ДИ 2,14-34,1; $P=0,003$). При сравнении частоты распределения аллелей гена SLCO1B1 в группе случай преобладало носительство аллели С (ОШ 3,54; 95%; ДИ 1,35-9,27; $\chi^2=5,7$; $P=0,017$).

Выводы. У больных ИБС, этнических узбеков, носительство генотипа *3/*3 гена CYP3A5 и аллеля С гена SLCO1B1 связано с возникновением статин-ассоциированных мышечных симптомов.

ЮРАК ИШЕМИК ҚАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАРДА СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА СҮР2С19 ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА ИНТЕРЛЕЙКИНЛАР ЎРТАСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК

АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К.

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

Мақсад: Юрак ишемик касаллиги билан оғриган тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда СҮР2С19 генлар полиморфизми ва яллиғланиш (интерлейкин (ИЛ)-1, ИЛ-6) ва яллиғланишга қарши (ИЛ-4, ИЛ-10) интерлейкинлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва метод: «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази» интервенцион кардиология бўлимида ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиётини ўтказган 110 та бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши $55,4 \pm 14,2$ йил, шундан 52% эркалар (57 та) ташкил этди. Қондаги яллиғланиш ва яллиғланишга қарши интерлейкинлар миқдори биокимёвий усул ёрдамида иммунофермент усули ёрдамида аниқланди (ELISA kit). СҮР2С19 генлар полиморфизми эса полемераза занжир реакцияси ёрдамида текширилди (PCR). Барча статистик текширувлар IBM SPSS 24.0 версия ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмининг тарқалиши бўйича СҮР2С19*1 генотип кенг тарқалганлиги кузатилди 53 тасида (48,2%), ундан кейин СҮР2С19*2 полиморфизми – 23 тасида (20,9%), ҳамда СҮР2С19*17 полиморфизми эса 22 тасида (20%) ҳамда СҮР2С19*3 полиморфизми эса 12 тасида (10,9%) ташкил этди. Яллиғланиш интерлейкинлардан ИЛ-1 нинг ўртача миқдори $52,22 \pm 18,45$ пг/мл ни ташкил этди. Генетик полиморфизмининг тарқалиши билан солиштирилганда СҮР2С19*2 ($r=0,6$; $P<0,05$) ва СҮР2С19*3 ($r=0,5$; $P<0,05$) генетик полиморфизми мавжуд беморларда ИЛ-1 миқдори нисбатан юқорилиги аниқланди

ва улар ўртасида ижобий боғланиш кузатилди. ИЛ-6 текширилганда эса ушбу яллиғланиш интерлейкиннинг СҮР2С19*2 ва СҮР2С19*3 генлар полиморфизми билан кучсиз ижобий боғланишга эга эканлиги кузатилди. СҮР2С19*1 ва СҮР2С19*17 генлар полиморфизмининг мавжудлиги ИЛ-6 миқдорининг ўзгаришига сезиларли таъсир қилмади. Аллиғланишга қарши интерлейкинлардан ИЛ-4 нинг ўртача миқдори $69,97 \pm 22,64$ пг/мл ни ташкил этди. СҮР2С19*1 генотипли беморларда ИЛ-4 миқдори юқори миқдорда кузатилди, СҮР2С19*2 ва СҮР2С19*3 генотипли беморларда эса ушбу интерлейкиннинг концентрацияси камроқ эканлиги кузатилди ва кучсиз тескари боғлиқлик мавжудлиги кузатилди ($r = -0,3$; $P<0,05$ – СҮР2С19*2; ($r = -0,2$; $P>0,05$ – СҮР2С19*3). ИЛ-10 нинг ўртача миқдори $16,82 \pm 8,86$ пг/мл ни ташкил эткан бўлсада, ушбу интерлейкин билан клопидогрел метаболизмини бошқарадиган генлар ўртасида боғлиқлик кузатилмади.

Хулоса: СҮР2С19*2 ва СҮР2С19*3 генетик полиморфизм ташувчиларда ИЛ-1 ҳамда ИЛ-6 миқдорининг юқори бўлиши кузатилди, ИЛ-4 миқдори эса кам эканлиги кузатилди. Яллиғланишга қарши бўлган ИЛ-10 эса генлар полиморфизми билан боғлиқликка эга эмаслиги кузатилди. Клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмидан СҮР2С19*2 ва СҮР2С19*3 полиморфизмли беморларда яллиғланиш жараёни яққолроқ ифодаланганлигини инobatга олиб, ЮИК билан оғриган беморларни беморларни даволашда персоналлашган генетик текширув ўтказиш асоратларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

ГИСС ТУТАМИ ЧАП ОЁҚАСИ БЛОКАДАСИНИНГ НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

АЧИЛОВА Х.Б., ТАИРОВ М.Ш.

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Бухоро вилоят минтақавий филиали, Бухоро, Ўзбекистон.
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.*

Тадқиқот мақсади: ностабил стенокардиянинг клиник белгилари оғирлик даражасини Гисс

тутами чап оёқаси блокадасига (ГТЧОБ) боғлиқ ҳолда баҳолаш



Материал ва усуллар: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Бухоро вилоят минтақавий филиалида 2021-2022 йиллар давомида даволанган 68 нафар ностабил стенокардия (НС) билан касалланган беморлар кузатуви амалга оширилди. Беморларнинг жинс кесимида тақсимланиши бир-бирига яқин кўрсаткичларни ташкил этди ва эркаклар 68 нафарни аёллар эса 60 нафарни ташкил этди. Беморларнинг ёш медианаси 61 ёшни ташкил этди. Кузатув давомида беморлардан 2 та гуруҳ шакллантирилди – асосий гуруҳ НС ва ГТЧОБ ассоциацияда келиши ва назорат гуруҳи НС кузатилган аммо ГТЧОБ бўлмаган беморлардан иборат бўлди. НС ташхисоти ACCF/ANA (2007, 2012) тавсияларига асосан ташхисланди. НС оғирлик даражаларини E.Braunwald (2000) критерийларига асосланиб баҳоланди, бунда НС юзага келиш сабаблари ва оғриқ синдромининг давомийлиги ҳам кузатиб борилди. А – синфига иккиламчи стенокардия ҳолатлари киритилиб, бунда ишемияни кучайтирувчи сабаблар мавжуд бўлди (назорат қилинмайдиган гипертензия, анемия, гипертиреоз ва.б.); В – синфига ташқи сабаблар бўлмаган бирламчи стенокардиялар, С- синфига инфаркт ўтказилгандан кейинги икки ҳафта ичида ривожланган постинфаркт стенокардия. Оғриқ синдромининг давомийлигига кўра стенокардияни синфларга бўлинди. I-синф,

II-синф III-охирги 48 соат ичида ривожланган тинч ҳолатдаги ўткир стенокардия. Частотанинг фарқлари $P < 0,05$ бўлганда ишонарли деб ҳисобланди.

Натижалар ва муҳокама: Асосий гуруҳга 31 нафар назорат гуруҳига эса 37 нафар бемор киритилди. А-синф асосий гуруҳ беморларининг 18 нафариди (58%ида), назорат гуруҳида эса 22 нафар (59,4%ида) қайд қилинди. НСнинг В – синфи асосий гуруҳда 11 кишида (35,4%ида), назорат гуруҳида 17 (37,8%) нафар беморда кузатилди. Ностабил стенокардиянинг С – синфи тест гуруҳида 2 (6,6%) беморда, назорат гуруҳидагиларнинг 4 тасида (2,8%ида) ташхисланди $P < 0,05$.

I-синф асосий гуруҳда 31,0% беморда, назорат гуруҳида эса 72,1% ҳолатда кузатилди, бу ҳолат ГТЧОБ блокадасининг НС ривожланиш вақти билан боғлиқлигидан далолат берди. II-синфли НС асосий гуруҳда 40,2% ҳолатда, назорат гуруҳида эса 10,1% пациентларда қайд қилинди $P = 0,00$. III-синф тест гуруҳида 28,8%, назорат гуруҳида 17,8% беморларда кузатилди $P < 0,05$.

Хулоса: НС нинг ГТЧОБ билан қўшилиб келишида ташқи сабаблар билан боғлиқ стенокардия устунлик қилган бўлиб оғриқ синдромининг ўткир ости кечиши кузатилди. Тинч ҳолатдаги стенокардия кузатилмаган (НС I-синфи) ҳолатда илк марта пайдо бўлган ва постинфаркт НС частотаси ошиши кузатилди.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОРОНАТЕРА» У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БОБОЕВ М.М., БЕКТАШЕВ И.Б.

Анджжанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Отмечено, что система мероприятий, включающая фитотерапевтические компоненты лечения, способна уменьшить чувствительность к стрессорным нагрузкам с помощью включения внешнего дополнительного звена саморегуляции более чем в 30% случаев; лечебные эффекты метода направлены на нормализацию гомеостаза. Опыт многовековой традиционной медицины базировался на знаниях о влиянии лекарственных средств на все звенья патогенеза ишемической болезни сердца (ИБС), включая психосоматические связи.

Цель исследования – оценка эффективности коронаролитических препаратов в лечении больных со стабильной стенокардией напряжения.

Объект и методы. Нами проанализированы результаты лечения 80 пациентов с ИБС: группа А – 44 пациента стенокардией I-II ФК, средний возраст 52,39±5,95 года, получавшие коронатеру в качестве монотерапии; группа В – 36 пациентов в

возрасте 51,75±6,34 года, пролеченные препаратом «Коронатера» совместно с базисными коронаролитическими препаратами за исключением нитратов (стенокардия I ФК – 6 (16,7%) чел.; стенокардия II ФК – 26 (72,2%) чел.; стенокардия III ФК – 4 (11,1%) чел.).

Результаты. Для определения коронаролитического эффекта воздействия коронатеры в группе А были выделены 2 группы: со стенокардией I ФК – 21 пациент, которые получали препарат в течение 4 недель по 5 таблеток 3 раза в сутки; стенокардия II ФК – 23 пациента, принимавшие по 10 таблеток 3 раза в сутки. Пациенты меняли дозу препарата в соответствии с самочувствием. Среднее число таблеток при стенокардии I ФК – 13,19±2,16, при стенокардии II ФК – 22,61±6,55. Сравнительный анализ эффективности коронатеры в лечении группы А – в табл. 1 (1 до лечения, 2 после лечения).

Коронаролитики в комплексной терапии больных ИБС оказывают выраженный антиангиналь-

ный эффект, достоверно снижают количество эпизодов ишемии за сутки, снижают потребность в нитратах. Эти факты свидетельствуют о коронаролитических и антиангинальных свойствах препарата. У пациентов, в процессе лечения, по данным УЗИ сердца выявлено незначительное влияние препарата на контрактильную способность миокарда: выявлено увеличение фракции выброса в% (до лечения – 54,97±3,72, после лечения – 56,83±4,57) и отсутствие влияния на сократимость миокарда левого желудочка в% (до лечения – 31,83±3,68, после – 31,75±2,39). Изучение антиишемической активности коронатеры по результатам ВЭМ показало, что достигнуто достоверное увеличение толерантности к физическим нагрузкам, пороговая мощность нагрузки в Вт уве-

личилась с 96,32±26,92 до 122,06±22,83, возросло также время проведения ВЭМ в мин (с 13,38±3,84 до 16,18±3,29), что свидетельствует об увеличении физической адаптации и повышении степени выносливости.

Выводы. Коронатера положительно влияет на гемодинамические характеристики сердечной деятельности, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам и улучшает клинические характеристики сердечной деятельности, обладает достаточно эффективными антиангинальными и коронаролитическими свойствами. Коронатеру рекомендовано применять дифференцированно в лечении больных ИБС, используя ее в качестве монотерапии у пациентов ИБС стенокардией I ФК; в комплексном лечении стенокардии II-III ФК.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ НЕИНВАЗИВНЫХ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

БОБОЕВ М.М., БЕКТАШЕВ И.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания сегодня – актуальная проблема мировой и национальной медицинской практики. Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рост артериальной гипертензии, раннее развитие атеросклероза, распространенность факторов риска диктует необходимость изучать ранние маркеры повреждения сердечно-сосудистой системы у людей молодого и среднего возраста.

Цель исследования. С помощью мультимаркерного подхода разработать и предложить интегрированный биомаркер для неинвазивной оценки риска наличия и выраженности коронарного атеросклероза.

Материал и методы исследования. В исследование последовательно включено 55 пациентов в возрасте старше 18 лет (средний возраст 62,8±9,0 года), поступивших и обследованных в клинике АГМИ в 2020–2011 гг., которым были выполнены диагностическая коронароангиография (КАГ) и дуплексное сканирование сонных артерий. Локализацию и степень коронарного атеросклероза оценивали по шкале Gensini.

Определение биохимических параметров проводили в сыворотке или плазме, полученной стандартными методами из венозной крови, взятой после 12-часового голодания перед проведением КАГ. Стандартизацию и контроль качества анализа биохимических параметров проводили в соответствии с требованиями «Федеральной системы внешней оценки качества».

Концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП) (после осаждения липопротеинов низкой плотности (ЛНП) фосфорновольфраматом натрия в присутствии хлористого магния) определяли ферментными методами с использованием диагностических наборов фирмы «Human» (Германия) на автоанализаторе «Konelab 20i» (Финляндия). Концентрацию ХС ЛНП рассчитывали по формуле Фрид-вальда. Повышенным считали уровень ОХС >4,0 и >5,0 ммоль/л, ХС ЛНП >2,5 и >1,8 ммоль/л, ТГ >1,7 и >2,0 ммоль/л.

В качестве нормы, предложенной экспертами Европейского общества по гипертензии и Европейского общества кардиологов в 2007 г., выбраны значения ТИМ <0,9 мм. За увеличение ТИМ приняты значения от 0,9 до <1,3 мм, а критерием АСБ обозначена ТИМ >1,3 мм или локальное увеличение ТИМ на 0,5 мм (или на 50%) по сравнению с величиной ТИМ близлежащих участков сосудистой стенки.

Результаты исследования. Анализ проводили в 3-х группах: без коронарного атеросклероза ($\wedge = 0$), с коронарным атеросклерозом любой тяжести ($\wedge > 0$) и с выраженным атеросклерозом коронарных артерий ($\wedge > 35$). На основании предварительного анализа математических моделей, включающих визуальные и биохимические маркеры и их сочетания, были выбраны наиболее значимые показатели, составившие интегрированный биомаркер.



Вывод. В последние десятилетия вопрос об использовании биомаркеров для улучшения прогнозирования сердечно-сосудистого риска привлекает значительное внимание исследователей. Вместе с тем, вопрос о возможности объединения нескольких биомаркеров для улучшения эф-

фективности прогнозирования риска заболевания остается нерешенным.

В настоящее время все более широкое применение находит так называемый мультимаркерный подход, особенно, при использовании циркулирующих биомаркеров.

ПЕРСНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

ДЖАФАРОВ С.М., МУЛЛАБАЕВА Г.У., СУННАТОВ Р.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, ООО «Акфа Медлайн», Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Разработать персонифицированный подход в лечении мультифокального атеросклероза

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 123 больных с сочетанными поражениями сонных и коронарных артерий, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦК и ООО «Акфа Медлайн» с января 2018 года по июнь 2022 года. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Преобладали пациенты с ХСМН 3-4 степени – 63(51,3%). При этом ИБС 3-4 функционального классов наблюдалась у 110 (90%) пациентов. Возраст в среднем составил $56,9 \pm 3,3$ года, преобладали мужчины – 107 (87%). Скрининговым методом выявления поражений брахицефальных артерий являлось УЗДС для выявления поражений сонных артерий, дополнительно применяли транскраниальную доплерографию. Если результаты ультразвуковой визуализации были сомнительны или неопределенны, и при выявлении бляшек сонных артерий эмбологенного характера выполнялась МСКТА с целью подтверждения степени атеросклероза и получения информации об интраторакальных и интракраниальных артериях, состоянии сифона и виллизиева круга. Для выявления поражения коронарных артерий скрининговым методом диагностики являлось ЭКГ, ЭхоКГ, по показаниям выполняли нагрузочный тест. Коронарография выполнялась пациентам с ишемической болезнью сердца (ИБС) со стенокардией напряжения третьего – 74 (60%) и четвертого – 49 (40%) функциональных классов, 63 (51%) из них перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ). При выборе хирургического лечения оценивалось состояние всех артериальных бассейнов с определением региона первостепенной реконструкции, при этом

ставился вопрос об первоочередной хирургической профилактики ишемического инсульта. Вопрос о коронарной реваскуляризации решался согласно рекомендациям европейского общества кардиологов. В выборе этапности реконструктивного вмешательства учитывался риск сердечно-сосудистой смертности согласно данным неинвазивных методов исследования.

Результаты. 39 (31,7%) больным – при благоприятной ангиографической картине и возможности выполнения чрескожных коронарных вмешательств выполнено стентирование коронарных артерий, вторым этапом выполнено каротидное стентирование. При преобладании выраженности клинко-ангиографического поражения в коронарном русле 27 (22,0%) больным выполнена одномоментная открытая каротидная реконструкция и открытая реваскуляризация миокарда. При критическом поражении сонных артерий с преобладанием нарушения в каротидном бассейне у 23 (18,7%) больных, а также при отсутствии гемодинамически значимого поражения коронарных артерий у 34 (27,6%), выполнена каротидная реконструкция на фоне медикаментозной терапии ИБС.

Выводы. При выборе тактики лечения необходимо учитывать клиническую картину при поражении коронарного или каротидного русла.

Необходимо широкое внедрение в практику стентирования каротидных артерий при сочетанном поражении каротидного русла и трехсосудистого поражения коронарных артерий.

Для снижения пери- и послеоперационных осложнений и летальности необходимо придерживаться четкого протокола этапности и объема вмешательств, с учетом показаний к открытому и эндоваскулярным методам лечения, после определения преобладающего поражения при мультифокальном атеросклерозе.

ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

ДЖУМАЕВ Д.Л., ТАИРОВ М.Ш.

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Бухоро вилоят минтақавий филиали, Бухоро, Ўзбекистон*

Тадқиқот мақсади. Турғун зўриқиш стенокардиясининг турли функционал синфлари ўртасида коронар қон томирлар зарарланишининг даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 64 нафар турғун зўриқиш стенокардияси ташхиси қўйилган беморлар жалб қилинди. Клиник, лаборатор ва инструментал текширув хулосаларига кўра беморлар 3 гуруҳга ажратилди. Тадқиқот учун I гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси II ФС ташхиси қўйилган 12 нафар (ўртача ёш $58,4 \pm 1,05$ йил); II гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси III ФС ташхиси қўйилган 30 нафар (ўртача ёш $62,03 \pm 2,7$ йил) ва III гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси IV ФС ташхиси қўйилган 22 нафар (ўртача ёш $69,7 \pm 1,8$ йил) беморлар ташкил этди. Барча беморларга коронароангиография амалиёти Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида ўтказилган. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар SPSS-17 статистик дастуридан фойдаланилган холда қайта ишланди.

Тадқиқот натижалари. Коронар етишмовчилик индексини баҳолаш орқали ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасида статистик жихатда наҳамиятли фарқларнинг мавжудлиги қайд этилди. Тадқиқотларга жалб қилинган беморларнинг коронар қон томирлари коронароангиография текшируви орқали ўрганганилганда қуйидаги натижалар олинди. I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши нисбатан 5% ни ташкил этиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалараро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида кўпроқ зарарланиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг айланиб ўтувчи тармоғи зарарланиши II ва III гуруҳлардаги беморларда мос равишда 24,7% ва 22,4% ташкил қилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида 17,7%

ни ташкил қилди. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда 2,3%, 12,5%, 13,7% ташкил қилди. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида –16,7% ни ташкил қилди. Турғун зўриқиш стенокардияси II, III, IV ФС ташхиси қўйилган беморлар коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалараро тармоқ ва чап коронар артериядан чиқувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши қайд этилди.

Хулоса. Инвазив коронароангиография натижаларини тахлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди. Чап коронар артерия олдинги қоринчалараро тармоғининг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ учраши қайд этилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида I ва III гуруҳдаги беморларга нисбатан ишончли даражада кўпроқ учраши кузатилди. Шунингдек ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши ва орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши кузатилди. Турғун зўриқиш стенокардияси I, II, III ФС ташхиси қўйилган беморлар коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалараро тармоқ ва чап коронар артериядан чиқувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши қайд этилди.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

КОТЕЛКИНА О.С., МАМЕДОВА С.И., НИКОЛАЕВ К.Ю., УРВАНЦЕВА И.А.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель. Изучить качество жизни по опроснику SF36 у пациентов с ишемической болезнью серд-

ца на амбулаторно-поликлиническом этапе кардиологической реабилитации.



Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с ИБС и перенесенной плановой операцией коронарного шунтирования давностью $40,06 \pm 6,2$ дня к моменту исследования, проходивших амбулаторную программу кардиологической реабилитации (КР) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Окружном кардиологическом диспансере «Центре диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» («ОКД «ЦД и ССХ»). В исследовании приняло участие 50 пациентов, из которых 37 мужчин (74%, средний возраст $59,98 \pm 3,1$ года) и 13 женщин (26%, средний возраст $62,7 \pm 4,2$ года). Программа КР включала программу физических тренировок (лечебная гимнастика, занятия на кардиотренажерах), физиотерапевтические процедуры и психологическое тестирование. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с помощью опросника MOS SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) дважды: на момент начала и после завершения программы КР. В опроснике КЖ 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: «физическое функционирование», «ролевая деятельность», «телесная боль», «общее здоровье», «жизнеспособность», «социальное функционирование», «эмоциональное состояние» и «психическое здоровье». Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевный и физический компоненты здоровья. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Результаты. У всех пациентов, включенных в исследование, была выявлена артериальная гипертонзия, у 32% пациентов – ожирение и у 22%

– сахарный диабет 2 типа. Подавляющее большинство пациентов имели низкую физическую активность (96%). По результатам оценки КЖ после проведения программы КР по всем шкалам, кроме шкалы «телесная боль», зафиксирован прирост количества баллов, что свидетельствует о положительном эффекте проведенной программы КР. По шкале «телесная боль» при сравнении показателей до начала программы и после ее завершения наблюдалось выраженное снижение баллов с $72,48 \pm 12,48$ до начала программы КР, до $60,38 \pm 10,6$ после завершения программы соответственно. Значимая разница была установлена по шкале «ролевая деятельность», отражающей влияние физического состояния на повседневную деятельность человека – с $33,0 \pm 5,0$ до начала программы КР и до $67,60 \pm 3,1$ после завершения программы КР ($p < 0,001$). Оценка степени, мешающей выполнению повседневной деятельности, шкала «эмоциональное состояние» также показала выраженный прирост: с $48,58 \pm 7,8$ до начала программы, до $71,54 \pm 5,5$ после завершения программы КР ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенное исследование оценки КЖ у пациентов с ИБС на амбулаторно-поликлиническом этапе кардиологической реабилитации показало прирост количества баллов всем шкалам здоровья и снижение по показателю «телесная боль». Статистически значимая разница после завершения программы кардиологической реабилитации была получена по шкалам «ролевая деятельность» ($33,0 \pm 5,0$ и $67,60 \pm 3,1$ соответственно до и после КР, $p < 0,001$) «эмоциональное состояние» ($48,58 \pm 7,8$ и $71,54 \pm 5,5$ соответственно до и после КР, $p < 0,05$).

СВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ОЛИМОВ И.О., КОДИРОВА Г.И., УКТАМОВ Н.Т., МАДАМИНОВ И.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Нестабильная стенокардия – одна из актуальных проблем современной кардиологии. Это обусловлено как непосредственно высоким риском для жизни пациентов, связанным с заболеванием, так и возможностью развития острого коронарного синдрома, который, как правило, трансформируется в очаг некроза. Нестабильная стенокардия является неблагоприятной в прогностическом отношении формой развития ИБС, при этом она характеризуется непредсказуемостью, быстрой сменой течения заболевания и может либо заканчиваться регрессией симптомов, либо привести к инфаркту миокарда или внезапной смерти.

Целью исследования явилось на основе комплексного подхода изучить особенности суточного профиля АД и наличие взаимосвязи различных показателей суточного мониторинга АД и нарушений липидного спектра у больных нестабильной стенокардией на фоне нормального и повышенного АД.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных мужского пола в возрасте от 31 до 68 лет, страдающих ИБС. Длительность заболевания от 3 до 20 лет. Больные были госпитализированы в кардиологическое отделение Андижанского филиала Центра неотложной экстренной помощи.

45 больных были рандомизированы на 2 группы с учётом поставленного диагноза.

Результаты и обсуждения. У больных нестабильной стенокардией как при нормальном уровне артериального давления, так и в сочетании с артериальной гипертензией имеется нарушенный циркадный ритм, при этом наиболее выраженные изменения наблюдаются в ночное время, проявляющиеся отсутствием адекватного снижения АД и увеличением показателей нагрузки повышенным и пониженным артериальным давлением.

У пациентов с нестабильной стенокардией и артериальной гипертензией наряду с общими изменениями, характерными для больных нестабильной стенокардией без артериальной гипертензии, определяется увеличение показателей нагрузки как повышенным, так и пониженным артериальным давлением.

Неадекватное снижение систолического АД в ночное время ассоциируется с увеличением индекса массы миокарда и частотой гипертрофии левого желудочка у больных нестабильной стенокардией как в сочетании с артериальной гипертензией, так и без таковой. У больных нестабильной стенокардией в первые дни заболевания регистрируются нарушения липидного спектра, выражающиеся в повышении проатерогенных фракций и снижению антиатерогенных. Максимальный уровень ЛП (а) регистрируется у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией и инфарктом миокарда в анамнезе.

Повышение уровня ЛП (а) у больных нестабильной стенокардией без артериальной гипертензии ассоциируется с увеличением линейных, объёмных и структурных показателей миокарда левого желудочка.

Выводы. Комплекс исследований суточного профиля АД, липидного спектра, структурно-функциональных характеристик миокарда левого желудочка может быть рекомендован для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий по снижению степени глобального риска заболевания. Подбор антигипертензивной терапии у больных нестабильной стенокардией в сочетании с АГ и без таковой должен проводиться с учетом особенностей суточного профиля АД. Использовать определение ЛП (а) как дополнительный критерий стратификации степени риска у больных нестабильной стенокардией с различными клиническими формами.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН 2 ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТЛИ БЕМОРЛАРДА ТИКОГРЕЛОЛНИНГ ТАҚҚОСЛАМА САМАРАДОРЛИГИ

ОРЗИЕВ Д.З., ПАЙЗИЕВ ДЖ.Ж.

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

Мақсад: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) замонавий кардиологиянинг долзарб масалаларидан саналади. 2 тип қандли диабет билан оғриган беморларда (2ТҚД) юрак қон томир асоратлари кўп учраб, бунга асосан атеросклеротик жараённинг тезлашиб кетиши, тромбоцитлар агрегацияси фаолиятининг ортиб кетиши ҳамда тромбоз пайдо бўлиши сабаб бўлади. ЮИК билан оғриган 2 тип қандли диабетли беморларда тери орқали коронар аралашувдан кейинги антиагрегант давони оптималлаштириш беморлар умр давомийлигини оширишда ва асоратларни камайтиришда муҳим аҳамиятга эга. Тадқиқотнинг мақсади юрак ишемик касаллиги билан оғриган 2 тип қандли диабет билан касалланган беморларда электив тери орқали коронар аралашувдан кейинги тикагрелол билан антиагрегант давони самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимида 2018-2022 йиллар давомида 112 та юрак ишемик касаллиги ҳамда 2 тип қандли

диабет билан оғриган ҳамда электив режали тери орқали коронар аралашув ўтказган беморлар текширувдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 62.0 ± 12.5 ёш бўлиб, шундан 51 фоизини эркаклар ташкил этди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳдаги беморларда антиагрегант даво сифатида тикагрелол ва аспирин қўлланилди, 2-гуруҳдаги беморларда эса клопидогрел аспирин қўлланилди. Беморларда дастлаб барча стандарт текширувлар билан бир қаторда аденозиндифосфат билан тромбоцитлар агрегацияси ўтказилди. Кейин 1-гуруҳ беморларга тикагрелолнинг 180 мг юклама дозаси, 2-гуруҳдаги беморларда эса клопидогрелнинг 600 мг юклама дозаси берилди ва 12 соатдан кейин қайта тромбоцитлар агрегацияси текшириб кўрилди ва тромбоцитлар агрегациясининг ингибирланиши баҳоланди. Барча статистик таҳлиллар SPSS 26.0 (АҚШ) дастурий таъминоти воситасида амалга оширилди.

Натижалар: Иккала гуруҳдаги беморларда дастлабки клиник-биокимёвий маълумотлари ўртасида сезиларли фарқ кузатилмади ($P > 0,05$). Юклама дозадан кейин 1-гуруҳда 5 ммоль/л



АДФ билан тромбоцитлар агрегациясининг ингибирланиши сезиларли даражада юқори бўлганлиги кузатилди ($48,2 \pm 22,0\%$ қ. $42,4 \pm 21,2\%$; $P < 0,05$). 20 ммоль/л АДФ билан тромбоцитлар агрегациясининг ингибирланиши тикагрелол гуруҳида клопидогрел гуруҳига нисбатан юқори эканлиги кузатилди ($58,6 \pm 27,5\%$ қ. $53,2 \pm 25,4\%$; $P < 0,05$). Жинс бўйича алоҳида текширилганида тикагрелол гуруҳида аёлларда тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши эркакларга нисбатан бироз юқорироқ эканлиги кузатилди, аммо ушбу ўзгариш статистик жиҳатдан сезиларли эмаслиги кузатилди ($P > 0,05$). Клопидогрел гуруҳида эса эркаклар

ва аёллар ўртасида деярли фарқ кузатилмади. Гарчи иккала гуруҳда ҳам фибриноген миқдорида фарқ кузатилмаган бўлсада, тромбоцитлар агрегациясини ингибирланиши билан фибриноген миқдори орасида тескари боғлиқлик мавжудлиги аниқланди ($r = -0,6$, $P < 0,05$).

Хулоса: Электив тери орқали коронар аралашув режалаштирган юрак ишемик касаллиги билан оғриган 2 тип қандли диабетли беморларда тикагрелол клопидогрелга нисбатан кучлироқ антиагрегант фаолиятга эга бўлиб тромбоцитлар агрегациясини сезиларли даражада блоклайди.

ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАРДА СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ҲАМДА 2 ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ТИКОГРЕЛОЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

ОРЗИЕВ Д.З., ПАЙЗИЕВ ДЖ.Ж., МУХАМЕДОВА М.Г.

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

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад: 2 тип қандли диабет фонида кечадиган юрак ишемик касаллигида атеротромбоз диабетсиз беморларга қараганда кўпроқ учраши тадқиқотларда кўрсатиб ўтилган. Бунда бир қанча омиллар роль ўйнаб, коагуляцион каскадни фаоллаштириши ҳамда организмдаги сурункали яллиғланиш жараёнлари муҳим аҳамиятга эга. Ўткир коронар синдром билан оғриган беморларда тикагрелол клопидогрелга нисбатан устунликка эга эканлиги кўрсатиб ўтилган. Аммо ҳозиргача ЮИК билан оғриган тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказадиган беморларда тикагрелолнинг устунлиги ҳақида аниқ далиллар мавжуд эмас. Тадқиқотнинг мақсади тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 2ТҚД фонида ЮИК билан оғриган билан оғриган беморларда тикагрелолнинг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимида 2018–2022 йиллар давомида 2ТҚД фонида ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган бир юз ўн икки нафар беморлар текширувдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $62,0 \pm 12,5$ ёш бўлиб, шундан 57 таси (51%) эркаклар ташкил этди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳдаги беморларда антиагрегант даво сифатида тикогрелол ва аспириин қўлланилди, 2-гуруҳдаги беморларда эса клопидогрел аспириин қўлланилди. Беморларда дастлаб барча стандарт текширувлар билан бир қаторда коагуляцион гемостаз кўрсаткичлари текширилди. Кейин 1-гуруҳ беморларга тикогре-

полнинг 180 мг юклама дозаси, 2-гуруҳдаги беморларда эса клопидогрелнинг 600 мг юклама дозаси берилди ва 12 соатдан кейин қайта коагуляцион гемостаз кўрсаткичлари текшириб кўрилди ва баҳоланди. Барча статистик таҳлиллар SPSS 26.0 (АҚШ) дастурий таъминоти воситасида амалга оширилди.

Натижалар: Дастлабки клиник ва биокимёвий текширув натижалари иккала гуруҳдаги беморларда сезиларли ўзгариш кузатилмади. Юклама дозадан кейин протромбин фарқи иккала гуруҳда ҳам бироз ортгани кузатилди, аммо ушбу ўзгариш сезиларли даражада эмаслиги кузатилди ($P > 0,05$). Шу билан бир қаторда халқари нормаллашув даражасида ҳам иккала гуруҳда деярли сезиларли ўзгариш кузатилмади ($P > 0,05$). Тромбоцитларнинг қисман фаол вақти биринчи гуруҳдаги беморларда иккинчи гуруҳга қараганда сезиларли даражада ортгани кузатилди ($24,2 \pm 8,4$ секунддан $32,63 \pm 10,0$ секундга қ. $24,7 \pm 7,9$ секунддан $29,4 \pm 11,2$ секундга; $P < 0,05$). Фибриноген ҳамда протромбин индекси миқдорининг ўзгаришида ҳам иккала гуруҳда сезиларли ўзгариш кузатилмади, аммо тромбин вақти тикагрелол гуруҳидаги беморларда клопидогрел гуруҳига қараганда сезиларли ортгани кузатилди ($9,1 \pm 2,0$ секунддан $13 \pm 2,4$ секундга қ. $9,5 \pm 2,2$ секунддан $11 \pm 2,6$ секундга; $P < 0,05$). Жинс бўйича алоҳида таҳлил қилинганда эркаклар ва аёллар ўртасида сезиларли фарқ кузатилмади ($P > 0,05$).

Хулоса: Тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 2ТҚД фонида ЮИК билан оғриган беморларда тикагрелол клопидогрелга нисбатан коагуляцион гемостаз фаолиятини яхшироқ таъсир кўрсатади.

КАМ УГЛЕВОДЛИ РЕЖИМНИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАР СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДАГИ ЛИПИДЛАР ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРГА ТАЪСИРИ

ПАЙЗИЕВ ДЖ. ДЖ., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон Муаммонинг долзарблиги: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) замонавий тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан саналади. ЮИК билан оғриган беморларнинг тожсимон артерияларида атеросклеротик пилакчалар ривожланади ва бу аксарият ҳолларда стенокардия, миокард инфаркти ёки ўткир коронар синдром кўринишида намоён бўлади. Ушбу тоифа беморларда ўз вақтида баллон билан ангиопластика қилиш ҳамда торайиб қолган тожсимон артерияларни стентлаш амалиёти билан ўтказувчанлигини тиклаш муҳим аҳамиятга эга. Шунга қарамасдан кўпчилик ЮИК билан оғриган тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда вақт ўтгани сари атеросклеротик пилакчалар ривожланишда давом этади. Бунга бир қанча омиллар, жумладан қондаги глюкоза миқдори ва липид кўрсаткичлари муҳим аҳамиятга эга.

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

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимидаги ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 120 бемор тадқиқотга жалб этилди (2019-2022 йиллар). Беморларнинг ўртача ёши $58,2 \pm 12,6$ йил, аёллар 47%, эркеклар 53% ни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳдаги тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда (60 та) стандарт даво билан бир қаторда кам углеводли схемага риоя қилиши буюрилди. 2-гуруҳдаги беморлар эса стандарт даво билан бир қаторда одатдаги юрак қон томир касалликлари учун тавсия қилинган овқатланиш схемаси буюрилди. Қоннинг биоки-

мёвий кўрсаткичлари, жумладан қондаги глюкоза миқдори, гликирланган гемоглобин ҳамда липид кўрсаткичлари беморларнинг шифохонага дастлабки ташрифи ҳамда 3 ойдан кейин иммунокимёвий усул ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар STATA воситасида амалга оширилди.

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

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



ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАР СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАМ УГЛЕВОДЛИ РЕЖИМНИ ИНТЕРЛЕЙКИНЛАРГА ТАЪСИРИ

ПАЙЗИЕВ ДЖ.ДЖ., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К.

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

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

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт марказининг интервенцион кардиология бўлимидаги юрак ишемик касаллиги билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган 120 бемор тадқиқотга жалб этилди (2019-2022 йиллар). Беморларнинг ўртача ёши 58,2 \pm 12.6 йил, аёллар 47%, эркаклар 53% ни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳдаги тожсимон артерияларда стентлаш амалиёти ўтказган беморларда (60 та) стандарт даво билан бир қаторда кам углеводли схемага риоя қилиши таъкидланди (таркибида крахмал миқдори кўп бўлган озиқ овқатлар чекланди). 2-гуруҳдаги беморлар эса стандарт даво билан бир қаторда одатдаги юрак қон томир касалликлари учун тавсия қилинган овқатланиш схемаси буюрилди (таркибида ёғ миқдори кўп бўлган маҳсулотлар чекланди). Яллиғланиш (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ўсма некроз омили- α) ва яллиғланишга қарши (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13) интерлейкинлар беморларнинг шифохонага дастлабки ташрифи ҳамда 3 ойдан кейин иммунокимёвий усул ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар STATA воситасида амалга оширилди.

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

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

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СҮР2С19 ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ КЛОПИДОГРЕЛ САМАРАДОРЛИГИГА ТАЪСИРИ

УЗОКОВ Ж.К., АЛЯВИ Б.А.

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

Мақсад: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш

амалиёти ўтказган беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи СҮР2С19 генлар

полиморфизмининг клопидогрелнинг антиагрегант самарадорлигига таъсирини баҳолаш.

Материал ва метод: «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий тиббиёт маркази» интервенцион кардиология бўлимида ЮИК билан оғриган ҳамда тожсимон артерияларда стентлаш амалиётини ўтказган 110 та бемор тадқиқотга жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши $55,4 \pm 14,2$ йил, шундан 52% эркаклар (57 та) ташкил этди. Тромбоцитлар агрегациясини баҳолаш мақсадида қон анализи беморлар ташрифининг дастлабки кунда ҳамда клопидогрел 600 мг юклама доза қўллангандан кейин 12 соатдан кейин қайта текширилди агрегометр (Bioloa) ёрдамида текширилди. СYP2C19 генлар полиморфизми эса полемераза занжир реакцияси ёрдамида текширилди. Барча статистик текширувлар IBM SPSS 24.0 версия ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Беморларда клопидогрел метаболизмини бошқарувчи генлар полиморфизмининг тарқалиши қуйидагича бўлди: 110 беморнинг 53 тасида (48,2%) СYP2C19*1 полиморфизми, 23 тасида (20,9%) СYP2C19*2 полиморфизми, 12 тасида (10,9%) СYP2C19*3 полиморфизми ҳамда 22 тасида (20%) СYP2C19*17 полиморфизми кузатилди. Тадқиқотга жалб этилган беморларнинг клопидогрелга жавоб реакцияси 84% ни ташкил этди. Клопидогрелга жавоб реакцияси кам бўлган бе-

морларнинг аксарияти СYP2C19*2 ва СYP2C19*3 полиморфизмидаги беморлардан иборат бўлди. Клопидогрелнинг юклама дозасидан кейин тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши (5 ммоль/л ва 20 ммоль/л АДФ билан) ўрта ҳисобда СYP2C19*2 генотипли беморларда 18% ҳамда СYP2C19*3 полиморфизмли беморларда 21% ташкил этди. Аксинча СYP2C19*17 полиморфизмли беморларда юклама дозадан кейинги тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши (5 ммоль/л ва 20 ммоль/л АДФ билан) сезиларли даражада ортгани кузатилди (67%, $P < 0,001$ СYP2C19*2 ва СYP2C19*3 гуруҳлар билан солиштирилганда). СYP2C19*1 генотипли беморларда эса клопидогрелнинг юклама дозасидан кейинги тромбоцитларнинг агрегациясини ингибирланиши ўртача ортанлиги кузатилди (48%, $P < 0,05$ СYP2C19*2 ва СYP2C19*3 гуруҳ билан солиштирилганда).

Хулоса: СYP2C19*2 ва СYP2C19*3 генетик полиморфизм ташувчиларда клопидогрел метаболизми секин бориб ушбу гуруҳда клопидогрелга чидаилилик кузатилади. Аксинча СYP2C19*17 полиморфизмли беморларда эса клопидогрел метаболизми тез кечиб клопидогрелга сезувчанлик ортиб кетади. СYP2C19*1 генотипли беморларда эса клопидогрел метаболизми ўртача тезликда кечиб беморлар контингентининг асосий қисмини ташкил этади.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

УКТАМОВ Н.Т., КОДИРОВА Г.И., ОЛИМОВ И.О., МАДАМИНОВ И.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. В настоящее время активно обсуждается вопрос о гендерных особенностях течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что ставит на повестку дня разработку дифференцированного подхода к лечению кардиальной патологии у мужчин и женщин. Рост и омоложение заболеваемости атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) у женщин, атипичность их клинического течения требуют более активного выявления факторов риска их развития. В экспертных рекомендациях на сегодняшний день отсутствуют различия в подходах к лечению ССЗ у мужчин и женщин.

Целью данной работы явилась оценка гендерных особенностей антиоксидантного статуса и возможности коррекции изменения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) при лечении статинами мужчин и женщин, страдающих стабильными формами ИБС с нарушением липидного обмена.

Материал и методы. В исследование было включено 49 лиц: 39 больных ИБС и 10 относительно здоровых. Обследуемые в возрасте от 35 до 69 лет, средний возраст $52,5 \pm 6,4$ лет, давших согласие на участие в исследовании, разделены на 2 группы по половому признаку. В основную группу включено 19 мужчины, во 2-ю – 20 женщин. Контрольную группу составили 5 условно здоровых мужчин, 5 условно здоровых женщин. Больные получали базисную терапию (в-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), нитраты, антагонисты кальция, антиагреганты). Длительность изучения влияния аторвастатина в составе кардиальной терапии на параметры ПОЛ-АОЗ, клиническое течение ИБС, функцию эндотелия составила 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Показатели состава липидов, состояние ПОЛ-АОЗ у больных ИБС и лиц контрольной группы статистически до-

стоверно различалась. При отсутствии значимых различий липидного состава установлены достоверные гендерные различия интенсивности ПОЛ и активности тканевых и плазменных антиоксидантных ферментов: у мужчин по сравнению с женщинами были повышены ($p < 0,05$) уровни ДК на 9,2% и ТБК-РП на 11,5%, снижены ($p < 0,05$) АОА АОС ЦП/ТФ на 10,5%, СОД на 12,2% и ГП на 18%. Это определяет наиболее выраженное в группе мужчин истощение резервных свойств АОЗ и интенсификации ПОЛ и подтверждает имеющиеся в литературных источниках данные о роли ОС в патогенезе ИБС.

Наибольшее СОД/ГП в группе мужчин с ИБС свидетельствует о максимальном изменении баланса в сторону окислительного стресса в системе тканевых антиоксидантных ферментов, необходимого для поддержания стационарной концентрации активных форм кислорода (АФК). Уровень мочевиной кислоты – низкомолекулярного антиоксиданта – в группах пациентов ИБС не выходил за

рамки нормальных показателей, однако у мужчин был достоверно выше. Также выявлена тесная связь метаболизма N0 с параметрами ПОЛ-АОЗ, особенно в группе мужчин с ИБС. Значительное повышение уровня метаболитов N0 у некоторых женщин с гиперлипопероксидемией и гипергомоцистеинемией приводит к разбалансировке связи N0 с функционированием системы ПОЛ-АОЗ. При этом сам N0 может выступать в качестве прооксиданта.

Вывод. Таким образом, у пациентов ИБС с ДЛП имеются гендерные различия нарушения регуляции метаболизма АФК и участия антиоксидантных ферментов в защите организма от миокардиальной ишемии. Изучение взаимосвязи атеросклеротического поражения венечных артерий и ПОЛ-АОЗ у больных ИБС. Учитывая большое участие ОС в патогенезе атеросклероза, представляло интерес существование половых различий и связи состояния коронарного русла и активности АОЗ и процессов ПОЛ.

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФВЛЖ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ OFF PUMP

ФОЗИЛОВ Х.Г., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ШАРИПОВ И.М., ЦОЙ И.А.

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

Цель исследования. Оценить динамику выраженности приступов стенокардии у больных ИБС с низкой ФВЛЖ после операции АКШ без искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы. С сентября 2015 по декабрь 2018 в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии выполнено 127 операций аортокоронарного шунтирования у больных ИБС с дисфункцией левого желудочка ФВ ЛЖ $\leq 45\%$. В работе представлены данные ретроспективного анализа взаимосвязи между поражением коронарного русла и динамики стенокардии.

Результаты исследования. По результатам коронароангиографии поражение ствола левой коронарной артерии установлено в 27 случаях. В этом случае значимо чаще, чем у больных с поражением других отделов коронарного русла возникали приступы стенокардии (ПСК) в покое и в ночное время, а также при переходе из вертикального положения в горизонтальное. Средняя частота ПСК за сутки при поражении ствола ЛКА ($14,4 \pm 6,2$) была в 2 раза выше, чем у больных с поражением других отделов коронарного русла. Среднее количество принимаемых таблеток нитроглицерина (8-10) была наибольшим в этой когорте больных. В

целом, из 127 больных, у 27 (26%) был установлен 4 класс, а в остальных случаях – 3 ФК стенокардии по Канадской классификации. После операции АКШ без ИК в течение ближайшего периода наблюдения (12 мес.) отмечена положительная динамика стенокардии (рис. 1).

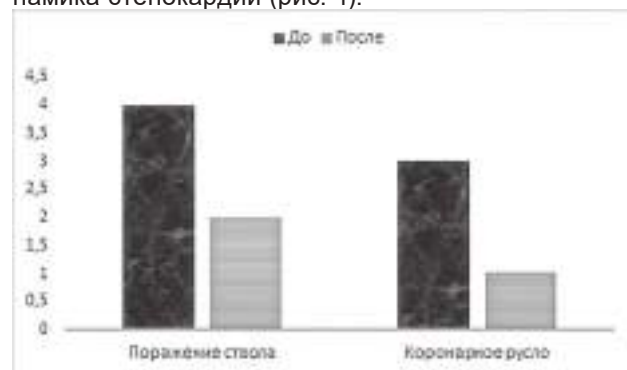


Рис. 1. Динамика стенокардии после АКШ без ИК.

У больных с поражением ствола лишь в 5 случаях сохранялась стенокардия 2 класса, а в группе с поражением коронарного русла во всех случаях диагностирован 1 класс стенокардии с полным прекращением приема нитроглицерина.

Выводы. Таким образом, АКШ без ИК оказал высокую антиангинальную эффективность и безопасность. Известно, что коронарная недостаточность у больных ИБС определяется целым фактором, среди которых ведущую, но не единственную, роль играет снижение кровоснабжения миокарда в

результате атеросклеротического поражения и окклюзии коронарных артерий. Несомненно и то, что среди других причин, обуславливающих коронарную недостаточность нельзя недооценивать такие факторы, как нарушение внутрисердечной гемодинамики и реологические особенности крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О.

*Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

По данным многих исследований, в последнее время во всем мире наблюдается непрерывная тенденция к росту числа больных молодого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС), и это заболевание представляет собой важную социально-экономическую проблему из-за ранней утраты трудоспособности и ранней смертности [1,5]. Частота встречаемости ИБС у мужчины до 45 лет 1,4-1,5 раза больше, чем у женщин этого возраста. ИБС, которая манифестировала у мужчин в молодом возрасте, отличается от пожилых по клиническим проявлениям и прогнозу заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ИБС у мужчин в молодом возрасте.

Материал и методы исследования. На базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) с 2018 по 2021 г. было обследовано 230 больных с ИБС. Больные были разделены на 2 группы. Первую основную группу составили 126 больных в молодом возрасте. Вторую сравнительную группу составили 104 больных в пожилом возрасте. Контрольную группу составили 110 практически здоровых добровольцев.

У всех пациентов проводилась оценка клинико-anamnestических данных и данных электрокардиографии (ЭКГ) в 12 отведениях. При сборе анамнеза у мужчин выясняли наличие ИБС (ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), стабильной стенокардии, нестабильной стенокардии напряжения или покоя). При расспросе больного уделяли внимание периоду, предшествовавшему развитию ИБС, а также факторам, спровоцировавшим развитие настоящего заболевания (чрезмерная физическая нагрузка, инфекции, психоэмоциональное напряжение).

Результаты исследования. При изучении частоты встречаемости болевых приступов в течение суток в исследуемых группах были выявлены

следующие данные. Приступы стенокардии 3-5 раз в сутки отмечались в 1-й группе у 17 (13,5%) больных, во 2-й группе у 7 (6,7%), ($p < 0,0001$). Приступы стенокардии 6-8 раз в сутки наблюдалось у 85 (67,5%) больных 1-й группы, у 82 (78,8%) больных во 2-й группе, ($p = 0,001$). Приступы более 9 раз в сутки отмечалось у 24 (19%) больных 1-й группы, у 15 (14,4%) больных 2-й группы, ($p > 0,05$).

По локализации ишемических изменений на ЭКГ были выявлены следующие данные. Ишемические изменения в передней стенке отмечались в 1-й группе у 17 (13,5%) больных, во 2-й группы у 14 (13,5%) больных, ($p = 0,99$). Ишемия задней стенки левого желудочка отмечалась у 28 (22%) больных 1-й группы, во 2-й группе было выявлено у 19 (18,3%) больных ($p = 0,45$). Ишемические изменения передне-перегородочной стенки были в 2 раза выше у больных 2-й группы и отмечались у 8 (7,7%) больных, в 1-й группе у 4 (3,2%) больных соответственно ($p = 0,14$). Ишемия боковой стенки была выявлена в 1-й группе у 3 (2,4%) больных, во 2-й группе у 2 (1,9%) больных, ($p = 0,81$). Ишемия двух и более стенок наблюдалась в 1-й группы у 52 (41,3%) больных, во 2-й группе у 42 (40,4%) больных, ($p = 0,79$) (Рис. 3). Несмотря на разные причины и своеобразное течение ИБС процесс развития ишемии миокарда всегда индивидуален, особенности его течения определяются множественностью ФР.

Выводы. Таким образом, наиболее часто возникновение ангинозных приступов от 6 до 8 раз в течение суток наблюдалось у 85 (67,5%) больных 1-й группы, у 82 (78,8%) больных во 2-й группе, что говорит о тяжести течения данного заболевания. По данным ЭКГ ишемическое поражение более двух стенок наиболее часто наблюдалось у лиц молодого возраста, а у мужчин пожилого возраста наиболее часто отмечались рубцовые изменения, это было связано с перенесенным ранее ОИМ в анамнезе.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВАРГИНА У МУЖЧИН С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ВАРИАНТАМИ СТЕНОКАРДИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучить влияние Леваргина на некоторые клинико-лабораторные показатели и течение нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте.

Материалы и методы. Под наблюдением были мужчины с нестабильными вариантами стенокардии в молодом возрасте от 21 до 44 лет, которые были разделены на 2 группы. Больные I (48) группы получали стандартную терапию, а II группы – стандартную терапию + препарат Леваргин («Темур Мед Фарм», Ташкент) в дозе 100 мг в/в капельно, в течение 10 дней. У всех пациентов в крови изучали липиды, активности ферментов, билирубин, креатинин, глюкозу, цитокины (интерлейкин 1-бета (ИЛ-1β), ИЛ-6, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α)). Проводили электрокардиографию (ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ).

Результаты исследования. В динамике наблюдения было выявлено, что у больных, принимавших только стандартное лечение, максимальное снижение числа приступов ангинозных болей и количества принятых таблеток нитроглицерина отмечено на 2-й неделе лечения и эффект несколько ослабевал на 3-й неделе. У больных, принимавших стандартную терапию + Леваргин, количество приступов и принятых таблеток продолжало прогрессивно уменьшаться, начиная с 1-й недели, достигая максимума в конце исследования. У этих же больных уменьшение количества ангинозных приступов за неделю было статистически значимо большим по сравнению с таковым у принимавших только стандартную терапию, на 3-й неделе наблюдения. При этом под влиянием пре-

парата Леваргина достигнуто более выраженное увеличение продолжительности выполнения физической нагрузки при проведении ВЭМ на 2,5 мин по сравнению с пациентами группы сравнения. К концу наблюдения треть пациентов, принимавших Леваргин, в 2 раза меньше употребляли таблетки нитроглицерина по сравнению с больными, получавшими только стандартное лечение. До лечения отмечена тенденция к увеличению частоты выявления и повышения абсолютных значений ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α в крови больных обеих групп. Под влиянием Леваргина выявлено заметное уменьшение содержания ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α, тогда как только стандартная терапия уменьшала концентрации этих показателей незначительно. В группе с Леваргином выявили уменьшение общего количества эпизодов ишемии за сутки (на 69%) и суммарной продолжительности по времени эпизодов ишемии (на 21%). В группе сравнения отмечена позитивная динамика, но она уступала таковой с препаратом Леваргин. Метаболическая протекция ишемизированного миокарда Леваргином значительно уменьшила выраженность неблагоприятных эффектов ишемии и реперфузии, что указывает на дополнительные клинические преимущества этого терапевтического подхода у пациентов с нестабильными вариантами стенокардии.

Выводы. Таким образом, исследования показали положительную клиническую эффективность препарата Леваргина, что позволяет рекомендовать его в лечении больных нестабильными вариантами стенокардии в составе базисной терапии.

РАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА СТАТИНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

ЮСУВАЛИЕВ М.Д., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ТАШТЕМИРОВА И.М., ЛУТФУЛЛАЕВ У., КОДИРОВ Х.Н.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон

ЮИК нинг ўсиб бориши билан бир қаторда, меҳнатга лаёқатли ёшларнинг бу касалликка чалиниши ва улар орасида ўлим ҳолатлари сезиларли даражада ошганлиги олимларни ташвишга солмоқда. Текширишлардан маълумки дислипидемия ЮИКнинг асосий мезонларидан бири ҳисобла-

ниб, у атеросклероз ва МИ хасталиклари хавфини ортишига олиб келади. Юракнинг структуравий ва функционал ўзгаришининг жиддийлиги, юракнинг ишемик касаллиги билан оғриган беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг ривожланиши учун хавф омиллари сифатида сақланиб қолган



фракцияси ҳали ҳам очиқ. Кўп адабиётларда ва ҳозирги замон тиббиётида липидлар спектрига ижобий таъсир килувчи самарали дори воситаларидан бири статинлар деб айтилмоқда. Биз текширувларимизда ЮИК кузатилган беморларга 12 ҳафта мобайнида одатий давога қўшимча равишда розувастатин 20 мгр ва тиотриозолин 2,5%–4 мл в/и билан даволаш ўтказдик. Даволашдан сўнг олинган натижалар липидлар спектрини яхшиланганлигини кўрсатган. Умумий холестерин –37,5%, триглицеридлар – 39%, паст зичликдаги липопротеидлар – 34%, жуда паст зичликдаги липопротеидлар кўрсаткичи 24%га пасайган ($p<0,05$). Юкори зичликдаги липопротеидлар эса олдинги кўрсаткичларга нисбатан 26,2%га ошган. Атерогенлик индекси 26,7%га даволашгача бўлган кўрсаткичлардан пасайган. Бизнинг текширишларимиз статинларни сезиларли антиоксидант ху-

сусиятлари борлигини, малоноводиальдегид даражасини пасайтириши орқали кўрсатди. Унинг миқдори даволашгача бўлган кўрсаткичлардан 49%га пасайган. Илмий изланишлар шуни кўрсатдики липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнлари ва дислипидемия ҳолатларида статин ва метаболик даво билан биргаликда ўтказиш ижобий натижалар беради.

Хулоса: Шундай қилиб чап қоринча диастолик дисфункцияси аниқланган ЮИК билан хасталанган беморларда розувастатин 20 мгр ва тиотриозолин билан даволашдан сўнг липидлар спектрини яхшиланишига ва МДА даражасини пасайишига олиб келди. Липид алмашинувини яхшилаш учун эса профилактик ва даволаш тадбирларини ўтказишда статинларларни меъёрий дозасини қўллаш самарали натижа беради.



ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

VODIY AXOLISIDA O'TKIR MIOKARD INFARKTINING «ZAMONAVIY QIYOFALANISHI»

MAMASALIEV N.S., ABDURAHMONOV B.M, MIRZAOLIMOVA M.A, BABAYEVA D.P, JUMABOYEV O.T, OXUNOV U.K

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston

Ishning maqsadi – vodiy axolisida o'tkir miokard infarktining (O'MI) klinik kechishi xususiyatlarini o'rganish va baholash.

Materiallar va usullar. Vodiy davolash muassasalarida O'MI bilan davolangan 248 ta erkak va 164 ta ayol bemorlarda 3 yillik klinik – epidemiologik monitoring bajarildi. Statistik tahlil «Statistica v.6.1» dastur paketidan foydalanib amalga oshirildi.

Natijalar. O'MIning an'anaviy shakli (anginoz og'riq bilan ifodalangan turi) 63,3% bemorda uchraydi (erkaklarda – 62,2% va ayollarda – 6,7%) va no'anaviy (og'riqsiz) ko'rinishda kechishi bo'lsa 4,9% ga yetib aniqlanadi xolos ($r < 0,001$). O'MIni boshqa klinik variantlarda namoyon bo'lishlari quyidagicha chastotalarda qayd qilinadi: astmasimon turi – 7,1% (erkaklarda 6,9% va ayollarda – 6,7%, $r < 0,05$), abdominal shakli – 5,8% (erkaklarda – 3,2% va ayollarda – 4,3%, $r < 0,05$), serebrovaskulyar shakli

– 2,7% (erkaklarda – 2,4%; $r < 0,05$), kollaptoidsimon shaklda ifodalanishi – 4,9% (erkaklarda – 4,8% va ayollarda – 5,0%; $r > 0,05$), aritmik shakli – 7,0% (erkaklarda – 7,3% va ayollarda – 6,7%; $r > 0,05$) va kardiogen shok bilan asoratlangan turi – 2,7% (erkaklarda – 5,2% va ayollarda – 2,4%, $r < 0,05$).

O'ng qorincha O'MI 1,9% (erkaklarda 2,0% va ayollarda – 1,8%, $r > 0,05$) bemorlarda kuzatiladi va Q tishchali va Q tishchasiz O'MI – 70,6% va 29,5% dan qayd etiladi ($r < 0,01$).

Ma'lum bo'ldiki, O'MI no'anaviy kechishi, astmatik shakli, abdominal varianti, kollaptoidli va serebrovaskulyar turlari to 50 yoshgacha juda kam uchraydi yoki ko'pincha uchramaydi.

Xulosalar. Olingan natijalar ma'lum darajada O'MI «zamonaviy qiyofalanishini» vodiy sharoitida ko'rsatadi va ulardan kelib terapevtik amaliyotlar o'tkazilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

RISK FACTORS IN YOUNG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

SHOALIMOVA Z.M., JALILOV SH.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Cardiovascular disease (CVD), in particular myocardial infarction (MI), remains the leading cause of death in young adults.

The aim of the work is to study the characteristics of risk factors for MI at a young age.

Materials and research methods. The study included 108 consecutive patients aged 18 to 45 years with a confirmed diagnosis of ST-elevation and non-ST elevation MI admitted to the cardio intensive care unit of the TMA multidisciplinary clinic from January 1, 2020 to January 1, 2022. The comparison group consisted of 35 elderly patients with MI aged 60 to 75 years. Exclusion criteria for the study were acute and chronic diseases in the acute stage, atrial fibrillation, type 1 diabetes mellitus, severe liver and kidney dysfunction, mental illness, dementia. All patients included in the study signed a

voluntary informed consent to participate in it. Upon admission to the clinic, an assessment of clinical and anamnestic and laboratory and instrumental data was carried out. The indicators of general and biochemical blood tests, lipid spectrum, indicators of the hemostasis system, urinary albumin excretion were evaluated. Comparison of mean values in the case of a normal distribution was carried out by calculating the Student's t-test, in the absence of a normal distribution, the Mann-Whitney U-test. Nominal data were compared using Pearson's χ^2 test. Differences in indicators were considered statistically significant at a significance level of $p < 0.05$.

Results. Upon admission to the hospital, the average age in the group of young patients was 41.0 (38.0-43.0) years, in the group of elderly patients it

was 67.5 (64.0-71.3) years ($p=0.000$). In the young cohort, STEMI was 1.7 times more common (84.3 vs. 48.5%, $p=0.000$). It was found that among young patients, males were 2.3 times more common (85.2% vs. 37.1%, $p=0.000$). Young patients with MI were 3.4 times more likely to smoke (70.2% vs. 20.6%, $p=0.000$) and 3.4 times more likely to have heredity burdened by the early onset of coronary heart disease (CHD) (54.6% vs. 16.0%, $p=0.001$). Among elderly patients, the main risk factors for MI were arterial hypertension (88.2% vs. 58.8%, $p=0.002$) and type 2 diabetes mellitus (29.4% vs. 7.4%, $p=0.000$). In both groups, there was a high prevalence of overweight and obesity: 68.2% among the young and 71.4% among the elderly, as well as physical inactivity: 68.5% among the young and 66.7% among the elderly. When assessing laboratory data upon admission to the clinic, dyslipidemia was detected in 92.2% of young patients and 100% of elderly patients. In both groups, a high aggregation activity of platelets with adenosine diphosphate was observed: 8.0 (6.0-10.0) seconds in the young and 7.0 (6.0-7.0) seconds in the elderly.

Most of the patients had a high excretion of albumin in the urine: 71.1% among young and 88.9% among elderly patients.

Conclusion. The predominant risk factors for MI among young patients, compared with the elderly, are male sex, smoking, and heredity burdened by the early onset of coronary artery disease. In contrast, hypertension and type 2 diabetes are more common in the elderly. However, more than half of the young patients had a history of arterial hypertension. Attention is drawn to the high prevalence of dyslipidemia, overweight and obesity, as well as physical inactivity in both age groups. Thus, according to the study, the profile of risk factors for myocardial infarction at a young age includes: male gender, smoking, heredity aggravated by the early onset of coronary artery disease, arterial hypertension, dyslipidemia, overweight and obesity, physical inactivity, thrombogenic orientation of the platelet hemostasis link, endothelial dysfunction and the phenomenon of early vascular aging.

THE EFFECT OF REVASCULARIZATION ON HEART RATE TURBULENCE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND PRESERVED EJECTION FRACTION

TURSUNOV E.YA., KEVORKOV A.G., ZAKIROV N.U., NABIBULLAEVA SH.Z.

*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Cardiology,
Tashkent Uzbekistan ergashali.tursunov.1990@mail.ru*

Prediction of adverse outcomes in patients after myocardial infarction remains a serious and not completely resolved problem, which prompts researchers to search for new technologies. One of the promising relatively new non-invasive methods for predicting sudden coronary death in patients with coronary heart disease and ventricular arrhythmias may be an assessment of heart rate turbulence (HRT). Given its important prognostic role, primarily in patients after myocardial infarction, the aim of this work was to study the relationship between heart rate turbulence and cardiovascular remodeling in patients with ventricular cardiac arrhythmias after myocardial infarction.

Objective: to study the effect of revascularization with percutaneous intervention on the indicators of heart rate turbulence in patients with ventricular arrhythmias, who have suffered a myocardial infarction and preserved ejection fraction.

Materials and methods of research: The study included 239 elderly patients of both sexes (82.8% men) (mean age 63.6 ± 8.3 years) who had survived prior myocardial infarction (MI) with various localization. All patients underwent 24 hour Holter ECG before percutaneous intervention (PCI). Coronary artery lesions were assessed using diagnostic selective coronary angiography and all

patients underwent PCI associated artery infarction. All patients evaluated revascularized vessels of the affected coronary arteries is 70.5%. Monitoring was determined using two indicators, in accordance with the international standard: Turbulence Onset (To) – the beginning of turbulence (%) and Turbulence Slope (TS) – the slope of turbulence (ms/RRi). The first indicator reflects the period of increase in heart rate, the second – the period of its decrease. According to the works of G. Schmidt, the following parameters were taken as the physiological norm of these parameters: To $<0\%$ and Ts >2.5 ms/RRi. In order to standardize the values of HRT, 3 categories of HRT reduction was distinguished: patients with normal mean values of To and Ts were assigned to category 0, patients with a pathological deviation of one of the mean values of To or Ts were assigned to category 1, and patients with pathological values of both indicators of HRT were assigned to category 2. If the patient did not have a sufficient number of ventricular premature to measure HRT, then was also assigned to category 0, since it was shown that patients in both groups had an equally good prognosis. Dynamic results evaluated after 1 year based on 24 hour ECG monitoring.

Results: HRT indicators were initially To (%) - 0.93 ± 1.91 , median $0.81 \pm [-2.2; 0.15]$, Ts (ms/RRi) – 4.92 ± 4.18 , median $4.07 [1.59; 6.93]$, category of HRT



reduction was revealed: 0 category – 180 (75.1%), 1 category – 45 (19.0%) 2 category – 14 (5.9%). After a year the results are To (%) – $1,03 \pm 3, 1$, according to the median $0.99 \pm [-1.72; -0.3]$, ($p = 0.689$), Ts indicators (ms/RRi) – 4.92 ± 4.18 according to the median $4.07 [1.59; 6.93]$ ($p = 0.230$) in the category of HRT reduction revealed: 0 categories – 213 (89.1%) (ANOVA $\chi^2 - 33.0$ $p - 0.000$) 1 category 21 (8.8%) (ANOVA $\chi^2 - 24.0$ $p - 0.000$), 2 categories 5 (2.1%) (ANOVA $\chi^2 - 9.0$ $p - 0.003$). The results for the category HRT showed

that those in category 0 from 75.1% to 89.1%, with a corresponding significant reduction in the number of patients in categories 1 and 2.

Conclusion: Indicators of heart rate turbulence did not show reliable dynamics, remaining on average within normal physiological values. However, with the appropriate division into groups, according to the category of reduction of HRT, there was a significant increase in the number of patients without signs of HRT violation.

РЕПЕРFUЗИЯ САМАРАДОРЛИГИГА ҚАРАБ ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

АЛЯВИ А.Л., КЕНЖАЕВ С.Р.

РШТЁИМ. Ўзбекистон, Тошкент

Ишнинг мақсади: ST элевацияли ўткир миокард инфарктида бажарилган реперфузиянинг самарадорлигига қараб касалликнинг клиник кечишини баҳолаш.

Материал ва усуллар: Текширувга 302 нафар STэМИ билан оғриган беморлар киритилди. Барча беморларда реперфузия бажарилди. ST сегменти резолюцияси кўрсаткичларига қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган: **1-гуруҳ** – 196 (65%) муваффақиятли реперфузия кузатилган беморлар (ST сегментининг тўлиқ резолюцияси билан); **2-гуруҳ** – қисман реперфузия бўлган 76 (25%) беморлар (ST сегменти 30% дан кўпроқ, лекин бошланғич даражадан 70% дан кам камайиши), **3-гуруҳ** – реперфузия муваффақиятсиз 30 (10%) беморлар (ST кўтариллиши, клиник динамикасининг йўқлиги, ST баландлигининг бошланғич даражадан 30% дан камроққа пасайиши). Беморларни клиник текширувлар, ЭКГ, суткалик ЭКГ мониторинги амалга оширилди. Олинган маълумотлар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар: «Симптом-реперфузия» вақти ўртача $4,76 \pm 0,3$ соатни ташкил этди (0,5 дан 12,9 соатгача ўзгариб туради). ТЛТ ни олган беморлар гуруҳида «симптом -игна» вақти ўртача $3,3 \pm 0,5$ соатни, «симптом-баллон» вақти – $5,2 \pm 0,8$ соатни ташкил этди.

STэЎКС билан оғриган 302 беморнинг 252 тасида (83,6%), Q тишли миокард инфаркти, 50 тасида (16,4%) ташхиснинг Q тишсиз миокард инфарктига трансформацияси кузатилди. 2 соат ичида эрта реперфузия (реперфузия туридан қатъий назар) терапияси миокард инфарктининг абортив шакллариининг сезиларли даражада тез-тез ривожланишига ёрдам беради. Q тишчасиз МИ 1 гуруҳ беморларда 38 (19,4%) нафариди, 2 гуруҳдагилар орасида 12 (15,8%) нафар беморда кузатилди. 3 гуруҳда барча беморларда Q тишли МИ га трансформация қилинди.

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги (ЎЧҚЕ) кардиал астма шаклида (Киллип бўйича ЎЧҚЕ II синф) клиник белгилари 25 (8,6%) беморда, ўпка шиши шаклида (Киллип бўйича ЎЧҚЕ III синф) – 27 (9%); кардиоген шок (Киллип бўйича ЎЧҚЕ IV синф) – 29 да (9,5%). Киллип бўйича III ва IV синф ЎЧҚЕ клиник белгилари ST сегмент динамикаси бўлмаган 3 гуруҳ беморларда 1 ва 2 гуруҳлардан кўра кўпроқ кузатилди. Бу шикастланган коронар артерия бассейнида реперфузия самарасизлиги туфайли некроз зонасининг йириклашуви, no-reflow феномени туфайли катта зонадаги миокард дисфункцияси ривожланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бироқ, ЭКГ бўйича самарали реперфузия белгилари кузатилган 1- ва 2- гуруҳдаги беморларда ҳам ўпка шиши ва кардиоген шок ҳолатлари кузатилди. Бу беморларда ЎЧҚЕ сабаби чап қоринчаниннг катта зонасидаги дисфункция, айниқса қарахтлашган миокард (станнинг) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Самарали ва қисман самарали реперфузия кузатилган 1- ва 2- гуруҳ беморларининг умумий аҳоли биринчи сутканиннг ўзида барқарорлашди ва асоратлар камроқ учради, оғриқ синдроми тезда бартараф бўлди. 3- гуруҳ беморларида, эса ЭКГда ST элевациянинг сақланиб туриши узоқ давом этди, уларнинг умумий аҳолининг барқарорлашиши ўртача 2,5 суткаларни ташкил этди, оғир ЎЧҚЕ ҳолатлари, ҳаёт учун хавфли аритмиялар, ўткир ЧҚ аневризмаси, ўткир митрал клапан етишмовчиликлари ҳолатлари тез-тез кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, ST элевацияли ўткир коронар синдром ташхисини Q тишчали ёки Q тишчасиз миокард инфарктига трансформацияси ва асоратларнинг ривожланиши ИБАда реперфузиянинг самарадорлиги, унинг бошланиши вақти ҳамда тезлиги белгилайди.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С УРОВНЕМ ФЕРМЕНТА ST2 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ДЖУМАНИЯЗОВ Д.К., МУЛЛАБАЕВА Г.У.

Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Цель. Провести анализ взаимосвязи клинических показателей с уровнем фермента ST2 у больных острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование было включено 46 больных с ОКС с подъемом сегмента ST (средний возраст 61,19±12,04 года, 11 женщин, 35 мужчин), который позже трансформировался в Q-волновой ИМ, находившихся на стационарном лечении в Хорезмском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Критерии исключения: ИМ, осложнившийся чрескожное коронарное вмешательство или коронарное шунтирование, терминальная стадия почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации <15 мл/мин), сахарный диабет и диабетические комы в анамнезе, известная онкологическая патология, а также наличие других заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни. 35 (76%) больных имели в анамнезе артериальную гипертензию (АГ), 13 (28,2%) больных страдали СД 2 типа. У 52% больных были выявлены признаки ОЧН (I класс по Killip). Кардиогенный шок (ОЧН IV класс) за время госпитализации развился у 2 больных. Ранняя постинфарктная стенокардия (РПИС) встречалась у 7 (15,2%) пациентов. Терапию пациентам проводили согласно рекомендациям ЕОК по ведению больных со STEMI. В качестве реперфузионной терапии у пациентов применяли первичное ЧКВ на инфарктсвязанной артерии и системный тромболитический стрептокиназой в дозе 1,5 млн МЕ. Концентрацию ST2 в сыворотке крови определяли на 3 сутки заболевания иммуноферментным методом с помощью тест-систем фирм Presage ST2 assay (Critical Diagnostics, США). Контрольную группу составили 20 человек, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы. Всем пациентам на 3 сутки проводилась ЭхоКС в М и В режиме.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1. и SPSS 17.0 for Windows.

Результаты. На 3 сутки ОИМ концентрация ST2, несмотря на вариабельность в группе, достоверно превышала показатели контрольной группы в 3,8 раза 78,8 (54,6; 130,5) нг/мл и 20,4 (15,9; 25,2) нг/мл соответственно. Необходимо сказать, что у больных с ОЧН III-IV ФК уровень ST2 превышал таковой у больных с ОЧН I-II ФК в 2,1 раза. Анализ взаимосвязи концентрации фермента в зависимости от локализации ИМ не выявил достоверных различий. Так, группа больных с передней локализацией ИМ имела более высокие показатели фермента, чем группа с нижней локализацией (105,8±29,3 нг/мл против 65,3±14,6 нг/мл, $p>0,05$). Пациенты с АГ в анамнезе также демонстрировали превышение концентрации фермента ST2 по сравнению с группой пациентов без АГ в 1,8 раза. При сравнении групп больных, подвергшихся различным видам реперфузии, нами не было выявлено статистических различий. Но концентрация ST2 в группе больных ($n=21$), которым по каким-то причинам не была проведена реперфузионная терапия, превышала таковые в группе с реперфузионной тактикой в 2,2 раза. Анализ показателей ЭхоКС не выявил статистически значимых взаимосвязей между сократимостью и уровнем фермента, но тем не менее в группе больных, имевших митральную регургитацию, наблюдались наиболее высокие показатели ST2 (119,5±10,6 нг/мл против 72,0±19,24 нг/мл).

Вывод. Повышение концентрации фермента ST2 у больных ОИМ ассоциируется с неблагоприятными маркерами клинического течения (острой сердечной недостаточностью, наличием митральной регургитации). Реперфузионная терапия при ОИМ (независимо от ее вида) оказывала положительное влияние на снижение концентрации фермента ST2.

ҚАРИЯЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИ АСОРАТЛАРИ

ЗИКРИЛЛАЕВ Ф.А., РАХМАТОВА Д.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон

Ҳозирда 70 ёшдан ошган беморларнинг кўпчилиги ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) ташхиси билан касалхонага ётқизилмоқда. Бу беморлар

кексаларга қараганда турли хил хавф омиллари, асоратлар ва прогнозларга эга.

Тадқиқот мақсади: Қарияларда хавф омилларининг хусусиятларини ва МИ кечишини баҳолаш.



Текшириш усуллари ва материаллар: сўровнома, клиник ва инструментал текширувлар – ЭКГ, ЭХОКГ. Тадқиқот иши Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро вилоят минтақавий филиалида Q-тишчали МИ билан оғриган 45 нафар беморда ўтказилди, шундан 49 ёшгача бўлган 22 нафар бемор ва 65 ёшдан ошган 23 нафар бемор эркаклардир.

Олинган натижалар: Ёш беморларда (95%) ирсийлик хавф омили қари ёшдаги беморлар (60%) га нисбатан устунлик қилди. Чекиш (90%), спиртли ичимликларни суиистеъмом қилиш (60%), гиёҳванд моддаларни истеъмом қилиш (6%), руҳий зўриқиш (85%) ва семизлик (65%) каби хавф омиллари кўпроқ ёшларда (қари ёшдаги одамларда мос равишда 15%, 10%, 0%, 30%, 20%) учради.

Қари ёшдаги беморларда жисмоний ҳаракатсизлик (90%), артериал гипертензия (85%) ва қандли диабет (65%) асосий хавф омиллари сифатида қайд этилди. Ёшларда эса бу омиллар мос равишда 10%, 15%, 0% ни ташкил қилди.

Гипертриглицеридемия ва ПЗЛП даражасининг ошиши ва ЮЗЛП даражасининг пасайиши иккала гуруҳда (85%, 80%, 90%) тенг даражада кенг тарқалганлиги аниқланди. ЭКГда ёшларда миокард инфарктининг локализацияси олд-тўсиқда 45%, олд-ён деворда 20%, орқа деворда 15%, қарияларда эса мос равишда 25%, 45%, 10%, 15%, циркуляр МИ 5% учради. Қари ёшдаги беморларда эхокардиографик кўрсаткичлар чап қоринча қон ҳайдаш ҳажми фракцияси бўйича миокард

қисқарувчанлиги пасайиши билан баҳоланди (қарияларда ўртача кўрсаткич $45\% \pm 2,2\%$, ёшларда $60\% \pm 1,2\%$). Ритм бузилишларидан қоринчалар экстрасистолияси иккала гуруҳда ҳам бир хил даражада учради (ёшларда 55%, қарияларда 60%).

Қоринчалар тахикардияси, ҳилпилловчи аритмия, қоринчалар фибрилляцияси, AV блокада кўпроқ қари ёшдаги беморларда қайд этилди (мос равишда 55%, 40%, 25%, 20%, ёшларда эса 20%, 25%, 5%, 10%). 5 нафар ёш беморда ётоқ режимга риоя қилмаслик туфайли чап қоринча аневризмаси ривожланди. Кардиоген шок, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, ўпка шиши кўпроқ қарияларда (50%, 55%, 30%) учради.

Хулоса: Ёш беморларда ирсият, руҳий зўриқиш ва зарарли одатлар, қарияларда эса жисмоний ҳаракатсизлик, артериал гипертензия ва қандли диабет асосий хавф омиллари сифатида учради. Қонда липид таркибининг бузилиши ёш ва қарияларда бир хил даражада кенг тарқалганлиги аниқланди. Миокард инфаркти бўлган қарияларда чап қоринча миокарди қисқарувчанлиги ёшлардан фарқли ўлароқ кескин камаяди. Бир нечта коронар артерияларнинг зарарланиши туфайли қарияларда оғир асоратлар кўпроқ кузатилади. Кўпинча қари ёшдаги беморларда миокард инфаркти қайд этилди. МИнинг чап қоринча олд девори локализацияси билан кечган тури иккала гуруҳда ҳам тез-тез қайд этилди. Қари ёшдаги беморларда МИ оғир кечиб, ушбу ҳолат асоратлар ва ҳаёт учун хавф солувчи ритм бузилишлар туфайли содир бўлади.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 2 ТИПА

КАРЕТНИКОВА В.Н.^{1,2}, ОСОКИНА А.В.¹, МОТОВА А.В.², ГОЛУБОВСКАЯ Д.П.²,
ОЛЕЙНИК И.Р.¹, БАРБАРАШ О.Л.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Россия

Цель. Определить частоту выявления больных инфарктом миокарда (ИМ) 2 типа, их особенности и оценить медикаментозную терапию в реальной клинической практике.

Материал и методы. В ходе проспективно-го исследования сформирована выборка n=204 (100%). Все пациенты госпитализированы по экстренным показаниям с острым коронарным синдромом (ОКС). Диагноз ИМ 2-го типа в госпитальном периоде устанавливался согласно Четвертому универсальному определению ИМ. Медиана возраста выборки 63 [56;70] года. Мужчины – n=135 (66,2%) в возрасте 61 [52;67] года,

женщины – n= 69 (33,8%) в возрасте 68 [63; 79] лет.

Результаты. ОКС с подъемом ST на момент госпитализации регистрировался у 149 (73%) пациентов, у 55 (27%) – ОКС без подъема сегмента ST, из которых у 22 (40%) пациентов отмечена депрессия сегмента ST, у 3 (5,5%) – полная блокада левой ножки пучка Гиса, 16 (29%) – коронарный зубец T, у 7 (12,7%) больных отсутствовали ишемические изменения на электрокардиограмме. У 142 (69,6%) пациентов регистрировался патологический зубец Q в госпитальном периоде. Согласно результатам коронарографии (КГ) у 16

(7,8%) больных отсутствовало поражение коронарных артерий или верифицированы стенозы < 50% без указаний на наличие тромбоза. Хроническая окклюзия инфаркт-несвязанной коронарной артерии обнаружена у 6 (2,9%) пациентов, в 1 случае из которых выявлено трехсосудистое поражение без отрицательной динамики в сравнении с результатами КГ 10-летней давности. Такие пациенты составили группу ИМ 2 типа, n=22 (10,8%) и оказались сопоставимы по возрасту с группой больных ИМ 1 типа и значительно отличались в преобладании женщин, меньшем числе курящих, более частом указании на наличие фибрилляции предсердий (ФП) и менее частом выявлении патологического зубца Q на электрокардиограмме у больных ИМ 2 типа по сравнению с больными ИМ 1 типа. У пациентов с обоими типами ИМ преобладал болевой синдром в грудной клетке – 99% и 90,9%, а также с сопоставимой частотой встречался атипичный вариант начала ИМ ((астматический) – в 1,6% и 9,1% соответственно при ИМ 1 и 2 типа). Пациенты с ИМ 2-го типа имели меньшую распространенность факторов риска атеросклероза, дислипидемию (18,2% против 47,3%; $p < 0,015$), а также реже встречались: предшествующий ИМ (13,6% против 24,2%;

$p < 0,001$), ЧКВ в анамнезе (9,1% против 13,2%; $p < 0,001$) по сравнению с больными ИМ 1 типа. Медикаментозное лечение больных ИМ 2 типа представлено двойной антитромбоцитарной терапией у 15 (68,2%), тройной антитромботической терапией у 4 (18,2%) пациентов, 3 (13,6%) получали клопидогрель и прямые оральные антикоагулянты; β -блокаторы принимал 21 пациент, иАПФ и статины назначены 100%. В исследуемой группе пациентов на госпитальном этапе был установлен диагноз ИМ без конкретизации типа. Классифицирование ИМ на типы в рутинной клинической практике не используется, поэтому все пациенты получали лечение и рекомендации, соответствующие ведению пациентов с ИМ 1 типа.

Выводы. В реальной клинической практике существуют ограничения по верификации типа ИМ. Проведенный анализ свидетельствует об отсутствии определения 2-го типа ИМ в 10,8% случаев, подтвержденных при анализе данных медицинской документации, включая результаты коронарографии. Соответственно отсутствуют различия проводимой медикаментозной терапии, которая соответствовала рекомендациям по ведению пациентов с ИМ 1 типа.

АЛГОРИТМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА

КАРЕТНИКОВА В.Н.^{1,2}, ОСОКИНА А.В.¹, МОТОВА А.В.², ГОЛУБОВСКАЯ Д.П.²,
ОЛЕЙНИК И.Р.¹, БАРБАРАШ О.Л.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Россия

Цель. Разработать алгоритм раннего выявления инфаркта миокарда (ИМ) 2-го типа.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование с участием 204 (100%) пациентов, поступивших в стационар по экстренным показаниям с диагнозом острый коронарный синдром. Диагноз ИМ 2-го типа в госпитальном периоде устанавливался согласно Четвертому универсальному определению ИМ. Медиана возраста анализируемой выборки составила 63 [56;70] года, большинство участников исследования были мужского пола (n=135 (66,2%)) в возрасте 61 [52;67] года. Наименьшую часть составили женщины (n=69 (33,8%)) в возрасте 68 [63; 79] лет.

Результаты. Согласно результатам коронароангиографии у 16 (7,8%) больных отсутствовало поражение коронарных артерий или верифицированы стенозы < 50% без указаний на наличие тромбоза. Хроническая окклюзия инфаркт-несвязанной КА обнаружена у 6 (2,9%) пациентов, в 1 случае из которых выявлено трехсосудистое

поражение без отрицательной динамики в сравнении с результатами коронарографии 10-летней давности. Все эти пациенты составили группу ИМ 2 типа, n=22 (10,8%). С целью раннего выявления ИМ 2 типа разработано уравнение, основанное на анамнестических, антропометрических данных и клинических проявлениях острой сердечной недостаточности, наиболее часто встречающихся у пациентов с ИМ 2 типа согласно собственным данным и результатам ранее проведенных исследований, а также продемонстрировавших статистически значимые различия в сравнении с больными ИМ 1 типа. Для расчёта вероятности развития ИМ 2 типа следует применить уравнение:

$$p = \frac{1}{1+e^y},$$

где $y = -3,5914 + a \times 2,6342 + b \times 2,4647 + c \times 2,052 + d \times 2,0404$

a – индекс массы тела (ИМТ) (0 – < 35 кг/м², 1 – ≥35, кг/м²)



b – наличие или отсутствие сочетания фибрилляция предсердий (ФП)+Killip I (0 – нет сочетания ФП+Killip I, 1 – есть сочетание ФП+Killip I)

c – наличие или отсутствие признака $Hb < 110$ г/л в течение 1 года до индексного события (0 – нет $Hb < 110$ г/л в течение 1 года до индексного события, 1 – $Hb < 110$ г/л в течение 1 года до индексного события)

d – наличие или отсутствие признака в анамнезе хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (0 – нет ХОБЛ, 1 – есть ХОБЛ)

e – Константа равна – 3,5914

p – вероятность того, что разовьётся ИМ 2 типа (принимает значение от 0 до 1).

Предложенная модель догоспитальной клинической смарт-диагностики ИМ является инструментом постановки предварительного диагноза,

которая позволит на этапе приёмного отделения сформировать разные потоки пациентов для окончательной верификации диагноза.

Выводы. Результаты проведённого исследования продемонстрировали наличие совокупности факторов, ассоциированных с развитием ИМ 2 типа: ожирения, анемии в течение 1 года до развития ИМ, сочетания ФП с отсутствием проявлений ОСН (Killip I) и наличия ХОБЛ. Сочетание этих состояний с высокой долей вероятности позволяет предположить течение ИМ именно 2 типа на начальных этапах оказания медицинской помощи, включая догоспитальный этап и приёмное отделение, что позволит оптимизировать диагностический и лечебный процесс в каждом конкретном случае.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА

КАРЕТНИКОВА В.Н.^{1,2}, ОСОКИНА А.В.¹, МОТОВА А.В.², ГОЛУБОВСКАЯ Д.П.²,
ОЛЕЙНИК И.Р.¹, БАРБАРАШ О.Л.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», Россия

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Россия

Цель. Определить факторы, ассоциированные с развитием неблагоприятных исходов в отдалённом постинфарктном периоде у больных инфарктом миокарда 2-го типа.

Материал и методы. В проспективное исследование вошли 204 пациента (100%), которые поступили в стационар по экстренным показаниям с предварительным диагнозом острый коронарный синдром. В последующем диагноз инфаркта миокарда 2-го типа устанавливался согласно Четвертому универсальному определению инфаркта миокарда на госпитальном этапе. Возраст изучаемой выборки составил 63 [56;70] года. Наибольшая часть пациентов была представлена мужчинами ($n=135$ (66,2%)) в возрасте 61 [52;67] года. Значительно меньше было женщин, $n=69$ (33,8%) и их возраст составил 68 [63; 79] лет.

Результаты. По результатам коронароангиографии в 16 случаях (7,8%) у пациентов отсутствовало поражение коронарных артерий или верифицированы стенозы $< 50\%$ без указаний на наличие тромбоза. Хроническая окклюзия инфаркт-несвязанной коронарной артерии обнаружена в 6 случаях (2,9%), у 1 пациента из которых выявлено трехсосудистое поражение без отрицательной динамики в сравнении с результатами коронароангиографии более чем 5-летней давности. Все эти пациенты были отнесены в группу инфаркта миокарда 2 типа, $n=22$ (10,8%).

При проведении межгруппового сравнения анамнестических и антропометрических данных, были получены значимые различия относительно полового состава групп, между численностью пациентов с ожирением II и III степеней (индекс массы тела ≥ 35 кг/м²) и нормальным весом, по частоте встречаемости сопутствующей патологии (хроническая обструктивная болезнь лёгких) и указанием на снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л в течение 1 года до развития индексного события. Кроме того, анализируемые группы различались по частоте нарушения ритма сердца в анамнезе (фибрилляция предсердий), проявлениям левожелудочковой недостаточности на момент госпитализации и использованию β -блокаторов на госпитальном этапе лечения.

С целью выявления факторов, ассоциированных с развитием неблагоприятных исходов в течение 1 года после возникновения индексного события, проводился однофакторный и многофакторный анализы (бинарная логистическая регрессия), с включением следующих факторов: женский пол, указание в анамнезе на снижение $Hb < 110$ г/л в течение 1 года до индексного события, индекс массы тела ≥ 35 кг/м², хроническая обструктивная болезнь лёгких, комбинация фибрилляции предсердий + Killip I, отсутствие лечения β -блокаторами на госпитальном этапе. Неблагоприятными событиями в данном исследовании считались: летальный ис-

ход по причине сердечно-сосудистого заболевания, развитие инсульта и/или развитие клиники нестабильной стенокардии, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, потребовавшая госпитализации пациента. В результате в логистическую регрессию с пошаговым включением вошёл только 1 фактор – отсутствие в терапии госпитального этапа препаратов группы β-блокаторов.

Вывод. Отсутствие в госпитальной медикаментозной терапии β-блокаторов у больных инфар-

ктом миокарда 2-го типа увеличивает риск развития неблагоприятных исходов в 2,02 раза (ДИ 1,24-3,54). Можно предположить, что более тщательный подход к формированию коронароактивной терапии у больных инфарктом миокарда 2-го типа на этапах стационарного лечения и последующего амбулаторного наблюдения позволит сократить случаи повторных госпитализаций, а также улучшить исходы в течение года после перенесённого индексного события.

ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШОШИЛИНЧ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯНИНГ САМАРАСИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА РЕПЕРФУЗИОН АСОРАТЛАР ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

КЕНЖАЕВ С.Р.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази. Ўзбекистон. Тошкент

Ишнинг мақсади: ST элевацияли ўткир миокард инфарктида бажарилган шошилинч реваккуляризациянинг самарасига боғлиқ ҳолда реперфузион асоратлар қиёсий таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар: Текширувга 302 нафар STэМИ билан оғриган беморлар киритилди. Барча беморларда реперфузия бажарилди. ST сегменти резолюцияси кўрсаткичларига қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган: **1-гуруҳ** – 196 (65%) муваффақиятли реперфузия кузатилган беморлар (ST сегментининг тўлиқ резолюцияси билан); **2-гуруҳ** – қисман реперфузия бўлган 76 (25%) беморлар (ST сегменти 30% дан кўпроқ, лекин бошланғич даражадан 70% дан кам камайиши); **3-гуруҳ** – реперфузия муваффақиятсиз 30 (10%) беморлар (ST кўтарилди, клиник динамикасининг йўқлиги, ST баландлигининг бошланғич даражадан 30% дан камроққа пасайиши). Беморларни клиник текширувлар, ЭКГ, суткалик ЭКГ мониторинги амалга оширилди. Олинган маълумотлар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар: STэМИ да ИБКА реканализацияси вақтида турли хилдаги реперфузион аритмиялар кузатилди. Ҳаёт учун жиддий хавф туғдирадиган ҚЭ юқори синф градациялари (политоп, жуфт-жуфт ҚЭ, нотурғун қоринча тахикардиялари, эрта ҚЭ) реперфузия самарасиз бўлган гуруҳ беморларида кўпроқ кузатилди. Реперфузия самарадор бўлган 1 ва 2 гуруҳ беморларда эса, яқка-яқка, тез-тез учрайдиган мономорф ҚЭ, тезлашган ИВР, қоринча усти аритмиялари кузатилди.

Турғун қоринчалар пароксизмал тахикардияси 9 (2,9%) нафар беморларда учради ва шулардан 3 (1,5%) таси 1-гуруҳда, 4 (5,25%) таси 2-гуруҳда ва 2 (6,67%) таси 3 гуруҳ беморларида учради. 2 нафар беморда лидокаин, кордарон, калий+магний инфузияси ёрдамида, қолган ҳолларда ностабил гемодинамика бўлганлиги учун тезда электрик кардиоверсия ёрдамида синус ритми тикланиб олинди.

Қоринча фибрилляцияси 15 (4,96%) та беморда кузатилди. Жумладан 1-гуруҳ, яъни самарали ре-

перфузия бўлганларда 5 (2,55%), 2–гуруҳ, қисман самарали реперфузия бўлганларда 7 (9,1%) ва реперфузия самарасиз бўлган 3-гуруҳдаги беморларда 3 (10%) та ҳолатда аниқланди. Барча ҳолатларда дарҳол дефибрилляция ўтказилиб беморларда юрак фаолияти тикланди.

АВ блокада III даражаси 42 (13,9%) та беморда (шулардан 39таси ЧҚ орқа девори МИ) кузатилди. Реперфузия ҳамда АВ блокада консерватив терапияси ёрдамида 4 та беморда тикланиши кузатилди. Қолган 38 беморда вақтинчалик ЭКС ўрнатишга тўғри келди. Барча ҳолатларда АВ блокада реперфузия таъсирида тикланиши кузатилди.

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги (ЎЧҚЕ II синф) клиник белгилари 25 (8,6%) беморда, ўпка шиши шаклида (Киллип бўйича ЎЧҚЕ III синф) – 27 (9%); кардиоген шок (Киллип бўйича ЎЧҚЕ IV синф) – 29 да (9,5%). Киллип бўйича III ва IV синф ЎЧҚЕ клиник белгилари ST сегмент динамикаси бўлмаган 3 гуруҳ беморларда 1 ва 2 гуруҳлардан кўра кўпроқ кузатилди. Бу шикастланган коронар артерия бассейнида реперфузия самарасизлиги туфайли некроз зонасининг йириклашуви, no-reflow феномени туфайли катта зонадаги миокард дисфункцияси ривожланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бироқ, ЭКГ бўйича самарали реперфузия белгилари кузатилган 1- ва 2- гуруҳдаги беморларда ҳам ўпка шиши ва кардиоген шок ҳолатлари кузатилди. Бу беморларда ЎЧҚЕ сабаби чап қоринчанинг катта зонасидаги дисфункция, айниқса қарахтлашган миокард (станнинг) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, ST элевацияли МИда реперфузион асоратларнинг ривожланиши бир томондан ИБАда реперфузиянинг самарадорлиги билдирса, иккинчи томондан бу асоратларнинг ўзи ҳам жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин ва ўз вақтида эътибор қаратишни ва бартараф этишни талаб этади.



ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

КОДИРОВА Г.И., ХАЙДАРОВА Н.Б., ТАШТЕМИРОВА И.М., ВАХАБОВ Б.М., УКТАМОВ Н.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Актуальность работы определяется возрастающей частотой и неблагоприятным прогнозом инфаркта миокарда (ИМ) у женщин. Смертность больных женского пола в течение первого года после острых коронарных событий, завершившихся развитием некроза миокарда, в 1,5 раза превышает смертность мужчин и составляет около 30%.

Цель исследования. Изучение течения ИМ у женщин среднего возраста.

Материал и методы. Проведенное исследование является открытым проспективным одногруппным наблюдением больных ИМ женского пола. Исследование проведено в период 2008–2010 годов. Больные обследованы в условиях специализированного кардиологического отделения. В исследование были включены 56 женщин, перенесших ИМ, в возрасте от 45 до 60 лет. Под наблюдением на стационарном этапе находились 56 женщин до 60 лет.

Критерии включения: женский пол; верифицированный инфаркт миокарда (ИМ): достоверный подъем сегмента ST, наличие зубца Q или диагностический уровень тропонинов при госпитализации; возраст до 60 лет.

Диагноз ИМ выставляли на основании комплексного клинико-инструментального и лабораторного исследования по критериям. Стандартизация медикаментозной терапии проведена согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и ВНОК.

Результаты и обсуждения. Среди женщин до 60 лет при Q-ИМ передняя локализация встречалась в 54,0% (27), нижний ИМ – в 46,0% (23). При ИМ без зубца Q передняя локализация отмечена в 41,2% (32), нижний ИМ – в 57,9% (44). Отмечена тенденция к увеличению частоты повторных ИМ в группе женщин старше 60 лет, чем до 60 лет, соответственно с 8,0 до 25,0%. Статистически значимых различий уровня сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

между группами женщин среднего и пожилого возраста по данным амбулаторных карт до развития ИМ не было выявлено. По шкале GRACE для 6-месячного прогноза при Q-ИМ у женщин среднего возраста низкий риск выявлен в 47,2% (17), средний в 36,1% (13), высокий в 16,7% (6); у женщин пожилого возраста соответственно в 13,6% (3), 50,0% (11) и 36,4% (8). При ИМ без Q у женщин среднего возраста низкий риск выявлен в 21,4% (3), средний 57,2% (8), высокий в 21,4% (3); женщин пожилого возраста соответственно в 18,5% (10), средний в 35,2% (19), высокий в 46,3% (25). Следует отметить, что больные с высоким риском, которым были проведены коронарные вмешательства, из исследования исключены. При анализе осложнений раннего постинфарктного периода установлено, что при ИМ у женщин среднего и пожилого возраста достоверных различий по ОЧН I, II, III, IV класса тяжести не установлено, отмечено увеличение ОЧН III в группе старше 60 лет ИМ.

Выводы. В среднем возрасте у женщин в 62% развивается Q-инфаркт миокарда, в 38% – инфаркт миокарда без зубца Q. Эксцентрическое ремоделирование сердца развивается у женщин среднего возраста после инфаркта миокарда передней локализации, при этом увеличение левых камер сердца, снижение систолической и нарушение диастолической функции сердца более выражены у женщин пожилого возраста, чем в среднем возрасте. Через год после Q-инфаркта миокарда ХСН ФК III развивается в 31,8% у женщин пожилого возраста, в 2,8% – у женщин среднего возраста. Раннее применение ингибиторов АПФ достоверно повышает клиническую эффективность лечения инфаркта миокарда у женщин среднего возраста: достоверно возрастает ФВдж, уменьшается индекс нарушения локальной сократимости левого желудочка, увеличивается толерантность к физической нагрузке.

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА» В РНЦЭМП

МУХАМЕДОВА Б.Ф., НАЗАРОВА М.Х., КАЗАКОВ Б.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи). В настоящее время отмечается четкая тенденция повышения частоты

использования в заключительном клиническом диагнозе (ЗКД) термина острый инфаркт миокар-



да (ОИМ), что обуславливает актуальность выявления истинных причин смерти у больных данной категории.

Цель исследования. Изучить анализ причин смерти больных с ЗКД ОИМ.

Материал и методы. Для достижения данной цели проанализировано 65 случаев смерти пациентов с ЗКД ОИМ в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи г. Ташкента в 2019–2021 гг. Нами были сопоставлены патологоанатомические диагнозы (ПД) с ЗКД, имеющие в своей структуре ОИМ. Особое внимание также уделялось определению частоты различных коронарогенных причин смерти и выявлению патологических процессов, наиболее часто маскирующихся под диагнозом ОИМ.

Результаты. Выявлена четкая динамика более частого использования термина ОИМ в ЗКД: в 2019 г. – 27 случаев, 2020 г. – 18, 2021 г. – 20. Аутопсия была проведена у подавляющего большинства больных (у 52 из 65,80%). В 35,8% основным

заболеванием в ПД стал инфаркт миокарда, 27,3% постинфарктный кардиосклероз, в 8,5% – тромбоэмболия легочной артерии, 1,2% дилатационная кардиомиопатия, подтвержден морфологами. То есть в половине случаев диагноз ОКС был выставлен пациентам, умершим от хронической ишемической болезни сердца, в то время как он должен отражать процесс острой ишемии миокарда. Не коронарогенные причины смерти в ПД отмечались в 27% случаев.

Заключение.

1. Наблюдается прогрессивное повышение частоты использования диагноза ОИМ в ЗКД, что не всегда отражает действительно имеющуюся у больного острую ишемию миокарда.

2. Достаточно часто (у каждого четвертого) этот диагноз не соответствует коронарогенным причинам смерти.

3. В большинстве случаев термин ОИМ используется в ЗКД у больных с хронической ишемической болезнью сердца.

ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РНЦЭМП

МУХАМЕДОВА Б.Ф., НАЗАРОВА М.Х., ЖАЛОЛОВ Б.З., КАЗАКОВ Б.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Целью настоящей работы является повышение доступности и своевременности оказания неотложной кардиологической помощи у пациентов, страдающих острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Наше исследование было проведено на базе РНЦЭМП. Данная медицинская организация оказывает специализированную кардиологическую и рентгенэндоваскулярную медицинскую помощь пациентам с острой коронарной патологией круглосуточно (7 дней по 24 часа). Количество больных ОКС, пролеченных за 2019–2020–2021 гг. составило соответственно 1888–1050–2074 человек, из них большинство с ОКС без стойкой элевации сегмента ST на ЭКГ. Больные с инфарктом миокарда (ИМ) составляли 64,5–59,7–60,56% пациентов с ОКС.

Результаты. В 2019 г. в РНЦЭМП зарегистрировано 1888 обращений с ОКС. Из них ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) составил 64,5% (1218), группа пациентов ОКС без подъема ST (ОКС↓ST) – 35,5% (670). В исходах ОКС↑ST развился ИМ с Q в 32,1% (607) случаев, ИМ без Q – в 19,6% (371) случаев и повторный ИМ – 12,7% (240). НС в 31,5% (596); прочие заболевания в 3,9% (74).

В 2020 г. в РНЦЭМП зарегистрировано 1050 обращений с ОКС. Из-за пандемии общая обра-

щаемость больных снизилась. Из них ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) составил 59,7% (627), группа пациентов ОКС без подъема ST (ОКС↓ST) – 40,3% (423). В исходах ОКС↑ST развился ИМ с Q в 34,6% (364) случаев, ИМ без Q – в 15,2% (160) и повторный ИМ – 9,8% (103) случаев. НС в 36,7% (385); прочие заболевания в 5,8% (61).

В 2021 г. в РНЦЭМП зарегистрировано 2074 обращения с ОКС. Из них ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) составил 60,5% (1256), группа пациентов ОКС без подъема ST (ОКС↓ST) – 39,5% (818). В исходах ОКС↑ST развился ИМ с Q в 40,1% (831) случаев, ИМ без Q – в 12,7% (265) и повторный ИМ – 7,7% (160) случаев. НС в 34,5% (715); прочие заболевания в 4,9% (103).

Развитие службы эндоваскулярной хирургии и применение на практике современных рекомендаций Европейского общества кардиологии позволили увеличить количество коронарографии (414–417–1087), чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) (950–611–1185). В РНЦЭМП летальность больных с диагнозом ОИМ, в том числе ОИМ с зубцом Q, без зубца Q и повторный ОИМ, уменьшилась и составила в 2021 г. –16,3% (19,1% – в 2019 г., 18,4% – в 2020 г.). Основной причиной смерти остается кардиогенный шок (56,6–54,9–52,4%).



Выводы. Увеличение количества ЧКВ как наиболее эффективного метода реперфузионной терапии позволяет улучшить прогноз у пациентов с ОКС. Перспективы развития: раннее проведение

ЧКВ при ОКС без элевации и ОКС стойкой элевации ST на ЭКГ (стратификация риска), совершенствование помощи пациентам с кардиогенным шоком.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛО ВЫПОЛНЕНО ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

МУХАМЕДОВА Б.Ф., НАЗАРОВА М.Х., Б.З. ЖАЛОЛОВ, КАЗАКОВ Б.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Оценить качество медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в РНЦЭМП за период с 2020 по 2021 г.

Материал и методы. Количество больных с ОКС в 2020 г. составило 1050 чел., в 2021 г. 2074 чел. Доля больных с ОКСпST/ОКСбпST в 2020 г. составила 59,7/40,3%, в 2021 г. 60,5/39,5%. Средний возраст больных с ОКСпST с 2020 г. по 2021 г. значительно не изменился (55–56 лет). Удельный вес мужчин/женщин среди больных с ОКСпST в 2020 г. 62,6/37,4%, 2021 г. 61,8/38,2%.

Результаты. При оказании медицинской помощи больным с ОКСпST, которым было выполнено ЧКВ, интервал времени от начала боли до вызова бригады скорой медицинской помощи (СМП) сократился на 33% (с 105,0 (55,0; 450,0) мин. (n=187) в 2020 г. до 84,0 (45,0-430,0) мин (n=245) в 2021г). Время от вызова до приезда СМП к больному в 2020 г. составило 30,0 (20,0;40,0) мин (n=175), в 2021 г. до 25,5 (15,0;36,0) мин (n=232) (динами-

ка 21,9%). Интервал от приезда СМП до доставки больного в стационар не менялся –30,0 (15,0;45,0) мин (n=140) в 2020 г. 29,5 (15,0;44,0) мин (n=180) в 2021 г. Время от приезда СМП/ поступления в стационар до начала выполнения ЧКВ увеличилось на 25,2% (с 40,0 (25,0;55,0) мин (n=160) в 2020 г. до 45,0 (28,0;62,0) мин (n=205) в 2021 г. Период от начала болевого синдрома до выполнения ЧКВ в 2020 г. составил 275,0 (180,0;370,0) мин (n=196), в 2021 г. 270,0 (180,0;360,0) мин (n=205).

Выводы. Среди больных с ОКСпST, которым проведено ЧКВ, интервал «боль-вызов СМП» сократился на 33% (до 84,0 мин), интервал «вызов-приезд СМП» – на 21,9% (до 25,5 мин), интервал «приезд СМП-доставка в стационар» не изменился (30,0 мин), интервал «приезд СМП/поступление в стационар-начало выполнения ЧКВ» увеличился на 25,2% (45,0 мин), интервал «боль-ЧКВ» сократился (270,0 мин).

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН ЧАП ҚОРИНЧА ҚОН ОТИШ ФРАКЦИЯСИ САҚЛАНГАН БЕМОРЛАРГА СИНТАКС 2020 ШКАЛАСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАХОЛАШ

ТУРСУНОВ Е.Я., ЗАКИРОВА Н.Ю., КЕВОРКОВ А.Г.

Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Миокард инфаркти ўтказган беморларда оптимал реваскуляризацияни танлашда Синтакс I шкаласи (СШ) муҳим аҳамиятга эга. Сўнгги йилларда кашф қилинган СШ 2020 беморларнинг клиник ҳолатини инобатга олган ҳолда 2 ва 10 йиллик умумий ўлим, 5 йиллик юрак қон торим касалликлари туфайли кузатилувчи ноҳуш ҳодисалар юзага келиш ҳолатини башорат қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Мақсад: Миокард инфаркти (МИ) ўтказган чап қоринча қон отиш фракцияси сақланган беморларга Синтакс 2020шкаласи натижаларини баҳолаш.

Тадқиқот матириаллари ва методлари: Тадқиқотга 161 нафар ўртача 61,3 ±8,1 ёши 63 [57; 68] анамнезида МИ ўтказган, қандли диабетсиз беморлар олинган. Барча беморлар стационар шароитда стандарт текширувлар қилинди: эхокардиография, суткалик ХМЭКГ, биохимик ва лабаратор кўрсаткичлар. МИ ташхиси 4-универсал аниқлагич асосида қўйилган. ЧҚҚОФ 52.4 ± 10.6% га тенг. Барча беморлар диагностика коронароангиография текшируви амалга оширилди. СШ 2020 амалиёт пайти <https://syntaxscore2020.com/> орқали онлайн ҳисобланди. Коронар томир шикастланиш

сони бўйича 1-2 томирли шикастланишли беморлар 1 гуруҳ ва 3 томир шикастланишли беморлар 2 гуруҳ сифатида ажратилди.

Натижалар: Баҳолаш натижаларига кўра, коронар шикастланишнинг 1- гуруҳда, эхтимолий АКШ амалиётида 4 йиллик умумий ўлим (УЎ) хавфи тери орқали аралашув (ТОА) амалиётига нисбатан 24% дан паст, 3 коронар томирли шикастланишли беморларда эса ушбу кўрсаткич 23% дан кам эканлиги аниқланди. Логистик СШ 2-йиллик УЎ 1-2

томир шикастланишли гуруҳ беморларда 3 томир шикастланишли гуруҳга нисбатан ишончли даражада ($p = 0,013$) 23% га кам эканлиги аниқланди. Шунингдек 3 томир шикастланишли гуруҳда эхтимолий ТОА эхтимолий АКШ амалиётидан кейинги УЎ таққосланганда мос равишда ТОА амалиётида 5 йиллик юрак касалликлари туфайли кузатилувчи катта нохуш ходисалар (ЮСККНХ) АКШга нисбатан 22% юқори ва 10 йиллик УЎ 17% юқори эканлигини кўриш мумкин.

	Ум. гуруҳ (n=161)	1-гуруҳ. (n=114)	2 гуруҳ (n=47)	Mann-Whitney U Test		
	M±SD	M±SD	M±SD	U	Z	p
Синтакс шкаласи	14,0±6,2	13,7±6,7	14,8±4,7	2242	-1,625	0,11
УЎ ТОА 4 йил%	8,0±11,6	8,2±13,5	7,7±4,9	2217	-1,718	0,09
УЎ АКШ 4 йил%	6,1±11,5	6,2±13,3	5,9±5,0	2208	-1,750	0,08
ЛогКлин.СШ 2 йил ТОА УЎ,%	4,4±12,0	4,8±14,2	3,3±2,3	1638	-2,474	0,01
СШ 2020 ТОА 10 year УЎ,%	19,8±12,2	-	19,8±12,2	-	-	-
СШ 2020 АКШ 10 йил. УЎ,%	16,4±10,7	-	16,4±10,7	-	-	-
СШ 2020 ТОА 5 йил ЮСККНХ,%	14,9±7,3	-	14,9±7,3	-	-	-
СШ 2020 АКШ 5 йил ЮСККНХ,%	11,6±5,7	-	11,6±5,7	-	-	-

Хулоса: Анамнезида МИ ўтказган, ЧҚҚОФ сақланган беморларда СШ 2020 оптимал реваскуляризация стратегияси ва УЎни башоратлаш ахамияти СШ I ва II га нисбатан юқоридир.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «ДВЕРЬ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ

ШАДРИН А.А. , БЕССОНОВ И.С., САПОЖНИКОВ С.С.

Тюменский кардиологический научный центр,
Томский национальный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Проанализировать влияние времени «дверь-баллон» на результаты лечения пациентов с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от длительности задержки на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Были использованы данные госпитального регистра ЧКВ при ИМпST в период с 2006 по 2017 год. В анализ было включено 1333 пациента, разделенных на 2 группы. Первую группу составили 574 (43,1%) пациента, у которых время от начала болевого синдрома до поступления в стационар было ≤ 120 минут, вторую группу – 759 (56,9%) больных, с временем догоспитальной задержки более 120 минут. В обеих группах был проведен анализ результатов лечения в зависимости от значения времени «дверь-баллон»: ≤ 60 минут, либо >60 минут.

Результаты. В группе пациентов с догоспитальной задержкой менее 120 минут и временем

«дверь-баллон» ≤ 60 минут в сравнении с пациентами с интервалом «дверь-баллон» >60 минут было отмечено снижение таких показателей, как госпитальная летальность (1,3% против 6,8%, $p = 0,001$), частота развития основных неблагоприятных кардиальных событий: смерть, рецидив ИМ, тромбоз стента (MACE) (3,2% против 8,3%, $p = 0,008$), частота развития феномена «no-reflow» (3,9% против 9,4%, $p = 0,007$). Также у этих пациентов чаще достигался непосредственный ангиографический успех ЧКВ (94,5% против 87,5%, $p = 0,003$). Помимо этого, в группе была отмечена более высокая фракция выброса левого желудочка при выписке (48 [43;51]% против 46 [42;51]%, $p = 0,038$). При анализе результатов лечения пациентов с догоспитальной задержкой более 120 минут не было получено статистически значимых различий между временем «дверь-баллон» ≤ 60 минут и >60 минут. Была выявлена сильная корре-



ляционная связь между временем догоспитальной задержки и общим временем ишемии миокарда ($r=0,87$; $p<0,001$)

Выводы. У пациентов с ИМпST при догоспитальной задержке менее 120 минут от начала болевого синдрома сокращение времени «дверь-баллон» менее 60 минут ассоциировалось с лучшими госпитальными результатами лечения. Это выражалось в снижении показателей летальности, частоты развития основных неблагоприятных кар-

диальных событий (MACE), феномена микроваскулярной обструкции («no-reflow»), увеличении непосредственного ангиографического успеха ЧКВ и функционального состояния левого желудочка при выписке. При длительности догоспитальной задержки более 120 минут уменьшение времени «дверь-баллон» менее 60 минут не влияло на результаты лечения. Время догоспитальной задержки имеет сильную корреляционную связь с общим временем ишемии миокарда.

ST ЭЛЕВАЦИЯСИЗ ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛДАРДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ДИАСТОЛИК ФУНКЦИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

ЮЛДОШЕВ Н.А.¹, АХМАТОВ Я.Р.¹, БЕКМЕТОВА Ф.М.², ДОНИЁРОВ Ш.Н.²

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Қарши филиали¹ Қарши ш., Ўзбекистон;
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази²,
Тошкент ш., Ўзбекистон*

Текширув мақсади: Ўткир коронар синдром ST элевациясиз беморларда чап қоринчанинг диастолик функциясининг ўзига хос хусусиятларини тўқима миокардиал доплерографияси ёрдамида ўрганиш.

Текширув усуллари ва материаллари: Текширув учун РИКИАТМ ҚФ кардиореанимация ва рентген-эндоваскуляр жаррохлик бўлимида даволанаётган 23 та ўткир коронар синдром ST элевациясиз (ЎКС ST элевациясиз) ва стабил зўриқиш стенокардия (СЗС) II-III ФС ли 22 беморлар танлаб олинди. Барча беморларга стандарт трансторакал эхокардиография ўтказилди. Чап қоринчанинг диастолик функциясининг баҳолаш учун тўқима миокардиал доплерографияси ёр-

дамида изоволумик релаксация вақти (IVRT) ва Tei индекси аниқланди.

Текширув натижалари: Тўқима миокардиал доплерография натижаларига кўра: ЎКС ST элевациясиз беморларда ўртача IVRT 88.9 ± 1.9 мс; Tei индекси – 0.5 ± 0.11 ; СЗС II-III ФС беморларда 67 ± 8.5 мс; Tei индекси – 0.35 ± 0.07 тегишли равишда ташкил этди.

Хулоса: ЎКС ST элевациясиз беморларда стабил СЗС беморларга қараганда сезиларли даражада чап қоринчанинг диастолик функциясининг бузилиш ҳолати кузатилади. Бу эса ўз навбатида, ЎКС ST элевациясиз беморларда диастолик функцияни баҳолаш муҳим кўрсаткич эканлигини тасдиқлайди.



ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

QUALITY OF LIFE AND COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND ANAEMIC SYNDROME

KODIROV KH.N., BAKHRIDDINOVA N.M., UZBEKOVA N.R

Andijan state medical institute

Introduction: modern knowledge about chronic heart failure (CHF) has significantly expanded the possibilities of its prevention and treatment, but the relevance of this problem is still high, since heart failure is a formidable complication of almost all cardiovascular diseases and, regardless of the etiology, has a progressive course. In patients with CHF, cognitive function disorders and anemic syndrome are detected. Latent and clinically detectable iron deficiency is a fairly common concomitant disease in CHF, and their prevalence varies depending on the severity of CHF.

Objective: to identify the impact of anemic syndrome on the quality of life, as well as cognitive impairment in patients suffering from chronic heart failure.

Materials and methods: 56 patients with chronic heart failure of functional class I-IV (FC) were examined. Out of the total number of patients, 2 groups were formed. The first group included 44 patients suffering from FC I-IV CHF, the second group included 12 patients with FC I-IV CHF who had concomitant anemia syndrome and/or latent iron deficiency according to the results of laboratory blood tests. 50 practically healthy individuals were selected for the control group. Anemic syndrome and / or latent iron deficiency were detected by a general blood test, serum iron and ferritin levels in the blood. The quality of life assessment was based on the results of the Minnesota Quality of

Life Questionnaire for CHF (MLHFQ). The severity of cognitive impairment was determined using the MMSE test, as well as the Serdyuk questionnaire. The significance of differences in the severity of CHF (SHOCK), as well as indicators of the MLHFQ questionnaire and MMSE – test in the compared groups was evaluated by the Mann-Whitney U-test.

Results: In the first group of patients, the average score on the SHOCK scale was 3.2 ± 0.58 points, in the second group 3.5 ± 0.68 points ($p > 0.05$), which indicates that both groups compared were similar in clinical severity of CHF. In the first group of patients with CHF, the MLHFQ score was 39.9 ± 5.27 points, in the Serdyuk questionnaire- 27.5 ± 2.21 points, in the MMSE test – 25.9 ± 0.62 points, while in the second group of patients with concomitant anemic syndrome and/or latent iron deficiency, the indicators were 62.9 ± 2.88 ($p < 0.01$), and 24.4 ± 0.74 points ($p < 0.05$), respectively, which demonstrates a deterioration in cognitive function and quality of life of patients.

Conclusions: in patients with chronic heart failure, patients' quality of life and cognitive functions are significantly lower in the presence of anemic syndrome and / or latent iron deficiency, which is detected using the MLHFQ, Serdyuk questionnaires, as well as the MMSE test.

ASSESSMENT OF BIOCHEMICAL MARKERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19

NOSIROVA G.A., MUKHAMEDOVA M.G.

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

Background: Covid-19 has been emerged in Wuhan, China and spread all over the world resulting in pandemic and took more than millions life around the globe. The virus can affect every part

of the organism including cardiovascular disease. Assessment of biochemical state and identification of the risk factors for the course of disease is crucial for the further treatment strategies. Aim of the study



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

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

Results: Initial baseline anthropometric characteristics of patients were similar in two groups ($P>0.05$). There were not observed any statistical difference by general blood analysis results in two groups during the treatment ($P>0.05$). When it comes to biochemical data, blood glucose and glycated hemoglobin (HbA1c) tended to be higher in group II than Group I (7.6 ± 2.4 vs. 8.4 ± 2.8 mmol/L, $P<0.05$ for glucose; $7.0\pm 2.0\%$ vs. $7.6\pm 2.3\%$, $P<0.05$ for HbA1c).

Besides, alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase inclined to be higher in Group II patients (21.6 ± 8.8 un/L vs. 28.5 ± 14.0 un/L, $P<0.05$ for ALT and 25.2 ± 10.2 un/L vs. 31.4 ± 15.3 un/L, $P<0.05$ for AST). Concerning the creatinine and urea, there were not observed any statistically significant changes in two groups ($P>0.05$). Pertaining to N-terminal pro hormone brain natriuretic peptide (NT-proBNP), patients who have undergone more severe Covid-19 (Group II) inclined to have more pronounced level of this biomarker (214.57 ± 51.63 pg/mL vs. 314.25 ± 65.84 pg/mL, $P<0.05$). As far as the brain natriuretic peptide (BNP) is concerned, Group II patients tended to have more level of this biomarker (96.74 ± 29.27 pg/mL vs. 167.12 ± 34.18 pg/mL, $P<0.05$). There were not any statistically significant changes between males and females.

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

INFLUENCE OF ANGIOTENSIN RECEPTOR-NEPRILYSIN INHIBITORS IN BIOCHEMICAL MARKERS PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19

NOSIROVA G.A., MUKHAMEDOVA M.G.

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

Background: Covid-19 has resulted in pandemic all over the world and affected more than half billion people all around the globe. The virus can affect every part of the organism including cardiovascular disease. Patients with cardiovascular disease particularly those with chronic heart failure are vulnerable and optimization of treatment options in those patients are in need of nowadays. Aim of the study was to evaluate the influence of angiotensin receptor-neprilysin inhibitors – sacubitril/valsartan in biochemical markers of patients with chronic heart failure who have undergone Covid-19.

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

to the standard treatment during the six months. All laboratory, instrumental and biochemical data were obtained at baseline and after the six months of the treatment. All statistical analysis were performed with SPSS 26.0 version (IBM).

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

mL, $P < 0.05$). When we analyzed men and women separately, there were not observed any statistically significant changes between them.

Conclusion: Angiotensin receptor-neprilysin inhibitors – sacubitril/valsartan had more positive impact

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

QUALITY OF LIFE AND COURSE OF DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19

NOSIROVA GUZAL ALISHEROVNA

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

Background: Covid-19 has become pandemic and everyone has encountered with the virus in a certain stage. Cardiovascular disease, particularly patients with chronic heart failure tended to have more complicated course of disease after the virus. Patients with CHF are vulnerable and are at high risk of the severe Covid-19 development. Patients with chronic heart failure frequently suffer from poor quality of life due to the existing disease and heart failure symptoms. However, it is still unclear disturbance of quality of life after Covid-19 in patients with CHF. Purpose of the study was to evaluate quality of life and course of disease in patients with CHF after Covid-19.

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

Results: The results of the study demonstrated that quality of life of the patients with CHF after Covid-19 was poor. Average score of the quality of life was 62.4 ± 15.2 . Poorer quality of life was positively associated with severe Covid-19 ($r = 0.8$, $P < 0.05$). Fear, anxiety and worry had an impact on the poor quality of life in patients with CHF after Covid-19 ($P < 0.001$). Besides, economical status, concomitant type two diabetes mellitus and longevity of the CHF had an impact on quality of life ($P < 0.05$). However, gender, smoking status, alcohol drinking had not have an impact on quality of life in patients with CHF after Covid-19 ($P > 0.05$). When we analyzed association with 6 minute walking test distance and quality of life, patients who walked less distance in six minutes tended to have poor quality of life and more pronounced symptoms of the CHF ($P < 0.05$). Covid-19 had also an impact on symptoms of the CHF patients. Among symptoms dyspnea, tachycardia, paroxysmal nocturnal dyspnea were more pronounced in those who had severe Covid-19 ($P < 0.05$).

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

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., МИРЗАРАХИМОВА С.Т., ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К., КУРБАНОВ Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Цель. Изучение взаимосвязи инсерционно-делеционного полиморфизма гена АПФ со структурно-функциональными характеристиками миокарда левого желудочка у больных перипартальной кардиомиопатией.

Материалы и методы. В исследование включены 102 пациента с ПКМП II-IV функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН). Средний возраст больных – $25,2 \pm 1,1$ года, длительность заболевания – $12,8 \pm 1,8$ месяца. Анали-



зировались эхокардиографические показатели в зависимости от распределения ID полиморфизма генов АПФ в 3-х группах: DD, ID, II.

Результаты. Анализ частотного распределения генотипов показал, что у 24 (23,5%) больных оказался DD (1-я гр.), у 45 (44,1%) – ID (2-я гр.), у 33 (32,3%) – II (3-я гр.) генотипы ($p < 0,01$; $\chi^2 = 9,8$). В то же время аллель D выявлен у 93 (45,6%) обследованных, аллель I – у 111 (54,4%) ($p > 0,05$).

У носительниц генотипа DD размеры сердца были больше, чем у носительниц ID и II генотипов: КДР был больше на 2,7 ($p > 0,05$) и 5,3% ($p = 0,03$) (I группа – 7,5±0,1 см, II группа – 7,3±0,1 см, III группа – 7,1±0,1 см), КСР – на 4,8% и 6,4% (оба $p > 0,05$) (I группа – 6,1±0,2 см, II группа – 5,9±0,1 см, III группа – 5,9±0,1 см), КДО – на 3,4 и 9,1% (оба $p > 0,05$) (I группа – 299,4±12,6 мл, II группа – 288,7±13,6 мл, III группа – 271,8±11,1 мл), КСО – на 6,7 и 11,1% (оба $p > 0,05$) (I группа – 198,1±14,6 мл, II группа – 183,9±11,4 мл, III группа – 176,2±9,1 мл). В то же время имеются различия в толщине стенок левого желудочка, т.е. у больных с аллелем D (генотип DD и ID) толщина стенки ЛЖ была выражена достоверно больше ($p < 0,05$), чем у носительниц II генотипа (МЖП I группа – 0,98±0,02 см, II

группа – 0,98±0,03, III группа – 0,9±0,02 см; ЗСЛЖ I группа – 1,02±0,02 см, II группа – 1,0±0,03 см, III группа – 0,93±0,03 см). В результате из-за разницы в конечно-диастолическом размере и толщине стенки ЛЖ у носительниц DD масса миокарда ЛЖ была больше на 4,4 ($p > 0,05$) и 17,1% ($p < 0,05$), чем у больных, имеющих ID и II генотипы (I группа – 436,9±23,4 мг, II группа – 417,9±17,4 мг, III группа – 362,4±18,7 мг).

При анализе диастолической функции ЛЖ достоверных различий между показателями V_e и V_a не выявлено. Однако у больных I группы значение отношения V_e/V_a было на 4,3 и 14,2% ($p = 0,04$) больше, чем у пациенток II и III групп (I группа – 3,03±0,3, II группа – 2,9±0,2, III группа – 2,6±0,2).

Выводы. У больных ПКМП с DD-генотипом полиморфизма I/D гена АПФ, КДР и ММЛЖ были достоверно выше, чем у носителей генотипа II, тогда как носители генотипа I/D занимают промежуточное положение. Это позволяет рассматривать D-аллель этого полиморфизма гена АПФ как неблагоприятный в отношении развития дилатации полостей сердца.

ДИНАМИКА ЭХОКГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ИНФУЗИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

АБДУЛЛАЕВ Т.А., ГУЛЯМОВ Х.А., ЦОЙ И.А., БЕКБУЛАНОВА Р.Ш.

ГП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз»

Цель. Оценить краткосрочную динамику параметров ЭХОКГ у больных декомпенсированной ХСН после внутривенной инфузии негликозидного инотропного препарата левосимендана.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 18 пациентов, поступивших в отделение сердечной недостаточности РСНПМЦК с декомпенсацией ХСН. Средний возраст пациентов 54±13,9 года. Гипотензивные препараты были временно отменены у всех пациентов. Помимо активной разгрузочной диуретической и стимуляционной терапии (петлевые диуретики, дигоксин), больным была инициирована внутривенная (в/в) 24-часовая инфузия левосимендана 12,5 мг в дозе 0,1 мкг/кг/мин, при необходимости уменьшение дозы до 0,05 мкг/кг/мин или увеличение до 0,02 мкг/кг/мин. Во время инфузии левосимендана проводилось мониторирование ЭКГ, ЧСС и АД, тяжести симптомов сердечной недостаточности.

Переносимость терапии оценена как удовлетворительная, аритмии высоких градаций, значительной гипотонии отмечено не было. Через 7 дней всем пациентам повторно проводилось ЭХОКГ. ЭХОКГ-обследование проводилось по общепринятой методике.

Результаты. Внутривенная инфузия способствовала повышению ФВ ЛЖ с 28,2±3,0% до 32,3±4,9% (13%) ($p < 0,05$), уменьшению полостей сердца: КДО ЛЖ с 269,2±43,4 мл до 226,3±44,7 мл (16%) ($p < 0,05$), КСО ЛЖ с 189,1±39,8 мл до 164,9±54,2 мл (13%) ($p > 0,05$), КДР ЛЖ с 71,4±5,0 мм до 68,6±6,4 мм (4%) ($p > 0,05$), КСР ЛЖ с 61,8±5,1 до 58±6,4 мм (6%) ($p > 0,05$), ЛП с 49,3±4,5 мм (5%) ($p > 0,05$), ПЖ с 46,4±11,0 мм, до 43,9±11,0 мм.

Вывод. Таким образом, у больных с декомпенсированной ХСН инфузия левосимендана в составе стандартной терапии приводит к позитивным изменениям со стороны ЭХОКГ-параметров.

ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АБСЕИТОВА С.Р., АСКАРОВ М.Б., КУЛЬМЫРЗАЕВА Н.К., ЛАТИПБАЕВА М.С., МАЖАНОВА А.Т., КУШЕКБАЕВА А.Е., СЕРИКБАЕВА М.Т.

*Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент;
Национальный Научный Медицинский Центр, г.Астана. Республика Казахстан*

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности трансплантации мультипотентных аутологичных мезенхимальных клеток костного мозга у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. 42 пациента в возрасте от 18 до 65 лет с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (СНнФВ) левого желудочка $\leq 40\%$, разделены на две группы: основную и контрольную, все получали оптимальную медикаментозную терапию. Пациентам основной группы проводилась трансплантация аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (МСК), наблюдение через 3, 6, 9 месяцев. В качестве методов исследования использовали тест 6-минутной ходьбы, оценку качества жизни по стандартному Миннесотскому многоаспектному личностному опроснику (MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory), исследование электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), уровень сывороточного мозгового натрийуретического пептида (NTpro-BNP). Конечными точками являлись: изменение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным ЭхоКГ (количественные параметры объемов левого желудочка). Безопасность изучалась по изменениям биохимических и иммунологических анализов (интерлейкины IL-4, IL-10, IL-1 бета, TNF 2 бета, CD73+, CD34+, CD8+, CD4+).

Результаты. У пациентов основной и контрольной групп через 3, 6, 9 месяцев наблюдения показано улучшение клинических симптомов, качества жизни по опроснику MMP, повышение толерантности к физической нагрузке по тесту 6-минутной ходьбы, ФК СН (NYHA) снизился от III-IV до II. В обеих группах отмечена положительная динамика показателей функции ЛЖ (ФВ ЛЖ КДО, КСО). У пациентов основной группы увеличились ФВ ЛЖ на 25%, КДО на 14%, КСО на 23% в сравнении с исходными значениями. В контрольной группе ФВ ЛЖ повысилась на 6%, показатели КДО и КСО существенно не изменились. Уровень натрийуретических пептидов (NTpro-BNP) уменьшился в основной группе на 50%, в контрольной на 38% от исходных значений. Безопасность данного метода подтверждена отсутствием нежелательных явлений и результатами биохимических и иммунологических тестов. Основные положительные тенденции в улучшении функции левого желудочка выявлены через 6 месяцев, сохраняющаяся дилатация полостей сердца и сниженная ФВ ЛЖ могут быть основанием для повторного лечения МСК.

Выводы. У пациентов с СНнФВ клеточная терапия с помощью трансплантации аутологичных мезенхимальных стволовых клеток на фоне медикаментозной терапии приводила к положительным изменениям основных показателей функции ЛЖ, была безопасной и хорошо переносится пациентами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАЛСАРТАН/САКУБИТРИЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

БЕРКЕЛИЕВА М.М., ХАЛМУРАДОВА М.Х., ОРАЗБЕРДЫЕВ Я.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, Ашгабат

Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) остается одной из важных проблем современной кардиологии. Применение ингибиторов неприлизина, блокирующих действие натрийуретических пептидов, обладающих кардиопротективным свойством, в сочетании с блокатором рецепторов А II является перспективным направлением в снижении признаков ХСН.

Цель работы. Исследование эффективности валсартан/сакубитрила (ВС) при различных классах хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы. Исследовано 87 больных с хронической сердечной недостаточностью, из которых 53 мужчины и 34 женщины, средний возраст больных $61,6 \pm 5,4$ года. Пациенты разделены на 3 группы: 1-я (n=35) – с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка $\geq 50\%$, 2-я (n=32) – с



ФВ 40-49%, 3-я (n=20) – с ФВ <40%. Все больные получали ВС – пациенты с сопутствующей артериальной гипертонией в зависимости от степени АГ – от 100 мг (51,4 мг +48,6 мг) до 200 мг (102,8 мг + 97,2 мг) и пациенты без гипертонии – в дозе 50 мг (25,7 мг + 24,3 мг) однократно в сутки. Результаты оценивались через 3 месяца повторным проведением ЭХО-КГ и исследованием натрийуретического пептида (НУП) в крови.

Результаты. У пациентов 1-й группы ФВ увеличилась на 12% от исходной величины, НУП снизился в среднем на 33% (от 45,4 до 30,7 пг/мл). У пациентов 2-й группы ФВ увеличилась на 8% от исходного значения, и НУП снизился на 40% (от 53,7 до 32,5 пг/мл). У пациентов 3-й группы ФВ увеличилась на 7% от исходной величины, НУП снизился в среднем на 15% (от 92,4 до 78,6 пг/мл),

p <0,05. При этом у пациентов с артериальной гипертонией наблюдалось эффективный контроль АД, в том числе пульсового АД. Уменьшение размеров левого предсердия отмечалось в 1-й и 2-й группах. Сочетание препарата с антагонистами минералокортикоидных рецепторов у 2-й группы пациентов не приводило к гиперкалиемии.

Вывод. Применение комплекса СВ имело наибольшую эффективность у пациентов с ХСН II-III ФК с сохраненной и промежуточной ФВ, что обусловлено одновременным усилением эффектов натрийуретических пептидов и подавлением негативных сердечно-сосудистых и почечных эффектов ангиотензина II. У пациентов с сопутствующей артериальной гипертонией применение данного препарата показало достаточную эффективность для контроля АД.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

ИЗЮМОВ А.Д., ФЕДИН М.А., ЕРУСЛАНОВА К.А., КОТОВСКАЯ Ю.В., ТКАЧЕВА О.Н.

Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Цель. Оценить распространенность синдрома старческой астении и отдельных гериатрических синдромов у пациентов 65 лет и старше с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты старше 65 лет, проходившие лечение в кардиологическом отделении Российского геронтологического научно-клинического центра с марта 2021 по август 2022 года и которым, согласно европейским критериям, была диагностирована ХСН. Всем пациентам была проведена комплексная гериатрическая оценка, включающая скрининговую оценку по шкале «Возраст не помеха», краткую батарею тестов физического функционирования, оценку статуса питания (шкалу оценки питания), когнитивной сферы (Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА), зависимости в повседневной жизни по шкале Бартел, инструментальную активность по шкале Лоутон. Также у части пациентов был оценен психоэмоциональный статус по гериатрической шкале депрессии.

Результаты. В исследование был включен 81 пациент. Средний возраст 77,9 года ±7,07 (от 65 до 93 лет). 41 (50,6%) из них были женщины. По результатам опросника «Возраст не помеха» и кра-

ткой батарее тестов физического функционирования синдром старческой астении был выявлен в 54,3% случаев (44 чел.). Более половины (42 пациента, 51,9%) имели умеренную зависимость в повседневной активности, 4 (4,9%) были полностью зависимы от окружающих в повседневной жизни, 35 (43,2%) не имели зависимости в повседневной жизни по шкале Бартел. Снижение инструментальной активности было у 34 (42%) пациентов. Почти каждый четвертый, 20 человек (24,7%), имел риск развития мальнутриции, а 5 пациентов (6,2%) – белково-энергетическую недостаточность по шкале оценки питания. Две трети пациентов (53 чел., 65,4%) имели снижение когнитивных функций по данным МОСА. Из 60 участников исследования у 32 (53,3%) была диагностирована депрессия.

Выводы. Синдром старческой астении распространен среди пациентов старше 65 лет с хронической сердечной недостаточностью и встречается в 54,3% случаев. Среди различных гериатрических синдромов наиболее часто у данной категории пациентов встречаются снижение когнитивных функций (65,43%), депрессия (53,33%), а также утрата автономности. Риск недостаточности питания встречается у каждого четвертого пациента, а мальнутриция у каждого шестнадцатого.

ИШЕМИК ЭТИОЛОГИЯЛИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН ДОРИ ВОСИТАСИНING ГИБЕРНАЦИЯЛАНГАН МИОКАРД ҲАЖМИГА ТАЪСИРИ

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

Бухоро Давлат Тиббиёт Институту, Бухоро, Ўзбекистон

Тиббиёт Ходимлари Касбий Малакасини Ри-
вожлантириш Маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад: Миокард тўқимасининг яшовчанлиги ишемик этиологияли сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг прогнозлари-
ни баҳолашда муҳим кўрсаткичлардан саналади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади ишемик этиология-
ли сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган ҳамда зарб ҳажми камайган беморларда сакуби-
трил/валсартан дори воситасини гибернациялан-
ган миокард тўқимасига таъсирини баҳолаш.

Материал ва метод: Республика Шошили-
нч Тиббий Ёрдам Илмий Марказининг Бухоро фили-
алида 2021-2022 йиллар давомида 120 та ишемик
этиологияли зарб ҳажми камайган сурункали юрак
етишмовчилиги билан оғриган бемор тадқиқотга
жалб этилди. Беморларнинг ўртача ёши 58,2±14,6
йилни ташкил қилди ҳамда уларнинг 53% (58
та) эркаклар ташкил этди. Беморлар 60 тадан 2
гуруҳга ажратилди ва биринчи гуруҳдаги бемор-
ларга стандарт давога қўшимча ангиотензин ре-
цепторини блоклаш мақсадида сакубитрил/вал-
сартан 24/26 мг дан – 2 маҳал (дозаси 48/51 мг
гача титрацияланди), иккинчи гуруҳдаги беморлар-
да эса валсартан 40 мг дан – 1 маҳал (доза 80 мг
гача титрацияланди) буюрилди. Гибернацияланган
миокард тўқимаси трансторакал эхокардиография
орқали баҳоланди. Барча статистик таҳлиллар
STATА воситасида амалга оширилди.

Натижалар: Зарб ҳажми ҳамда миокард
тўқимаси деворининг қисқарувчанлик индекси ик-

кала гуруҳда ҳам яхшилангани кузатилди ($P<0,05$),
аммо иккала гуруҳни ўзаро солиштирганимиз-
да сакубитрил/валсартан гуруҳи зарб ҳажмига
(32,3±8,3% дан 43,8±12,6% га қ. 31,8±8,2% дан
37,1±10,5% гача $P<0,05$) ҳамда миокард тўқимаси
деворининг қисқарувчанлик индексига (2,36±0,5
дан 1,93±0,4 гача қ. 2,36±0,6 дан 2,15±0,45 гача
 $P<0,05$) сезиларли даражада ижобий таъсир
кўрсатди. Юракнинг минутлик ҳажми ҳам иккала
гуруҳдаги беморларда даво фониди яхшиланди,
аммо сакубитрил/валсартан гуруҳида бу кўрсатки
янада сезиларли даражада яхшилангани кузатил-
ди ($P<0,05$). Гарчи миокард деворининг систолик
ҳамда диастолик қалинлиги иккала гуруҳда ҳам
даво фониди яхшилангани кузатилган бўлсада
($P<0,05$), гуруҳлар ўзаро солиштирилганда иккала
гуруҳ ўртасида сезиларли ўзгариш кузатилмади
($P>0,05$). Эркаклар ва аёллар алоҳида текширил-
ганда иккала гуруҳ ўртасида жинс бўйича сезилар-
ли тафовут кузатилмади ($P>0,05$).

Хулоса: Ишемик этиологияли зарб ҳажми ка-
майган сурункали юрак етишмовчилиги билан
оғриган беморларда сакубитрил/валсартан дори
воситаси валсартанга қараганда устунликка эга
бўлиб, миокард тўқимасини қисқарувчанлик фа-
олиятини яхшилаш билан бир қаторда миокард
тўқимасининг қисқарувчанлик индексига ҳам ижо-
бий таъсир кўрсатади ва шу орқали гибернация-
ланган миокард тўқимаси фаолиятини маълум бир
миқдорда яхшилади.

ДАПАГЛИФЛОЗИН ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СО СНИЖЕННОЙ ИЛИ СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

САИДОВ М.А., АЧИЛОВА Ш.С., РАХМАТУЛЛАЕВ А.А., ИСТАМОВА С.С.

РИКИАТМ СВМФ, Самарканд

Применение ингибиторов натрий-глюкозного
котранспортера 2 (SGLT2) снижает риск госпита-
лизаций по поводу сердечной недостаточности,
а также понижает частоту летальных исходов
от сердечно-сосудистых заболеваний у пациен-
тов с хронической сердечной недостаточностью
и фракцией выброса левого желудочка 40% или
менее. Мнения авторов по поводу эффективности
ингибиторов SGLT2 у пациентов с более высокой
фракцией выброса левого желудочка расходятся.

Методы исследования. Мы рандомизировали
пациентов с сердечной недостаточностью и фрак-

цией выброса левого желудочка более 40% для
получения дапаглифлозина (в дозе 10 мг одно-
кратно ежедневно) или соответствующее плацебо
в дополнение к обычной терапии. Первичный ре-
зультат – сочетание ухудшения сердечной недо-
статочности (которое было определено как неза-
планированная госпитализация по поводу сердеч-
ной недостаточности или срочный визит по поводу
сердечной недостаточности) или смерти от сер-
дечно-сосудистых заболеваний, согласно оценке
времени до события.



Результаты. В среднем за 6 месяцев первичный исход возник у 21 из 131 пациента (16,4%) в группе дапаглифлозина и у 25 из 132 пациентов (19,5%) в группе плацебо (отношение рисков 0,82; 95% доверительный интервал [ДИ] 0,73–0,92; $P < 0,001$). Ухудшение сердечной недостаточности произошло у 16 пациентов (11,8%) в группе дапаглифлозина и у 19 пациентов (14,5%) в группе плацебо (отношение рисков 0,79; 95% ДИ от 0,69 до 0,91); сердечно-сосудистая смерть наступила у 10 пациентов (7,4%) и у 11 пациентов (8,3%) соответственно (отношение рисков 0,88; 95% ДИ от 0,74 до 1,05). Всего усиление тяжести симптоматики было ниже в группе дапаглифлозина, чем в груп-

пе плацебо. Результаты были сходными у пациентов с фракцией выброса левого желудочка 60% и более и с фракцией выброса левого желудочка менее 60%, а также результаты были сходными в предварительно определенных подгруппах, включая пациентов с или без диабета. Частота нежелательных явлений была одинаковой в обеих группах.

Выводы. Дапаглифлозин снижал комбинированный риск ухудшения сердечной недостаточности или смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сердечной недостаточностью и умеренно сниженной или сохраненной фракцией выброса.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

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

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

Цель исследования. Изучить клиническое течение, динамику морфофункциональных параметров сердца и показателей качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с различными значениями фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ)

Материал и методы. Обследован 141 пациент (94 мужчин и 47 женщин, средний возраст $63,0 \pm 13,4$ года, средняя давность ХСН $6,0 \pm 3,2$ года) с ХСН с различными значениями ФВЛЖ. Всем пациентам проведено ЭхоКГ сердца с определением ФВЛЖ по формуле Симпсон. Расстояние, пройденное пациентами, оценивалось с помощью ТШХ (тест шестиминутной ходьбы). КЖ оценивалось в баллах с помощью «Миннесотского опросника КЖ пациентов с ХСН (MLHFQ)». Оценка тяжести клинического состояния определялась по шкале оценки клинического состояния пациентов с ХСН (ШОКС). Также у всех пациентов определялся уровень натрийуретического пептида (НУП).

Результаты. Согласно результатам ЭхоКГ признаки ХСН с низкой – нФВЛЖ (ФВ < 40%) – определялись у 50 (35%) пациентов, мягко сниженной – мсФВЛЖ (ФВ 40-49%) – у 32 (23%), сохранной – сФВЛЖ (ФВ > 50%) – у 59 (42%) пациентов. Согласно представленным данным среди пациентов с ХСН низкой и мягко сниженной ФВЛЖ преобладали больные мужского пола (78% и 71,9%) ($p < 0,05$), длительно страдавшие ИБС, перенесшие ИМ в анамнезе (46% случаев с нФВЛЖ и 72% с мягко сниженной ФВЛЖ ранее перенесли ИМ). Пациенты ХСН с сохранной ФВ чаще выявлялись на фоне ИБС и АГ, однако не было

найдено значительной разницы по полу (54,2% муж, 45,8 % жен). При сравнении между группами эхокардиографических показателей у больных ХСН с различной величиной ФВ ЛЖ отличались по таким показателям, как КДО+КСО ЛЖ, по толщине МЖП/ЗСЛЖ масса миокарда и ММЛЖ. Дилатация полостей сердца наиболее выражена у пациентов со сниженной ФВ ($248,1 \pm 88,3$), в то время как толщина стенок ЛЖ выражена у пациентов с ФВ $\geq 50\%$ ($12,5 \pm 1,9$). Пациенты с ХСН-мягко сниженной ФВ по размерам полостей сердца от пациентов с ХСН-низкой ФВ значимо не отличались. По степени утолщения стенок ЛЖ они имели сходные показатели с пациентами сФВЛЖ. Масса миокарда и индекс массы миокарда нарастали по мере снижения ФВЛЖ. Нами также был проведен анализ эхокардиографических параметров, отражающих диастолическую функцию. При попарном сравнении установлено, что у больных СН-нФВ ЛЖ значения E/A оказались существенно выше, чем у больных ХСН с сохранной и мягко сниженной ФВЛЖ. При сравнении гемодинамических показателей выявлены достоверные межгрупповые различия. Так, достоверно высокие показатели ЧСС ($81,8 \pm 18,7$) и низкие показатели САД ($114,6 \pm 20,5$) и ДАД ($89,4 \pm 117,9$) отмечены в группе пациентов с нФВЛЖ, тогда как во 2-й и 3-й группах показатели ЧСС составили $77,3 \pm 19,6$ и $74 \pm 12,1$, ДАД/САД $136,7/85,9$ и $142,2/88,5$, соответственно. У пациентов с нФВЛЖ средний результат по шкале ШОКС равнялся $6,9 \pm 2,6$ балла, во 2-й – $5,5 \pm 3,2$ балла и 3-й группе – $4,6 \pm 2,7$ ($p > 0,05$), что говорит

о том, что у больных с нФВЛЖ были клинически более выраженные признаки ХСН. В 1-й группе пациентов с нФВЛЖ показатель по опроснику MLHFQ составил $85,4 \pm 30,4$ балла, во 2-й группе – $63,6 \pm 26,6$ балла и в 3-ей – $48,9 \pm 18,2$ балла. По данным ТШХ у пациентов с нФВЛЖ дистанция, пройденная в течение 6 мин, составила $65,4 \pm 42,8$ метра, т.е. оказалась в 2 раза меньше, чем у больных с мсФВЛЖ – $121,3 \pm 82,2$ м и в 2,5 раза меньше, чем у больных с сФВЛЖ – $156,7 \pm 71,3$ м. При анализе NT-proBNP повышенные цифры NT-proBNP были обнаружены во всех 3-х групп пациентов ХСН. Однако самый высокий уровень NT-proBNP выявлен у пациентов ХСН с нФВЛЖ – $9917,4 \pm 422,6$, затем у больных с мсФВЛЖ

– $1506,2 \pm 687,5$ пг/мл, а наиболее низкий с сФВЛЖ – $540,7 \pm 274,4$. Была также выявлена положительная взаимосвязь между показателями NT-proBNP, объемными показателями сердца (КДО/КСО, ЛП, ММЛЖ) и данными ШОКС в баллах.

Вывод. Выявлено, что больные с нФВЛЖ чаще страдали хронической ИБС, имели перенесенный ИМ в анамнезе, более выраженные клинические признаки ХСН, самые высокие значения НУП, худшие показатели КЖ. В группе пациентов с сФВЛЖ имело место наиболее легкое течение ХСН, самые низкие значения НУП и относительно хорошие показатели КЖ. Промежуточное положение по всем показателям заняли больные ХСН с мсФВЛЖ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА (ЮПЕРИО) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ФАЙЗУЛЛАЕВ Б.Р., АБДУЛЛАЕВ А.И., РЕЙМБЕРГАНОВ Ж.И.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффекты и клинические исходы ранней инициации сакубитрил/валсартана (Юпердио) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой фракцией выброса (ФВ) на фоне сахарного диабета (СД) 2-типа.

Материал и методы исследования. В исследование включались пациенты обоих полов старше 18 лет, госпитализированных в стационар частной клиники «ELITE CLINIC» с ХСН или декомпенсацией ХСН и снижением фракции выброса $\leq 40\%$ при скрининге. Пациенты не получали внутривенные диуретики и инотропные агенты в течение не менее 24 часов до начала приема Юпердио, а также вазодилататоры, за исключением нитроглицерина (НТГ). По измерениям систолическое артериальное давление (САД) составляло ≥ 110 мм рт.ст., по крайней мере, за 6 часов до начала приема препарата Юпердио. В исследование не были включены пациенты с гиперчувствительностью к сакубитрилу, валсартану или блокаторам рецепторов ангиотензина; симптоматической гипотензией и/или САД < 110 мм рт.ст. или > 180 мм рт.ст.; рСКФ (СКД-ЕП) < 15 мл/мин/1,73 м², гиперкалиемией $> 5,4$ ммоль/л, наличием ангионевротического отека (наследственный, идиопатический), либо связанного с предшествующей терапией иАПФ, АРА, с тяжелой дисфункцией печени, билиарным циррозом или холестаазом. Начальная доза Юпердио выбиралась, следуя инструкции по применению препарата. Период активного лечения длился 20 недель. Титрование дозы проводилось с интервалом 2-4 недели на основе оценки клинического статуса и лабораторных данных. В течение всего перио-

да исследования проводили: физический осмотр, оценку жизненно-важных показателей, лабораторные данные, ЭКГ, ЭхоКГ, функциональный класс ХСН по NYHA.

Результаты: В исследование были рандомизированы 27 пациентов: 21 (78%) мужчина и 6 (22%) женщин. Причиной ХСН у исследуемых являлись: ИБС (перенесенный ИМ) – 18 (66,7%), АГ – 9 (33,3%) случаев. Давность ХСН составляла $4,1 \pm 2,0$ года. Все больные (100%) страдали СД 2-типа. Хроническую болезнь почек (ХБП) 1-3 стадии имели 20 (74,2%) больных. Во время стационарного пребывания пациенты получали лечение в соответствии со стандартами терапии ХСН. Применение вазодилататора – НТГ проводилось у 16 (59%) пациентов, в виде петлевого диуретика внутривенно использовался Фуросемид у 17 (63%) больных в средней дозе 40 ± 20 мг. Рекомендованная доза Юпердио 200 мг/сут на старте терапии назначена 11 (40,7%) больным, а доза 100 мг/сут – 16 (59,3%) больным из-за того, что они до включения в исследование получали небольшие дозы препаратов иАПФ/АРА. К 10 неделе 17 (63%) пациентов получали целевую дозу препарата, а к 18 неделе – 20 (74%). У 2 (7,4%) больных титрация дозы Юпердио не проводилась из-за развития симптоматической артериальной гипотензии. У одного (3,7%) пациента к 20 неделе применения препарат был отменен из-за развития гиперкалиемии, а также 1 (3,7%) рецензент выбыл из исследования из-за летального исхода. Остальные 25 (92,6%) пациентов завершили программу в соответствии с протоколом. Анализ динамики тяжести сердечной недостаточности показал, что у большинства больных



было достигнуто значительное снижение основных симптомов ХСН и переход больных в более низкий класс ФК ХСН по NYHA (ФК I – 0 против 5, $\chi^2=3,703$, $p=0,054$; ФК II – 8 против 20, $\chi^2=6,909$, $p=0,002$; ФК III – 12 и 0, $\chi^2=12,964$, $p=0,0001$; ФК IV – 7 против 0, $\chi^2=5,669$, $p=0,017$, соответственно до и на фоне терапии Юперо).

Вывод. В процессе 20-недельной терапии больных ХСН с низкой ФВ на фоне СД 2-типа с включением препарата сакубитрил/валсартан (Юперо) отмечено значительное улучшение клинической картины с уменьшением ФК ХСН, при этом препарат хорошо переносился и обладал высоким профилем безопасности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН (ЮПЕРИО) У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ФАЙЗУЛЛАЕВ Б.Р., АБДУЛЛАЕВ А.И., РЕЙМБЕРГАНОВ Ж.И.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Клинический пример: Больной М.А., 72 лет, находился на стационарном лечении в частной клинике «ELITE CLINIC» с 22.08.2022 по 31.08.2022. Поступил самостоятельно с декомпенсацией ХСН. При поступлении предъявлял жалобы на одышку в покое, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, усиливающееся после еды, небольшие отеки нижних конечностей, быструю утомляемость и общую слабость. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД – 180/110 мм рт.ст., привычные цифры АД – 130/90 мм рт.ст. Больной активно не лечился. 1 месяц тому назад больной стал ощущать вышеуказанные жалобы. В связи с чем был госпитализирован в региональный филиал Центра экстренной медицинской помощи. С 08.08.2022 по 13.08.2022 г. находился на стационарном лечении с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения ФК-III. ПИКС (по ЭКГ). Ишемическая кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь-III. АГ-1. Риск-IV. Осл: ХСН-II. ФК-III по NYHA. Амбулаторно ежедневно принимал: бисопролол 2,5 мг, комбинацию периндоприла 4 мг и амлодипина 5 мг, верошпирон 25 мг, фуросемид 40 мг, аторвастатин 10 мг, аспирин 75 мг/сут. Несмотря на регулярный прием препаратов улучшения общего состояния не отмечено.

Общее состояние при поступлении – тяжелое. Больной в сознании. Положение вынужденное – ортопное. Телосложение – нормостеническое. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. В легких – везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 102 уд/мин, АД – 160/110 мм рт.ст. Живот – мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на +1,0 см. Стул регулярный. Суточный диурез в пределах 1,1 л/сут. Имеются отеки нижних конечностей.

Данные клинических анализов при поступлении: гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты – $11,3 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $5,0 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты – $278 \cdot 10^9$ /л,

СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи – без значимой патологии. Биохимический анализ крови: креатинин – 75 мкмоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, АСТ – 25 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, калий – 3,9 ммоль/л, магний – 0,78 ммоль/л, общий белок – 79 г/л, общий холестерин – 4,2 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2,4 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований:
электрокардиография (ЭКГ) от 22.08.2022 – ритм синусовый, синусовая тахикардия, ЧСС – 102 уд/мин. Электрическая ось сердца отклонена влево. Рубцовые изменения передней-перегородочной области левого желудочка (отсутствие нарастания зубца «г»). Признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). **Эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ) от 22.08.2022 г.** Аорта – 3,6 см, левое предсердие 4,5×5,0×5,5 см (4,0×4,0×6,0 см), межжелудочковая перегородка (МЖП) 1,3 см (0,7–1,1 см); задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) – 1,4 см (0,7–1,1 см), конечный диастолический размер – 6,6 см (3,5–5,6 см), конечный систолический размер – 5,7 см (2,5–4,1 см), фракция выброса (ФВ) – 29%. Дилатация полостей левого желудочка и левого предсердия. Сократимость миокарда левого желудочка (ЛЖ) диффузно снижена. Тотальная гипокинезия стенок ЛЖ, акинезия МЖП.

ХМЭКГ: длительность записи 22 часа и 45 минут. Базовый ритм синусовый. Средняя ЧСС – 90 уд/мин. Максимальная ЧСС – 153 уд/мин, минимальная ЧСС – 65 уд/мин. Выявлены 2443 желудочковых экстрасистол (ЖЭ), что составляет 2% всех сокращений, 57 парных ЖЭ, а также 11 эпизодов желудочковой тахикардии (ЖТ) с максимальной частотой 153 уд/мин, общей продолжительностью 6294 мс. Зафиксированы 1684 наджелудочковых экстрасистол, что составляет 1% всех сокращений, а также 1 эпизод мультифокальной предсердной тахикардии с максимальной средней ЧСС 97 уд/мин. **УЗИ внутренних органов:** жировой гепатоз печени-I, хронический калькулёзный холецистит, хронический панкреатит. УЗИ почек: двухсторонний хронический пиелонефрит и соли в

почках. **УЗИ плевральной полости:** двухсторонний гидроторакс.

Выставлен клинический диагноз: Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (по ЭКГ). Ишемическая кардиомиопатия. **Фоновое заболевание:** Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – очень высокий. **Осложнение:** ХСН-II Б. ФК-III по NYHA. Двухсторонний гидроторакс. Частые желудочковые экстрасистолы, в т.ч парные ЖЭ и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии (по Lowp-Wolf II, III, IVA, IVB).

Проведенное лечение в стационаре: Юпериио 100 мг х 2 раза в сутки (следуя инструкции по применению препарата), торасемид 10 мг/сут, верошпирон 100 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, эноксипарин по 0,6 мл х 2 раза в сутки п/к, метаболические препараты, гепатопротекторы, препараты калия. В связи с наличием частых желудочковых экстрасистол и высоких градаций ЖЭ начата антиаритмическая терапия кордароном по схеме (начальная доза 800 мг/сут).

Через 7-8 дней терапии сохраняются жалобы на незначительную общую слабость, одышка в покое не беспокоит. Объективный статус: состояние относительно удовлетворительное. Больной в сознании. Кожа и слизистые оболочки обычной

окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, в н/о дыхание прослушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 74 уд/мин. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярной. Диурез увеличился до 1,8 л/сут. Отеки нижних конечностей устранены. **Эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ) от 30.08.2022 г.:** Аорта – 3,5 см, левое предсердие – 4,4×4,0×5,5 см (4,0×4,0×6,0 см), межжелудочковая перегородка (МЖП) – 1,3 см (0,7—1,1 см); задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) – 1,3 см (0,7—1,1 см), конечный диастолический размер – 6,6 см (исходно 6,6 см, Δ: 0%), конечный систолический размер – 5,3 см (исходно 5,7 см, Δ: -7%), **фракция выброса (ФВ) – 39%** (исходно 29%, Δ: +34,4%). На фоне терапии отмечено улучшение сократимости миокарда ЛЖ. **ХМЭКГ от 30.08.2022 г.:** длительность записи 22 часа и 48 минут. Базовый ритм синусовый. Средняя ЧСС – 74 уд/мин. Максимальная ЧСС – 90 уд/мин, минимальная ЧСС – 61 уд/мин. Выявлены всего 20 ЖЭ. Других НРС не выявлено.

Выводы. Добавление к стандартной терапии комбинированного препарата сакубитрил/валсартан (Юпериио) у пациента с ХСН с очень низкой ФВ способствовало улучшению клинической картины и быстрому регрессу признаков ХСН, с улучшением сократительной способности ЛЖ на ЭхоКГ.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРА SGLT 2- ЭМПАГЛИФЛОЗИНА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ХАЛИКОВА А.О., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент

Цель. Оценка влияния эмпаглифлозина на клинико-функциональный статус пациента, назначенный в раннюю уязвимую фазу СН.

Материалы и методы. В исследование было включено 24 больных с СНнФВ, поступивших в фазе декомпенсации СН. Эмпаглифлозин назначался на 3-7-й день стационарного лечения (перевод из состояния декомпенсации в уязвимую фазу), наряду с оптимальной медикаментозной терапией, согласно рекомендациям. Оценивались показатели центральной гемодинамики: ЧСС и АД, ИМТ, ТМТ, ШОКС, ТШХ, MQQoL. Повторная оценка исходных показателей осуществлялась через 1 месяц после выписки.

Результаты. Дополнительный прием эмпаглифлозина в составе стандартной терапии в уязвимой фазе СН сопровождался улучшением показателей центральной гемодинамики через 1 месяц наблюдения: отмечено снижение ЧСС на 16% (P<0,01) (с 94,67±26,46 до 79,58±10,73 уд/мин), при относительно стабильных параметрах АД – снижение САД на 4% (с 110,83±15,05 до

107,5±10,55 мм.рт.ст.), ДАД – на 4% (с 74,17±9,96 до 71,67±7,18 мм.рт.ст.) (P>0,05). При оценке клинического состояния показано значимое снижение функционального класса на 26% (3,08±0,31 до лечения и 2,25±0,87 после лечения, (p<0,01)). При этом, пройденная дистанция по ТШХ повысилась в 2 раза (исходно 128,33±46,87м; после лечения 274,17±101,4 м; (P<0,01)), а количество баллов по ШОКС снизилось на 37% (исходно 6,33±3,03 баллов; после 4±2,49 баллов); (P<0,01). Это отразилось в повышении качества **жизни** пациентов по результатам Миннесотского опросника, где наблюдалось снижение суммы баллов на 39% и составило до лечения 36,33±16,46 балла; после лечения 26,92±15,6 балла; (P<0,01).

Выводы. Таким образом, показано, что позитивные изменения клинико-функционального статуса при назначении эмпаглифлозина в уязвимую фазу дополнительно к стандартной терапии сохраняются через 1 месяц наблюдения.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ ЕГО НАЗНАЧЕНИИ В УЯЗВИМУЮ ФАЗУ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ХАЛИКОВА А.О., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность. Современным инновационным лечением пациентов сердечной недостаточности и СД 2 является применение ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (ИНГЛТ2).

Цель. Изучить краткосрочное влияние эмпаглифлозина на показатели внутрисердечной гемодинамики и биохимические параметры при его назначении в уязвимой фазе сердечной недостаточности

Материалы и методы. В исследование было включено 24 больных с СНнФВ, поступивших в фазе декомпенсации СН. Эмпаглифлозин назначался на 3-7-й день стационарного лечения (перевод из состояния декомпенсации в уязвимую фазу), наряду с оптимальной медикаментозной терапией, согласно рекомендациям. Оценивались биохимические параметры и показатели внутрисердечной гемодинамики: NT-proBNP, креатинин, с подсчетом СКФ и ЭхоКГ через 1 месяц после выписки.

Результаты. Анализируя показатели биохимических маркеров, было показано следующее: мозговой натрийуретический пептид (NT-proBNP)

снизился на 43% (с $8496,25 \pm 258,5$ pg/ml до $4822,5 \pm 120,74$ pg/ml ($P < 0,01$)). При этом, креатинин значительно уменьшился с $109,03 \pm 6,85$ мкмоль/л до $89,33 \pm 5,93$ мкмоль/л ($p < 0,01$), что логично отразилось в достоверном увеличении СКФ, высчитанная по формуле EPI до $84,25 \pm 9,90$ мл/мин/1.73м² ($P < 0,01$). Анализ внутрисердечной гемодинамики при проведении ЭхоКГ показал достоверные изменения большинства показателей после месячного лечения. Отмечено достоверное снижение КДО на 9% (исходно $277,53 \pm 47,77$ мл; после лечения $253,82 \pm 37,67$ мл); и КСО на 4% (исходно $206,18 \pm 32,14$ мл; после лечения $178 \pm 19,03$ мл); (все $P < 0,01$). Это отразилось в ожидаемом повышении ФВЛЖ на 15%, с $27,99 \pm 3,69\%$ до $32,39 \pm 3,91\%$ ($p < 0,01$). По другим линейным показателям достоверных отличий выявлено не было.

Выводы. Назначение эмпаглифлозина, дополнительно к стандартной терапии СН в уязвимой фазе сопровождается значимым снижением МНУП, повышением СКФ и сократительной способности миокарда, наблюдаемыми в течение 1 контрольного месяца.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ЦОЙ Л.Г., САБИРОВ И.С.

Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

Целью нашего исследования явилось изучение упруго-эластических свойств и показателей центральной гемодинамики у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза со сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы исследования. Всего обследовано 115 больных ХСН с ФВ менее 40%, которые в зависимости от возраста были разделены на подгруппы больных среднего и пожилого возрастов. Для оценки жесткости артерий был выбран метод контурного анализа пульсовой волны, регистрируемой фотоплетизмографически с помощью прибора «АнгиоСкан-01» (Россия).

Результаты. Средние значения индекса жесткости крупных артерий (SI) среди пожилых боль-

ных составили в среднем $14,3 \pm 2,4$ м/сек, что было существенно выше по сравнению с группой пациентов среднего возраста ($6,80 \pm 5,42$ м/с, $p < 0,05$) и свидетельствовало о более выраженных нарушениях упруго-эластических свойств аорты и магистральных артерий у первых. В то же время, у пожилых больных индекс резистивности (RI), связанный преимущественно с тонусом мелких резистивных артерий, оказался значимо ниже в сравнении с группой контроля ($36,8 \pm 14,1\%$ против $63,8 \pm 24,4\%$ соответственно, $p < 0,001$). Данное обстоятельство свидетельствовало о более низком тонусе артерий периферического русла у пожилых пациентов с ХСН в сравнении с больными среднего возраста.

Результаты исследования показателей жесткости артерий и центрального АД у больных с ХСН ишемического генеза приведены в таблице.

Показатели	КГ (n=29)	ОГ (n=86)	p
ЧП, уд/мин	72,0±3,8	67,9±11,7	нд
Alp%	- 1,60±6,4	42,3±5,5	<0,001
Alp75%	9,4±6,0	37,4±7,4	<0,01
SI, м/с	6,8±5,42	14,3±2,4	<0,001
RI, %	63,8±24,4	36,8±14,1	<0,001
Spa, мм рт.ст.	129,0±26	116±37	=0,05

Примечание: ЧП – частота пульса; Alp – индекс аугментации; Alp75 – индекс аугментации при

ЧСС 75 уд/мин; SI – фотоплетизмографический индекс жесткости; RI – индекс резистивности; Spa – систолическое давление в аорте; p – достоверность различий между группами, нд – различия недостоверны

Вывод. Больные пожилого возраста с КБС, осложненной ХСН со сниженной фракцией выброса, характеризуются повышенной жесткостью магистральных артерий с увеличением индекса аугментации и более низкими значениями центрального систолического артериального давления, что можно объяснить более выраженной тенденцией к снижению пропульсивной способности левого желудочка.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ЦОЙ Л.Г., САБИРОВ И.С.

Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

Целью нашего исследования явилось изучение эндотелиальной функции у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза со сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы исследования. Всего обследовано 115 пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС), осложненной ХСН с ФВ менее 40% в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст 69,5 ± 6,0 года), в том числе 54 мужчины и 61 женщина. Больные были разделены в зависимости от возраста на подгруппы пациентов пожилого возраста (n=86), (средний возраст 69,5±6,0 года) и среднего возраста (контрольная) (n=29), (средний возраст – 54,2±4,1 года). В исходном состоянии подгруппы пациентов различного возраста существенно не различались друг с другом по диаметру плечевой артерии, объемной скорости кровотока и систоло-диастолическому показателю (p>0,05). В ходе исследования эндотелий-зависимой (ЭЗВД) и эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНВД) оценивались диаметр плечевой артерии и скоростные показатели в доплеровском режиме.

Результаты приведены в таблице.

Показатели	КГ (n=29)	ОГ (n=86)	p
ДИСХ, см	0,42±0,05	0,43±0,06	нд
ДРГ, см	0,45±0,05	0,45±0,07	нд
ЭЗВД, %	7,1±4,0	4,7±3,1	<0,01
ЭНВД, %	15,8±6,1	13,2±3,6	<0,01
ВИСХ, м/с	0,8±0,16	0,64±0,14	<0,01

VRГ, м/с	1,4±0,38	1,28±0,35	нд
QICX, м ³ /с	8,41±3,12	8,66±3,14	нд
QPG, м ³ /с	21,9±10,1	22,3±8,9	нд
RIICX, ед	0,85±0,04	0,91±0,07	<0,01
RIPG, ед	0,62±0,07	0,70±0,11	<0,05
S/DICX, ед	6,3±1,8	6,7±2,1	нд
S/DPG, ед	2,5±0,6	2,9±0,8	<0,01

Примечание: ЭЗВД – эндотелий-зависимая вазодилатация; ЭНВД – эндотелий-независимая вазодилатация; D – диаметр плечевой артерии, V – пиковая систолическая скорость кровотока; Q – объемная скорость кровотока; RI – индекс резистивности; исх – исходные показатели, рг – показатели после пробы с реактивной гиперемией; p – достоверность различий между группами, нд – различия между группами недостоверны; * – достоверность различий внутри групп до и после пробы с реактивной гиперемией: * – p<0,01; ** – p<0,001.

Выводы. У больных КБС пожилого возраста при развитии сердечной недостаточности выявляются признаки эндотелиальной функции с угнетением вазодилатации не только на реактивную гиперемию, но и на эндотелий-независимые факторы (прием нитроглицерина), свидетельствуя о развитии выраженных морфологических изменений сосудов и повышении ригидности артериального русла.



НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

ГИПЕРТРОФИК КАРДИОМИОПАТИЯ ТАШХИСИ ҚО'ЙЛГАН БЕМОРЛАРДА КОНСЕРВАТИВ ТЕРАПИЯ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ БАХОЛАШ

RASULOVA N.Z., ABDULLAYEV T.A., TSOY I.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Maqsad: obstruktiv bo'lmagan GKMP tashxisi qo'yilgan bemorlarda konservativ terapiya fonida yashovchanlikni, instrumental va klinik ma'lumotlarni dinamikada baholash

Material va usullar: Tekshiruvda 19 yoshdan 72 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yosh 64,2±13,4 yosh) bo'lgan 30 nafar bemor qatnashdi. Erkaklar barcha bemorlarning 61% ini (n=22), ayollar 39% ini (n=14) tashkil etdi. GKMP tashxisi ExoKG (qorinchalararo to'siq gipertrofiyasi) ma'lumotlari asosida qo'yildi. Tekshiruvda ExoKG ko'rsatkichlari, funksional tekshiruvlar va hayot sifati baholandi. Kuzatuv davri 2 yilni tashkil etdi.

Tekshiruv natijalari: 2 yillik kuzatuvlar natijasida qorinchalararo to'siq 12,9% ga (21,27±6,12 mm dan 24,02±6,7 mm gacha) qalinlashdi. Chap qorincha orqa devori 12,2% ga (12,77±3, 25 mm dan 14,34±4,79 mm gacha) qalinlashdi. Chap qorincha miokard massasi

esa 362,98±146,3 gr dan 385,5 ±139,3 gr gacha oshdi. Ushbu o'zgarishlar chap qorincha chiqish traktidagi o'rtacha bosim gradientini 17% ga (25,31±18,3 mm.sim.ust.dan 29,65±19,03 mm.sim.ust.gacha) oshishiga sabab bo'ldi (eng baland gradient 80 mm.sim.ust. ni tashkil qildi). Chap qorincha otish fraksiyasi 4,2% ga (64,19±13,4% dan 61,5±16,36% gacha) pasayishi kuzatildi. ExoKG ning salbiy natijalariga qaramasdan 6 minutlik yurish testi o'zgarishsiz qoldi- 255,52±55,8 m. Ikki yillik kuzatuv davomida 3 holatda (8,3%) yurak-qon tomir kasalligi sababli o'lim qayd etildi. 2 nafar bemorga (5,56%) to'liq AV qamal sababli elektrokardiostimulyator o'rnatildi.

Xulosa: Ikki yillik kuzatuvlar natijasida ExoKG da salbiy dinamika kuzatildi, shu bilan bir qatorda kasallik sababli o'lim xavfi va EKS implantatsiyasi zarurati yuqoriligini ko'rsatdi.

ГИПЕРТРОФИК КАРДИОМИОПАТИЯ ТАШХИСИ ҚЎЙЛГАН БЕМОРЛАРДА ЎТКАЗИЛГАН МОРОУ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ЮРАК АНТИРЕМОДЕЛЛАНИШИДА САМАРАДОРЛИГИ

RASULOVA N.Z., ABDULLAYEV T.A., TSOY I.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy- amaliy tibbiyot markazi

Maqsad: Morrou operatsiyasi amalga oshirilgan GKMP bemorlarda yurak ichi struktur uzgariشلari va gemodinamik kўrsatkichlarini baholash.

Material va usullar: Tekshiruvda 19 nafar Morrou bўyicha mioektomia amaliyoti amalga oshirilgan bemorlar qatnashdi. Bemorlarning ўrtacha ёши 41,79 ±16,1 (16 ёшдан 63 ёшгача) ёшни ташкил этди. Операциягача бўлган даврда барча беморларда одатда жисмоний юклама, кескин турганда ёки олдинга эгилганда МАС белгилари – синкопэ эпизодлари кузатилган. Бундан ташқари 94,74% беморда ҳансираш, 52,63% беморда тез чарчаш, ҳолсизлик, 42,1% беморда

кўкрак қафасида оғриқ, 84,21% беморда юрак уриб кетиши, 78,95% беморда бош айланиши кузатилган. Бўлмачалар фибрилляцияси 1 нафар беморда (5,26%) қайд этилган, қолган беморларда синус ритм қайд этилди. Бўлмачалараро тўсиқ қалинлиги 23,1± 5,68 мм (13,2 мм дан 37 мм гача)ни ташкил қилди. Ўртача градиент босими 66,89± 42,3 мм.сим.уст. Операциягача чап қоринча ўлчами 52,21 ±11,56 мм, чап қоринча миокарди массаси – 359,45± 104,88 гр, чап қоринча ОФ-60,95 ± 9,89% ни ташкил этди.

Тадқиқот натижалари: Операциядан сўнгра ҳеч қайси беморда МАС-синдроми кузатилмади. Интраоракал ЭхоКГ да қоринчалараро тўсиқ

қалинлиги 28,3% га камайди ($16,56 \pm 3,18$ мм). Шу билан бирга чап қоринча миокарди массаси ҳам 11,5% га камайди. Чап қоринча чиқиш трактидаги босим $66,89 \pm 42,3$ мм.сим.уст.дан $24,61 \pm 13,21$ гача пасайди. Чап қоринча ўлчамлари $52,12 \pm 12,1$ мм ни ташкил этди. Чап қоринча ОФ деярли ўзгаришсиз – $58,97 \pm 6,46\%$ ни ташкил этди.

Хулоса. Кенгайтирилган миоэктомия амалиётини обструктив ГКМП бор беморларда амал-

га ошириш хавфсиз ва самарали эканлигини кўрсатди. Операциядан кейинги даврда госпитал летал ҳолат кузатилмади. Беморлардаги мавжуд ёндош кардиал патологияларни коррекция қилиш операциядан кейинги даврга таъсир қилмади. Беморларнинг функционал ҳолати яхшиланди, чап қоринча чиқиш тракти обструкцияси рецидивланмади, шунингдек, юракнинг ремоделланишуви ижобий тарафга ўзгарганини кўрсатди.

ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИПАТИЯДА ЮРАК АРИТМИЯЛАРИ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИ

ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К., АБДУЛЛАЕВ Т.А., МИРЗАРАХИМОВА С.Т., ЦОЙ И.А.,

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Тошкент, Ўзбекистан*

Мақсад: Перипартал кардиомиопатияга чалинган беморларда дастлабки электрокардиографик ва стукалик ЭКГ мониторинги натижаларига асосланиб, юрак аритмиялар учраш частотасини баҳолаш.

Маълумот: Перипартал кардиомиопатияга чалинган беморларда юрак аритмиялари ва уларнинг прогностик аҳамияти ҳақида жуда кам маълумотлар мавжуд. Биз перипартал кардиомиопатияга чалинган беморларда юрак аритмияларини тарқалиш частотасини тавсифлашга ҳаракат қилдик.

Материал ва метод: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт марказининг юрак етишмовчилиги ва миокарднинг но-короноген касалликлари илмий лабораториясида 2016- 2022 йилларда рўйхатга олинган, ўртача ёш $28,2 \pm 0,8$ бўлган, 104 нафар перипартал кардиомиопатияга чалинган беморларнинг дастлабки электрокардиографик, суткалик ЭКГ мониторинги текширилди ва натижалар баҳоланди.

Натижалар: ПКМП га чалинган беморларда суткалик ЭКГ мониторинги натижасига кўра қоринчалар усти ва қоринчалар аритмиялари учради. Қоринчалар усти аритмияларидан бўлмачалар фибрилляцияси 6 (5,8%) та ҳолатда кузатилди. Шундан 4 таси бўлмачалар фибрилляцияси пароксизмал тури, 2 таси бўлмачалар

фибрилляцияси доимий тури. Битта ҳолатда қоринчалар усти пароксизмал тахикардияси кузатилди. Қоринчалар экстрасистолиялари 81 (78%) та ҳолатда учради. Шундан Лаун бўйича юқори градиацияли қоринчалар экстрасистолияси 44 (42%) та беморда, 38 (36,5%) та III градиация, 44 (42%) та жуфт ва 19 (18%) та гурухли қоринчалар экстрасистолияри кузатилди. Қоринчалар тахикардияси 10 (10%) та ҳолатда кузатилган. Битта ҳолатда қоринчалар тахикардияси дефибрилятор ёрдамида тикланди.

Тадқиқотимиз натижаларига кўра перипартал кардиомиопатия билан оғриган беморларда энг кўп учрайдиган ўтказувчанлик бузилиши Гис тутами чап оёқчаси тўлиқ қамали 27 (26%) эканлиги қайд этилди, Гис тутами ўнг оёқчаси тўлиқ қамалидан 9 (9%) уч баробар кўпроқ қайд этилди ($p > 0,003$).

Юрак ўтказувчанлигининг бузилишидан атрио-вентрикуляр қамали 1- даражаси 17 (16%) ҳолатда қайд этилган, транзитор атрио-вентрикуляр қамал кам учраган, фақат (4%) ҳолатда кузатилган.

Хулоса: ПКМП беморларда юрак аритмиялари кенг тарқалганини кўриш мумкин. Энг кенг тарқалган аритмия бу қоринчалар экстрасистолияси бўлиб деярли 42% дан ортиқ қисмида юқори даражали ҳаёт учун хавфли кўринишида намоён бўлади.

ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИПАТИЯДА ЧАП ҚОРИНЧА ГЕМОДИНИМИК ПАРАМЕТРЛАРИНИ АРИТМИЯЛАР УЧРАШ ЧАСТОТАСИ БИЛАН ЎЗОРО БОҒЛИҚЛИГИ БАҲОЛАШ

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

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Тошкент, Ўзбекистан*

Мавзунинг долзарблиги: Перипартал кардиомиопатия хомилдорликнинг охириги триместрида ёки туғруқдан кейин бир неча ой ичида ривожла-

надиган кам учрайдиган, аммо ҳаёт учун хавфли миокарднинг но-короноген касаллигидир.



Касалалик чап қоринча отиш фракцияси 45% дан паст бўлган клиник ахамиятга эга юрак етишмовчилиги билан давом этади. Кам холларда юрак ритми ва ўтказувчанлининг бузилиши билан боғлиқ бўлган тўсатдан аритмик ўлими ривожланиши мумкин. Шу билан бирга, перипартал кардиомиопатия билан оғриган беморларда юрак аритмиялари, шунингдек уларни юрак ремодилланиш хусусиятлари билан ўзаро боғлиқлиги етарлича ўрганилмаган.

Мақсад: Перипартал кардиомиопатияда чап қоринча гемодинамик параметрларини аритмиялар учраш частотаси билан ўзаро боғлиқлиги баҳолаш.

Материал ва методлари: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт марказининг юрак етишмовчилиги ва миокарднинг ноқоронноген касалликлари илмий лабораториясида 2016- 2022 йилларда рўйхатга олинган, ўртача ёш $28,2 \pm 0,8$ бўлган, 104 нафар перипартал кардиомиопатияга чалинган беморларнинг дастлабки электрокардиографик, эхокардиографик, суткалик ЭКГ мониторингги текширилди ва натижалар баҳоланди.

Биз дастлабки чап қоринча эхокардиография текширув натижаларига асосланиб, беморларни 2 гуруҳга бўлдик. 1- гуруҳ чап қоринча отиш фракцияси 35% дан кам бўлган беморлар ва 2- гуруҳ чап қоринча отиш фракцияси 36-45% бўлган беморлар.

Натижалар: Таъкидланганидек, тадқиқотнинг мақсади перипартал кардиомиопатия билан оғриган беморларда аритмияларининг юрак ремодилланиши билан ўзаро боғлиқлигини ўрганиш эди. Таҳлил беморларнинг 2 гуруҳида ўтказилди:

биринчиси ЧҚОФ 35% дан ошмаган, иккинчиси эса ЧҚОФ 36-45% эди. Таққосланган гуруҳларда чап қоринча дилатацияси иккала гуруҳда ҳам қайд этилди, ЧҚ ОДХ биринчи гуруҳ иккинчи гуруҳдан 10% га юқори ($66,15 \pm 6,56$ мм и $60,6 \pm 8,54$ мм), ЧҚ ОСХ 12% юқори ($55,72 \pm 6,63$ и $49,05 \pm 5,24$).

Суткалик ЭКГ натижаларини ўрганишда қоринчалар аритмиясининг частотаси ва табиати билан чап қоринча инотроп функцияси ўртасида боғлиқлик аниқланди. Хусусан ЧҚ ОФ 35% дан кам бўлган беморларда Лаун бўйича юқори градиацияли қоринчалар экстрасистолияси 2- гуруҳга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ қайд этилди. Лаун бўйича III синф 1- гуруҳда 40%, 2- гуруҳда 32% ни ташкил этди ($p > 0,459$), $x_2 - 0,55$). Жуфт қоринчалар экстрасистолияси 1- ва 2- гуруҳларда мос равишда 43% ва 41% холларда қайд этилди ($p > 0,854$), $x_2 - 2,49$). Гуруҳли қоринчалар экстрасистолияси 1- гуруҳда 20% ни ташкил этган бўлса, 2- гуруҳда 15% холларда қайд этилди ($p > 0,474$), $x_2 - 0,51$). Хаёт учун хавфли қоринчалар аритмияларидан бири бўлган қисқа эпизодли қоринчалар тахикардияси 1- гуруҳ беморларда 30% холларда, 2- гуруҳда 15% холларда кузатилди ($p > 0,77$), $x_2 - 0,08$). Шуни таъкидлаш керакки ЧҚ ОФ 35% дан кам бўлган битта беморда қоринчалар тахикардиясини электр кардиоверцияси билан тикланди.

Хулоса: Перипартал кардиомиопатияда аритмияларнинг частотаси ва табиати юрак гемодинамикаси параметрлари ўртасидаги боғлиқликни ўрганишда, бошланғич ЧҚОФ 35% дан паст бўлган беморлар гуруҳида Лаун бўйича юқори градиацияли қоринча аритмиялари ЧҚОФ 36-45% бўлган беморлар гуруҳига нисбатан кўпроқ қайд этилди.



МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ASSESSMENT OF ENDOTHELIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19

ALYAVI A.L., UBAYDULLAEV SH.A.

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

Background: Covid-19 has changed the world and resulted in pandemic. Covid-19 may damage every part of the organism including cardiovascular system. Even though, several studies have demonstrated negative effect of Covid-19 on cardiovascular system and heart, however there are lack of evidence of the impairments of endothelial dysfunction in patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus after Covid-19. Aim of the study was to evaluate endothelial function in patients with coronary artery disease (CAD) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) who underwent Covid-19.

Material and Methods: 65 patients with CAD and type 2 diabetes mellitus after coronavirus infection (Group I) and 65 patients with coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus without any history of Covid-19 (Group II) were enrolled in this study. Group I patients aged 45-73 years, mean age 62.4±12.9 years; male=48% and Group II patients aged 41-76 years, mean age 63.2±14.0 years; male=46%. Endothelial function was assessed by flow-mediated vasodilation of brachial artery (FMD). All statistical analysis were performed by SPSS 26.0 software (IBM, USA).

Results: Flow-mediated vasodilation of brachial artery was significantly decreased in patients with

coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus after Covid-19 than those patients without Covid-19 ($P<0.05$). There were a correlation between Covid-19 and reduced FMD in Group I ($r=0.7$, CI 95%, $P<0.05$). When we assessed systolic function of the left ventricle, there were a positive correlation between reduced FMD and low ejection fraction ($r=0.6$, CI 95%, $P<0.05$), however this correlation were more pronounced in Group I. Multivariate analysis revealed that reduced flow-mediated vasodilation of brachial artery was independent predictor of poor systolic function of patients with CAD and type 2 diabetes mellitus especially in those after Covid-19 (odds ratio [OR] 1.52, $P = .026$). When we separately analyzed between men and women there were not any statistical significant changes between male and female.

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

ASSESSMENT BIOCHEMICAL PARAMETERS OF BLOOD IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19

ALYAVI A.L., UBAYDULLAEV SH.A.

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

Background: Covid-19 has emerged in 2020 and spread all around the globe causing to pandemic. Every country has announced emergency and

started to combat to this deadly disease. The virus can damage every part of the organ and can cause unprecedented changes in tissues and organs. There



are number of studies demonstrating the negative consequence of Covid-19 in healthy persons leading to different changes in different organisms. Though several studies have demonstrated blood biochemical parameters changes in patients' coronary artery disease (CAD) or in type 2 diabetes mellitus (T2DM) after Covid-19, no one showed biochemical changes in patients with CAD and T2DM after Covid-19. Purpose of the study was to evaluate biochemical parameters in patients with CAD and T2DM after Covid-19.

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

Results: There were significant changes between groups in terms of blood sugar level (11.2 ± 4.3 mmol/L

vs. 9.1 ± 3.9 mmol/L, $P < 0.05$), glycated hemoglobin ($8.4 \pm 3.4\%$ vs. $7.2 \pm 2.9\%$, $P < 0.05$) and creatinine level (121.2 ± 23.5 mmol/L vs. 108.5 ± 20.5 mmol/L, $P < 0.05$) in two groups but not area level between groups ($P > 0.05$). Regarding the liver enzymes, alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST) were higher in Group I than Group II (41.0 ± 16.4 vs. 26.4 ± 8.0 Unit/L, $P < 0.05$ for ALT and 43.8 ± 14.5 unit/L vs. 23.8 ± 6.5 unit/L, $P < 0.05$ for AST). When we analyzed lipid spectrum, there were not any statistically significant changes between groups in terms of total cholesterol, triglycerides, high-density lipoprotein cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol and very low-density lipoprotein cholesterol ($P > 0.05$). When we separately analyzed by gender, there were not observed any significant changes between male and female patients in both groups ($P > 0.05$).

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

OBESITY AS A PREDICTOR FOR SEVERE COURSE OF DISEASE IN COVID-19 IN CARDIOVASCULAR DISEASE

MUKHAMEDOVA M.G., NOSIROVA G.A.

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

Background: SARS-CoV-2 is a kind of coronavirus family belongs to the Coronaviridae, is what leads to COVID-19. Patients with coronavirus are known to spread the virus from via direct and indirect contact due to current knowledge. Covid-19 has spread quickly and has become a pandemic all over the world. Obesity is another pandemic of the 21st century and one of the most serious disorders, leading to early disorder and increased mortality in the population. Purpose of the study was to evaluate possible influence of obesity in patients with cardiovascular disease and Covid-19.

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

Results: In the whole cohort, 112 out of 365 (30.68%) patients had obesity. All-cause mortality in 30 days was 11 (3.0%). Mortality in patients without obesity was 2 (0.7%) whereas this rate in obese patients were significantly higher and was 9 (8.0%) ($p < 0.001$). There was a significant association between obesity and all-cause mortality in 30 days due to COVID-19, $\chi^2(1) = 196.742$, $p < 0.001$. During the course of COVID-19 disease, 72 out of 365 patients (19.7%) were required at least one day hospitalization in hospital unit. Patients with obesity had the highest hospitalization rate with 48 out of 112 (42.8%) than those without obesity with 25 out of 253 (9.8%), $\chi^2(1) = 815.652$, $p < 0.001$. After adjusting all confounders, unavailable and multivariable logistic regression analysis revealed that obesity significantly increased odds of all-cause mortality in patients with cardiovascular disease in 30 days (OR = 4.14, 95%CI [1.52–8.18], $p < 0.001$).

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

FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL HEMODYNAMIC INDEXES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE TWO DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19

UBAYDULLAEV SH.A., ALYAVI A.L.

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

Background: Covid-19 has been emerged in China and spread all over the world resulting in pandemic. Humanity have been combating both with Covid-19 and with its consequences simultaneously as the virus could damage not only upper respiratory system or lungs but also all organs and systems including cardiovascular system. Aim of the study was to evaluate functional state of the central hemodynamic indexes in patients with coronary artery disease (CAD) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) who underwent Covid-19.

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

Results: There were not statistically significant changes between groups in terms of left atrium size, opening of the aortic valve and size of root of aorta ($P>0.05$). However, when we compared end-diastolic

size of the left ventricle, Group I tended to have greater level of this index than Group II (56.28 ± 22.0 mm vs. 45.18 ± 20.5 mm, $P < 0.001$). When it comes to end-systolic size of the left ventricle, there were statistically significant changes between groups and Groups I had greater level of this index than Group II (42.15 ± 16.2 mm vs. 35.58 ± 15.5 mm, $P < 0.01$). As far as the end-diastolic volume is concerned, Group I had greater size than Group II (185.25 ± 42.0 ml vs. 127.68 ± 34.0 ml, $P < 0.001$). When we analyzed ejection fraction, patients with CAD and T2DM after Covid tended to have lower level of this parameter than those without Covid-19 ($48.2\pm 8.7\%$ vs. $52.9\pm 9.6\%$, $P < 0.05$). When we analyzed inter septal thickness and posterior wall thickness, there were not statistically significant changes ($P > 0.05$). When we analyzed men and women separately, there were not any significant changes between sex.

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

COVID-19 BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA XAVOTIRLI-DEPRESSIV BUZILISHLAR RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI

YARMUXAMEDOVA D.Z., NURITDINOVA N.B., ABDIXAMIDOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi. COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda xavotirli-depressiv buzilishlarning rivojlanishini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Turli darajada og'irlikdagi COVID-19 ni o'tkazgan bemorlarda tadqiqot o'tkazildi (04.04.2021 dan 10.05.2021 gacha). 144 bemor tekshirildi: 85 ayol, 59 erkak (mos ravishda 59% va 41%). Xavotirli-depressiya darajalari Beck xavotirli shkalasi bo'yicha baholandi.

Tadqiqot natijalari. COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda depressiya belgilarining umumiy chastotasi 45,8% ni tashkil etib, ulardan 21,5% engil depressiya belgilari, 20,1% o'rtacha og'irlik va 4,1% og'ir depressiya belgilari aniqlandi. Tekshirilganlarning 54,2 foizida

depressiya belgilari kuzatilmadi. Ayollarda depressiya belgilari erkaklarnikiga qaraganda tez-tez uchradi (mos ravishda 54 va 44%). Yengil depressiya belgilari erkaklarda ayollarga qaraganda bir oz ko'proq uchradi (mos ravishda 21,1% va 27,1%). Shu bilan birga, og'ir depressiya belgilari ayollarda erkaklarnikiga qaraganda sezilarli darajada tez-tez uchradi (mos ravishda 10,5% va 5,08%). Tekshiruvdan o'tganlar orasida depressiya belgilarining yengil COVID-19 (68%) bilan og'rigan bemorlar guruhida, shuningdek, o'rtacha COVID-19 (36%) bilan og'rigan bemorlarda ushramaganligi koronavirus infeksiyasining og'ir kechishi bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan (11%) sezilarli darajada qayd etilgan ($p < 0,001$). Shu bilan birga, yengil COVID-19 bi-



lan og'rigan bemorlarda og'ir depressiya belgilari yo'q edi va o'rtacha darajadagi depressiya belgilari yengil COVID-19 (68%) bilan tekshirilganlarga qaraganda kamroq (3,4%) ushradi. Shu bilan birga, bemorlarda o'rtacha og'irlikdagi depressiv alomatlar ko'proq uchradi (31%). Og'ir depressiya sindromi (4,8%) bo'lgan bemorlar ham ushradi. COVID-19 ni o'tkazgan bemorlar orasida o'rtacha va og'ir darajadagi xavotirlanishning umumiy chastotasi 66%, shu jumladan o'rtacha xavotirlanish 39%, og'ir darajadagilar esa 25% tashkil etdi. So'rovnomada qatnashganlarning 30 foizida xavotirli buzilishlar darajasi past darajada bo'lgan. Ayollar orasida potentsial xavfli xavotirli buzilishlar darajasining tarqalishi erkaklarnikiga qaraganda ancha yuqori (mos ravishda 30% va 16%).

Xulosa. Olingan natijajargaga asoslanib, xavotirli-depressiv buzilishlarning omillariga quyidagilar kiradi: ayol jinsi, COVID-19ning og'ir kechishi, yosh (depressiv sindrom), tibbiy yordam ko'rsatish uchun ambulator sharoit (xavotirli sindromi). Shuni ham ta'kidlash joizki, ambulatoriya sharoitida davolangan bemorlarda, koronavirus infeksiyasining yengil kechishiga qaramay, statsionar davolangan bemorlarga qaraganda xavotirlanish darajasi yuqori bo'lgan. Ambulatoriya sharoitida davolanish bemorlar hayolida ularning sog'lig'i ustidan tibbiy xodimlar tomonidan nazoratning yo'qligi tuyg'usini keltirib chiqarishi mumkin, bu esa xavotirli buzilishlarni kuchayishiga olib keldi.

РАННИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ ДОКСОРУБИЦИНОМ

Т.А. АБДУЛЛАЕВ, З.Х. АЛИЕВА, И.А. ЦОЙ, Х.Г. ФОЗИЛОВ

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

Введение (цели/ задачи). Изучение кардиотоксического влияния химиотерапии по схемам CMF, AC, FAC, VATN у больных раком молочной железы (PMЖ).

Материал и методы. В исследование включено 26 пациенток с достоверно диагностированным раком молочной железы. Средний возраст пациенток составил $58,16 \pm 14,45$ года. Всем пациенткам была назначена химиотерапия доксорубицином в дозе 60 мг. Всем пациентам до начала каждого курса химиотерапии были проведены электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, а также определялся N-терминальный мозговой натрийуретический пропептид (НУП). До начала химиотерапии у обследуемых пациентов симптомов СН выявлено не было. У 14 больных был выявлен сопутствующий ИБС и ГБ, у 4 пациенток ИБС, ГБ и сахарный диабет (СД) типа 2. В I группу вошло 8 пациенток с PMЖ без сопутствующих заболеваний, во II груп-

пу вошло 14 пациенток с PMЖ и ИБС, ГБ, и в III группу вошло 4 пациентки с ИБС, ГБ и СД 2 типа. Химиотерапия доксорубицином проводилась по стандартной схеме с интервалами в 21 день.

Результаты. Было показано, что кардиотоксические изменения были выражены у больных PMЖ с сопутствующими заболеваниями сердца и СД 2 типа. В I группе не было выявлено кардиотоксических изменений ни у одного из пациентов (0%), во II группе у 6 пациентов (57%) отмечалось снижение фракции выброса ниже 50% и увеличение МНУП выше нормальных значений. В III группе у 3 больных отмечались снижение ФВ менее 40% и частые желудочковые экстрасистолы (75%).

Заключение. Предварительный итог показал, что кардиотоксические осложнения у больных PMЖ более выражены при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно коморбидные с СД 2 типа.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ВЫПОЛНЕННАЯ В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ЯКУББЕКОВ Н.Т.

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

Цель. Провести оценку качества жизни больных, перенесших коронарное шунтирование и имевших в анамнезе перенесенный COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 48 больных, перенесших коронарное шунтирование (от 2-х до 4-х шунтов) и имевших в анамнезе пере-

несенный COVID-19. Все пациенты получали общепринятую базисную терапию, включавшую, ацетилсалициловую кислоту (АСК), клопидогрел, бета-адреноблокатор бисопролол 2,5-5 мг/сут, ингибитор АПФ, розувастатин 20 мг/сут. Для оценки качества жизни применялся опросник SF-36. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале.

Результаты. Практически по всем шкалам, за исключением социального функционирования, параметры у пациентов, имевших в анамнезе перенесенную коронавирусную инфекцию и операцию аортокоронарного шунтирования набирают балл «на троечку». При более подробном разборе можно отметить $59,4 \pm 22,8$ балла по шкале физическое функционирование (Physical Functioning – PF). Показатели немногим выше среднего свидетельствуют о том, что физическая активность пациента довольно значительно ограничивается состоянием его здоровья. Сходные данные дает и шкала, направленная на оценку влияния физического состояния пациента на повседневную ролевую деятельность: работу, выполнение повседневных обязанностей (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием). Средний балл по этой шкале составил $50 \pm 41,9$, что указывает на то, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. Можно сказать, что интенсивность боли не особенно ограничивает активность больного: $61 \pm 22,1$ балла. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – $51,3 \pm 10$ оценка больным

своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья. Жизненная активность (Vitality – VT) – $55,9 \pm 9,2$ подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – $72 \pm 20,6$ определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение), а ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RoleEmotional – RE) – $50,5 \pm 42,6$, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. Психическое здоровье (Mental Health – MH) – $49,5 \pm 6,1$ характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Выводы. Резюмируя полученные данные, можно сказать, что перенесенная коронавирусная инфекция, в сочетании с перенесенным оперативным вмешательством, позволяют оценить общее физическое благополучие пациентов на $42,3 \pm 9,1$ балла из 100, а общее душевное благополучие на $41,6 \pm 4,5$ балла из 100. Вероятно, в данном случае требуется совместная работа психологов и реабилитологов для улучшения качества жизни у данной категории больных

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АЛИЕВА З.Х., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

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

Цель исследования. Оценить кардиотоксичность химиотерапии в комплексном лечении рака молочной железы.

Материалы и методы. Нами обследовано 26 женщин, обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, средний возраст которых составил $58,16 \pm 14,45$ года. Все больные страдали раком молочной железы, получали адьювантную и неoadьювантную химиотерапию.

Клиническое обследование включало осмотр пациента, оценку общего клинического состояния, тщательно выявлялись симптомы и признаки сердечной недостаточности (СН). Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Российскими рекомендациями Общества специалистов по сердечной недостаточности (2006). Функциональный класс (ФК) ХСН определяли по критериям NYHA. Стандартную ЭхоКГ проводили всем пациентам на аппарате Phillips clearVue 350, также исследованы N-терминальный мозговой натрийуретический



пропептид. До начала химиотерапии у обследуемых пациентов симптомов СН выявлено не было. Сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца (1,4; 1,2 – 1,8; ДИ 95%; $P < 0,05$) и сахарный диабет (1,3; 1,1 – 1,6; ДИ 95%; $P < 0,05$) – были тесно связаны с ухудшением систолической функции сердца.

Результаты. На исходном этапе у 5 (19,2%) пациентов данные ТШХ соответствовали ФК II NYHA, у оставшихся 21 (80,7%) пациентов ФК III NYHA. Средняя ЧСС при осмотре составила $91 \pm 10,6$ ударов в минуту, среднее систолическое АД $110 \pm 8,5$ мм.рт.ст., диастолическое АД $72 \pm 7,2$ мм.рт.ст. Анализ показателей ЭхоКГ показал дилатацию полостей сердца с выраженным снижением систолической функции левого желудочка. Так, в среднем показатели конечно-диастолического размера (КДР) составили $55,41 \pm 6,24$ мм, конечно-систолического размера (КСР) $44,65 \pm 9,18$ мм, конечно-диастолического объема $148,18 \pm 35,54$ мл, конечно-систолического объема $95,38 \pm 41,55$ мл, ФВ

в среднем по группе составила $52,13 \pm 16,64\%$. У 15 (57,7%) больных размеры ЛП превышали нормативные значения на 12–15%. В отношении толщины стенок отклонения от нормативных значений не наблюдалось. У всех больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). У 18 женщин отмечено повышение уровня NT-proBNP в среднем до $771,11 \pm 596,76$, что коррелировало с результатами ЭхоКГ.

Заключение. Согласно предварительным данным, из 26 обратившихся в поликлинику РСНПМЦК, получавших химиотерапию, ХСН высоких классов выявлена в 82,7% случаев, что подтверждается как клинически, так с помощью ЭхоКГ, и значительным увеличением маркера NT-proBNP. Как показало исследование, N-мозговой натрийуретический пропептид – более ранний и чувствительный маркер кардиотоксичности, в совокупности с инструментальными методами обследования позволяет прогнозировать развития ХСН.

СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН И ПЕРЕНЕСЕННЫЙ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ: ДВУХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

АЛИМОВА Д.А.¹, МУХТАРОВА Ш.Ш.², ТРИГУЛОВА Р.Х.¹, ИКРАМОВ А.А.³, ИСМАИЛОВ С.И.²,
РАСУЛОВА Ш.Х.², ИЛЁСОВА С.Ш.², ДЖАМАЛДИНОВА Д.Ш.²

¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

³Институт математики им. Романовского АН РУз

Введение. В настоящее время терапия ингибиторами дипептидилпептидазы-4 является нейтральной в отношении неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, однако вопросы выживаемости у пациентов, перенесших COVID-19, остаются открытыми.

Цель. Ретроспективный анализ эффективности ситаглиптин/метформина (С/М) у пациентов с ИБС и СД2 на фоне перенесенного COVID 19.

Материал и методы. В исследование включено 55 пациентов, находящихся под наблюдением в течение 2 лет с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте $61,4 \pm 5,5$ года. Больные распределены на две группы: 1 группа – COVID +, n-10; 2 группа – COVID -, n-45. Перенесенный ОИМ в анамнезе, ЧКВ, курение в 1/2 группах составили n-7/18 ($t=1,883$; $p=0,170$); n-5/18 ($t=0,051$; $p=0,822$); n-2/11 ($t=0,013$; $p=0,911$), длительность СД 2 – $8,1 \pm 2,3$ года. У пациентов в динамике контролировали липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпрандиальную (ППГ), HbA1c, pСКФ, NT pro BNP, параметры ЭхоКГ, вес тела, САД и ДАД. Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы

РААС, статины, С/М в дозировке $61,7/1191$ мг/сутки. Длительность наблюдения 1,5 года.

Результаты. При исходном межгрупповом уровне (1/2 группа) HbA1c $8,9 \pm 2\%$ и $9,1 \pm 2,2\%$ выраженность снижения была ниже в 1 группе $\Delta - 0,9 \pm 0,4\%$ ($p=0,1$), против 2 $\Delta + 0,7 \pm 0,6\%$ ($p=0,28$). За период приема С/М снижение ГН у пациентов 1 группы составило $\Delta (-) 0,9 \pm 0,5$ ммл/л, у больных 2 группы $\Delta (-) 0,07 \pm 0,01$ ммл/л ($p=0,05$). Выраженность снижения ППГ была незначимой. Т.е. межгрупповых различий не наблюдалось как до, так и за время наблюдения. На фоне комбинированной терапии С/М отмечалось повышение уровня витамина Д в 1 $\Delta 6,9 \pm 0,5$ нг/мл ($p=0,03$) и во 2 группах $\Delta 7,4 \pm 1,1$ нг/мл ($p=0,003$). Параметры NT pro BNP в 1 группе снизились к концу наблюдения на $\Delta - 321,5 \pm 64,2$ пг/мл ($t=2,145$; $p=0,06$), 2 группе $\Delta - 119,5 \pm 62,4$ пг/мл ($t=0,634$; $p=0,43$). По исходным данным параметры фракции выброса (ФВ) в 1 – $59,6 \pm 5,4\%$ и 2 группы – $58,9 \pm 6,9\%$ ($p=0,76$) были одинаковыми, и эта же тенденция сохранялась за весь период наблюдения на фоне терапии $57,7 \pm 5,5\%$ и $58,3 \pm 7,1\%$ соответственно. Прослеживаются различия по исходу в 1/2 группах пока-

зателя А $70,7 \pm 10,2/82,1 \pm 9,66$ м/с ($t=2,423$; $p=0,04$), который в процессе наблюдения у пациентов 1 группы увеличивается $76,3 \pm 7,9$ м/с ($p=0,19$), а во 2 несколько снижается $80,7 \pm 12,2$ м/с ($p=0,28$), статистически незначимо. Выраженность снижения ХСЛПНП в 1 и 2 группах составила $\Delta - 18,4 \pm 17,3$ ($p=0,06$) мг/дл и $\Delta - 11,4 \pm 4,5$ мг/дл ($p=0,01$) соответственно.

Вывод. Выявлены межгрупповые различия по частоте курения. Антигипергликемический эффект одинаково выражен в обеих группах. Прием С/М не сопровождался негативным влиянием на параметры NT pro BNP и ФВ, и при этом проявляя позитивное действие на пик позднего диастолического наполнения ЛЖ. Терапия С/М переносится хорошо в период болезни COVID 19.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РИСКА РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

АЧИЛОВ Ф.К., ХАШИМОВ А.А., АБДУКАДИРОВА Н.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан

Актуальность. Коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19) вызвало глобальную пандемию, захватившую в свои «железные тиски» жителей всей планеты. В ранних отчетах из Китая сообщалось, что общая частота нарушений ритма сердца у пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, составляет 17% с преобладанием среди пораженных лиц пожилого и старческого возраста. По данным метаанализа пилотных исследований, более высокая частота аритмий (44%) наблюдалась у пациентов с COVID-19, госпитализированных в отделение интенсивной терапии. Однако типы и характер бремени аритмий в этой популяции до конца не изучены. Анализ исследований показывает, что полученные данные свидетельствуют о том, что инфекция SARS-CoV-2 и вторичное повреждение миокарда несомненно могут увеличить риск аритмии.

Целью данного исследования была оценка риска развития аритмий, включая фибрилляцию предсердий, брадиаритмию и неустойчивую желудочковую тахикардию, среди пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19. Также была проведена оценка корреляции между возникновением аритмий и острой госпитальной летальностью.

Материалы и методы. В исследовании анализировалась медицинская документация (амбулаторные карты, стационарные эпикризы) 102 пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19, у которых была подтверждена инфекция SARS-CoV-2 с помощью анализа проб, взятых из носоглотки с помощью полимеразной цепной реакции. Анализировались показатели жизненно важных функций, лабораторные анализы и применяемые в период госпитализации противовирусные препараты, исходы терапии. Коморбидные состояния включали в себя ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда, хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипертензию, наличие в анамнезе фибрилляции предсердий, сахарного

диабета, обструктивного апноэ во сне, хронической обструктивной болезни легких, болезни печени и хронической болезни почек. У исследуемых пациентов оценивали температуру тела, сатурацию кислорода и индекс массы тела. Оценивались общеклинические данные воспаления (лейкоцитоз, нейтрофиллез, повышение СОЭ, тромбоцитопения и др.), показатели коагуляционного гемостаза, D-димер, прокальцитонин и С-реактивный белок. Оценивались данные ЭКГ и суточного мониторинга ЭКГ и др.

Результаты. Анализ данных медицинской документации 102 пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19, средний возраст $52 \pm 11,8$ года; из них 54 (52,9%) мужчины, 48 (47,1%) женщин. Из общего числа пациентов 79 (77,5%) были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, у остальных 23 (22,5%) отмечались легкое и среднетяжелое течение без госпитализации, которым не требовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии, при этом пациенты были старше и имели более высокую распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, гипертензии, диабета, легочных заболеваний, таких как обструктивное апноэ во сне и бронхообструктивная болезнь, а также заболевания печени и хроническая болезнь почек. Пациенты из отделения интенсивной терапии также имели более низкую сатурацию кислорода при поступлении, чем пациенты не из отделения интенсивной терапии. В отношении биомаркеров пациенты из отделения интенсивной терапии чаще имели устойчиво повышенный лейкоцитоз, высокие значения D-димера, прокальцитонина и С-реактивного белка при поступлении, чем пациенты, которым не требовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии. Более того, пациенты в стационаре получали гидроксихлорохин, фавипиравир или ремдесивир, в отличие от пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.



Из исследуемой когорты только у 39 (38,2%) пациентов в анамнезе присутствовала постоянная форма фибрилляции предсердий, у 20 (19,6%) имели наджелудочковые непараксизмальные нарушения ритма, у 14 (13,7%) в анамнезе было наличие признаков синдрома слабости синусового узла, у 11 (10,8%) нарушения AV проводимости различных степеней. Среди исследуемой когорты пациентов, включающей все случаи госпитализации с COVID-19 за период 3-х месяцев после перенесенного процесса, 2 пациента (2%) умерли, остальные включены в группу динамического наблюдения. В период после стационарного лечения зарегистрированы у 5 (4,9%) пациентов новые случаи аритмий, в частности, у 2 пациентов наблюдалась параксизмальная наджелудочковая тахикардия, в 2 случаях – фибрилляция предсердий пароксизмальной формы, 1 случай желудочковой тахикардии по типу «пирует» (torsades de pointes), которые потребовали фармакологического лечения и длительного динамического наблюдения. Случаев новой блокады сердца, устойчивой желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков в исследуемой когорте пациентов с

COVID-19 на момент исследования выявлено не было.

Выводы. Полученные данные пилотного исследования свидетельствуют о том, что частота случаев аритмий у пациентов с COVID-19 соответствует тяжести заболевания и не является единственным следствием вирусной инфекции. Пожилые пациенты с более тяжелым системным протеканием заболевания, с наличием коморбидной патологии имели более высокую вероятность развития как случаев новой аритмии, так и усугубление существующих аритмий. Результаты проведенных исследований подчеркивают важность длительной антикоагулянтной терапии, так как COVID-19 может проявляться тромботическими осложнениями, включая артериальный и венозный тромбоз, в особенности при наличии аритмий. Не исключается прямой миокард-повреждающий эффект инфекции SARS-CoV-2, что требует расширения спектра исследования с включением оценки влияния аритмических событий на пациентов, перенесших COVID-19, без коморбидной патологии и наличия аритмий в анамнезе в долгосрочной перспективе.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

БАДРИДИНОВА Б.К.

Бухарский медицинский институт

Цель работы. Оценить распространенность ИБС и сердечной недостаточности у лиц с нарушением углеводного обмена.

Материалы и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 100 человек (66 женщин и 44 мужчины). Исследование было проведено в 4-й семейной поликлинике г. Бухары. Состояние гликемии оценивалось на основании показателей глюкозы натощак и гликированного гемоглобина. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы оценивалось по стандартной анкете ВОЗ, для выявления стенокардии напряжения и перенесенного инфаркта миокарда, а также регистрации ЭКГ и ЭХОКГ. Электрокардиограммы оценивались с позиции Миннесотского кода (МК). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) классифицировалась в соответствии с рекомендациями ВОЗ для популяционных исследований.

Результаты. Согласно полученным данным, среди обследованных, состоявших на учете с сахарным диабетом 2 типа, было выявлено ИБС стабильная стенокардия у 48,4% (15) мужчин и 51,6% (16) женщин. Сердечная недостаточность I степени 71,5% (10), 28,5% (4) соответственно. А сердечная недостаточность II степени 80% (8) мужчин и 20% (2) женщин. Больше всего эти показатели относятся к больным в возрасте 40–59 лет. Анализ данных показал, что частота встречаемости ИБС и СН I степени по NYHA ФК 2 и СН II по NYHA ФК 3 степени связана со стажем сахарного диабета от 10–12 лет, а также с компенсацией гликемии.

Вывод. Таким образом, исследование показало, что распространенность сердечно-сосудистых осложнений возрастает у лиц с высоким стажем сахарного диабета, причем у лиц среднего возраста, что требует проведения у данных больных адекватной терапии для компенсации гликемии и снижения риска ранней смертности.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

БАЙРАМОВА Д.С., АКМУРАДОВА М.Х., ИЛАМАНОВА Д.К., ЧАРЬЕВА А.К., МУХАММЕДОВА З.Р.

**Государственный медицинский университет Туркменистана
имени Мурада Гаррыева, г. Ашхабад**

Цель работы. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с острой пневмонией.

Материалы и методы. Был обследован 61 больной со средним, среднетяжелым течением заболевания, получавший стационарное лечение в клинике НКЦК. Средний возраст больных – 52,15±16,04. Из них женщин – 37, мужчин – 24. Всем больным проведены общепринятые методы исследования. Больным было проведено ЭхоКГ на аппарате Siemens Acuson X300 и ЭКГ.

Полученные результаты. По данным наших исследований из 61 больного у 7 (11,48%) была выявлена односторонняя пневмония: у 4 (6,56%) больных левосторонняя, у 3 (4,92%) больных правосторонняя. У остальных 54 (88,52%) больных обнаружена двусторонняя пневмония. Из сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы было выявлено: эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) – у 22 (36,07%) больных, сахарный диабет (СД) тип 2 – у 17 (27,87%) больных, ИБС – 14 (22,95%) больных, кардиосклероз – 11 (18,03%) больных, стенокардия – у 9 (14,75%) больных, мерцание предсердий – у 1(1,64%) больного, гидроперикард – у 1 (1,64%) больного. При проведении ЭКГ-исследования было выявлено: ишемия миокарда – 7 (11,48%) больных, гипоксия миокарда – 5 (8,2%) больных, синусовая тахикардия – у 5 (8,2%) больных, синусовая брадикардия – у 1 (1,64%) больного, синусовая аритмия – у 3 (4,92%) больных, неполная блокада правой ножки пучка Гисса – 7 (11,48%) больных, неполная блокада левой ножки пучка Гисса – у 2 (3,28%) больных, гипертрофия левого желудочка – у 3 (4,92%) больных, гипертрофия обоих желудочков – у 2 (3,28%) больных, нагрузка на левый желудочек – у 28 (45,9%) больных, рубцовые изменения стенки левого желудочка – у 2 (3,28%) больных, гипер-

трофия левого предсердия – у 1 (1,64%) больного, мерцание предсердий – у 1 (1,64%) больного, метаболические изменения – у 36 (59,02%) больных.

На основании данных, полученных методом ЭхоКГ-исследования, обнаружены: атеросклероз аорты – у 11(18,03%) больных, гипертензия легочной артерии – у 3 (4,92%) больных, дилатация левого желудочка – у 3 (4,92%) больных, гипертрофия левого желудочка – у 2 (3,28%) больных, пролапс митрального клапана – у 2 (3,28%) больных, снижение выброса левого желудочка – у 2 (3,28%) больных, аневризма левого желудочка – у 1 (1,64%) больного, расширение всех полостей сердца – у 1 (1,64%) больного.

По полученным нами данным отмечено частое обнаружение АГ (36,07%) и СД (27,87%) как коморбидные заболевания. При острой пневмонии вместе с артериальной гипертензией, роль II типа ангиотензинпревращающего фермента (АПФ2) в качестве основного механизма связи между неблагоприятным результатом является очень значительной. В соответствии с результатами ЭКГ-исследования: выявлены нарушения ритма, такие как синусовая аритмия, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гисса, неполная блокада левой ножки пучка Гисса, мерцание предсердий. Перечисленные изменения могут быть связаны с дисбалансом, между потребностью миокарда к кислороду и его доставки к миокарду.

Выводы. Таким образом, по нашим данным, нао ЭКГ отмечались нарушение ритма и проводимости, а также гипоксия, ишемия и метаболические изменения. По данным ЭхоКГ отмечались морфофункциональные изменения со стороны сердца.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

БЕРКЕЛИЕВА М.М., ХАЛМУРАДОВА М.Х., ОРАЗБЕРДЫЕВ Я.О.

Государственный медицинский университет Туркменистана имени М.Гаррыева, г. Ашгабат

Известно, что у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) частота ишемической болезни сердца (ИБС), инфарктов миокарда (ИМ), инсультов и поражений периферических сосудов выше, чем в общей популяции.

Цель работы. Оценить частоту и вероятность развития хронической сердечной недостаточности (СН), а также клинические варианты ее течения при СКВ.



Материалы и методы. Исследовано 94 больных СКВ со средней и высокой степенью активности по индексу SELENA-SLEDAI от 6 до 22 баллов, в возрасте от 22 до 53 лет, средний возраст 38,4+9,5 года. Для верификации СН проводились анализы на содержание натрийуретического пептида (НУП) в крови, ЭКГ и ЭХО-КГ. Больные были разделены на группы согласно классификации СН по фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Контрольную группу составили 50 лиц из общей популяции без СКВ, средний возраст 40,4+7,2 года.

Результаты. По данным ЭХО-КГ у 20% больных СКВ выявлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), у 16% – систолическая дисфункция миокарда ЛЖ, у 23% больных – диастолическая, в контрольной группе эти показатели составляли 16%, 5% и 9 % соответственно. Уровень НУП у пациентов с СКВ равнялся 37,6+4,7 пг/мл, у контрольной

группы 33,8+5,2 пг/мл ($p<0,05$). Выявлена положительная корреляция уровня НУП с диаметром левого предсердия ($p<0,05$), однако достоверной корреляции НУП с другими показателями ЭХО-КГ, активностью СКВ по шкале SLEDAI, суммарной дозой глюкокортикоидов не выявлено. СН с ФВЛЖ 40–49% выявлена у 8 (5%) пациентов с СКВ, с ФВЛЖ >50% – у 16 (17%).

Вывод. У пациентов с СКВ преобладает сердечная недостаточность с сохраненной ФВЛЖ. Определение НУП в крови имеет дифференциально-диагностическую ценность у пациентов с СКВ, имеющими общие симптомы с СН. Применение иммуносупрессоров в патогенетической терапии СКВ и возможное развитие медикаментозно-токсического поражения сердца могут быть причиной развития СН со средней и низкой ФВЛЖ.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ДАМИНОВА Л.Т.¹, МУМИНОВ Д.К.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить кардиоваскулярные изменения у больных с постковидным синдромом и определить их взаимосвязь с функциональным статусом больных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 281 больной с наличием клинических проявлений постковидного синдрома. Группа сравнения (СГ) состояла из 20 больных, перенесших COVID-19 и полностью выздоровевших. Всем больным проводили электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования. Оценка функционального статуса больных после перенесенного COVID-19 проводилась с применением метода PCFS – Post-COVID-19 Functional Status (<https://osf.io/qgpdv/>).

Результаты исследования. Проведенное исследование выявило признаки кардиоваскулярной патологии по данным ЭКГ и ЭхоКГ у 255 (90,75%) больных с постковидным синдромом. По результатам ЭКГ нарушения сердечного ритма были зарегистрированы достоверно чаще у больных в ос-

новной группе, чем в группе сравнения ($p<0,001$). Результаты ЭхоКГ-исследования показали, что у больных основной группы относительно группы сравнения отмечается достоверное большее увеличение размеров ЛЖ и ПЖ сердца ($p<0,05$), уменьшение ФВ ЛЖ ($p<0,01$) и более высокая величина ср давления в ЛА ($p<0,05$). Больные с более высоким баллом PCFS отличаются большими размерами обоих желудочков ($p<0,05$ для ЛЖ и $p<0,01$ для ПЖ) и низкой ФВ ЛЖ ($p<0,001$).

Выводы. Настоящее исследование показало, что у 255 (90,75%) больных, перенесших COVID-19, в раннем реабилитационном периоде имеют признаки кардиоваскулярной патологии по данным ЭКГ и ЭхоКГ. Больные с более высоким баллом PCFS (значительное ограничение ежедневной активности вследствие симптомов, связанных с перенесенной инфекцией и потребность помощи в самообслуживании) имели более увеличенные размеры обоих желудочков и низкую ФВ ЛЖ.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИСМАИЛОВ У.С., ХАМИДОВ Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Метаболический синдром (МС) характеризуется такими факторами риска, как гипер-

гликемия, гипертриглицеридемия, низкий уровень липопротеинов высокой плотности, артериальная

гипертензия и абдоминальное ожирение в сочетании у одного человека. Целью этого исследования было изучение распространенности метаболического синдрома и его связи с тяжестью недостаточности периферического кровообращения, воспалительным статусом и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями у больных с заболеванием периферических артерий.

Материал и методы: Во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии обследовано 108 больных с критической ишемией нижних конечностей. Из них 59 мужчин и 49 женщин, средний возраст – $62,2 \pm 14,0$ года. Метаболический синдром был диагностирован с помощью критериев Международной ассоциации диабетиков. Ишемия нижних конечностей была диагностирована с помощью УЗИ. Воспалительный статус оценивали путем определения С-реактивного белка в сыворотке. Весь статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения SPSS 26.0 (США).

Результаты. Метаболический синдром был диагностирован у 49% (53) больных с заболеваниями нижних конечностей. Из них 24 мужчины (45%) и 29 (55%) женщин. Пациенты с лодыжечно-плечевым индексом (ЛПИ) $< 0,65$ (медиана) чаще имели метаболический синдром, чем пациенты с менее тяжелым заболеванием нижних конечностей (59%

против 38%, $P < 0,001$). Связь между низким лодыжечно-плечевым индексом и метаболическим синдромом сохранялась после корректировки на возраст и пол (отношение шансов [ОШ], 1,95; 95% доверительный интервал [ДИ], от 1,12 до 5,21; $P < 0,05$). По сравнению с больными с ЗПА без метаболического синдрома у пациентов с МС имели более высокий индекс массы тела (31,3; 95% ДИ [26,8; 32,9] $\text{кг}/\text{м}^2$ пр. 27,2; 95% ДИ [25,4; 28,6] $\text{кг}/\text{м}^2$, $P < 0,05$) и более высокие уровни С-реактивного белка (4,2; 95% ДИ [1,5; 8,0] $\text{мг}/\text{л}$ пр. 1,9; 95% ДИ [1,2; 3,5] $\text{мг}/\text{л}$, $P < 0,05$). Постинфарктный кардиосклероз был диагностирован у 61,0% пациентов с метаболическим синдромом и у 41,0% пациентов без метаболического синдрома ($P < 0,05$). При многовариантном анализе МС был связан с постинфарктным кардиосклерозом также после корректировки на лодыжечно-плечевой индекс ОШ 1,97; 95% ДИ, от 1,12 до 4,73.

Выводы. Метаболический синдром присутствует почти у половины пациентов с ЗПА. Было выявлено, что больные с МС имели более высокий уровень ИМТ, чем пациенты с ЗПА без МС. А также установлено, что постинфарктный кардиосклероз коррелирует с наличием МС у больных с ЗПА. Кроме того, высокий уровень СРБ предоставляет более высокий риск развития ССЗ у больных с МС.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРДА КИМИОТЕРАПИЯНИНГ КАРДИОТОКСИК НОЖЎЯ ТАЪСИРИНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ

КАРИМОВ Ш.А., ПОЛАТОВА Д.Ш., ГАНИЕВ А.А., КАДИРОВ Х.

Республика ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент давлат стоматология институти, “Ихлос” хусусий клиникаси

Мақсад: Гепатоцеллюляр карцинома (НСС) нинг норезектал босқичидаги анъанавий кимётерапия билан трансартериал кимё эмболизация амалиётдан кейинги кардиотоксик асоратларининг 1, 3, 6 ой ва 1 йилдан кейинги даврдаги натижаларини қиёсий ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Республика онкология илмий амалий тиббиёт маркази билан ҳамкорликда Ихлос клиникасида 2021-2022 йиллар давомида доксирубицин препаратини трансартериал кимё эмболизация (ТАСЕ) усули билан қўлланилган НСС чалинган 19 нафар беморлардаги кардиотоксик асоратлар ретроспектив таҳлил қилинди ва мавжуд илмий адабиётлардаги анъанавий усулда доксирубицин дори воситасини қўллашдан кейинги кардиотоксик асоратлар билан солиштириб кўрилди. ТАСЕ усули қўлланган беморларнинг 11 нафари эркак, 8 нафари аёл; уларнинг ўртача ёши 52 ни ташкил қилган. Бе-

морларга тасдиқланган протоколларга асосан 30-50 $\text{мг}/\text{м}^2$ дозада ТАСЕ гуруҳида ва 500-600 $\text{мг}/\text{м}^2$ дозада анъанавий кимётерапияда доксирубицин препарати қўлланилди. Дастлабки босқичда ва даволанишдан кейин 1, 3, 6 ва 12 ой давомида беморларга ЭКГ, ЭхоКГ, қон зардобиди натрий уретик пептик ва сТропанин миқдори таҳлил қилиб борилди. Доксициклин препаратининг кардиотоксик ножўя таъсири Европа кардиологлари ва кардиоонкология жамияти томонидан ишлаб чиқилган мезонлар асосида баҳоланди. Дори воситасининг кардиотоксик ножўя таъсирининг даражаси баҳолаш учун беморнинг яшовчанлик индексидан фойдаланилган. Доксирубицин препарати билан бир курс ТАСЕ ва анъанавий кимётерапиядан кейин беморнинг яшовчанлиги Каплан-Меиер усули ёрдамида таҳлил қилинган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: ТАСЕ усули ёрдамида доксирубицин препарати



билан бир курс даволашдан кейин ўткир кардиотоксик асоратлар учрамади, сурункали асоратлардан энгил ва ўрта оғир даражадаги ноҳўя таъсирлар беморларимизда мос равишда 1, 3, 6 ва 12 ой даволашдан кейин юрак етишмовчилик шаклида 2,3% да кузатилди. 3 ёки 4-даражали кардиотоксик асоратлар кузатилмади. ЭКГ бўйича динамикада ўзгаришлар кузатилмади, ЭхоКГ бўйича 2 беморда 1 ойдан кейин чап қоринча систолик ва диастолик бузилиши аниқланди, натрий уретик пептикнинг қондаги миқдори 2 нафар беморда ошганлиги кузатилди. Тропанин миқдорида динамикада ўзгариш кузатилмади. Ушбу усулда даволанган беморларнинг омон қолиш даражаси 1 йилда 58% ни, 2 йилда 39% ни ва 3 йилда 29% ни ташкил этди. Бизнинг беморларни ТАСЕ усули ёрдамида даволашда олинган маълумотлар мавжуд илмий адабиётлардаги анъанавий кимётерапия билан солиштирилганда кардиотоксиклик даражаси сезиларли даражада пастлигини аниқланди. Мавжуд адабиётлардаги анъанавий кимётерапияда доксирубуциннинг оғир даражадаги кардиотоксик таъси-

ри ўткир босқичда (2-3 кун ичида) 11% да, сурункали ноҳўя таъсири эса ўрта оғир ва оғир даражадагиси 1,7% беморларда учраши баён қилинган. Шунингдек, доксирибуциннинг кардиотоксик ноҳўя таъсири юзага чиқиши унинг дозаси билан боғлиқлиги, препаратнинг дозаси 500-550 mg/m² бўлганда кардиотоксик асоратлар 4% беморларда, 551-600 mg/m² бўлганда 18% ҳолатда, 600 mg/m² ва ундан катта дозаларда эса 36% беморларда юзага келган. Бундан ташқари, ТАСЕ усули ёрдамида даволанганда беморларнинг яшовчанлиги узайиши ўтказилган аксарият тадқиқотларда ўз тасдиқини топган.

Хулоса: Гепатоцеллюляр карциноманинг норезектал босқичидаги беморларда ТАСЕ усулида кимётерапевтик воситаларни қўллаш қисқа ва узоқ муддатда анъанавий кимётерапия усулига нисбатан паст кардиотоксик профилга эга. Маълумотлар ТАСЕ усули НССнинг норезектал босқичидаги бўлган беморларни даволашдаги самарадорлиги тасдиқлайди.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БОР COVID 19 ЎТКАЗГАН БЕМОЛДАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШИНИ БАХОЛАШ

ЛУТФУЛЛАЕВ У., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., МУХАММАДЖОНОВ И.М.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон

Кириш: Гипертония касаллигига XXI аср тиббиётининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Кўп ҳолатларда ГК, хатарли омилларнинг биргаликдаги таъсири сабабли ривожланиши мумкин, шулар қаторига қон зардобидани паст зичли липопротеидлар миқдорини ортиши киради. Гипертония касаллиги жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, дунё аҳолисининг меҳнат қобилиятини вақтинчалик ёки бутунлай йўқотиши ва тўссаддан ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Текширишлардан маълумки дислипидемия ЮИКнинг асосий мезонларидан бири ҳисобланиб, у атеросклероз ва МИ хасталиклари хавфини ортишига олиб келади. Юракнинг структуравий ва функционал ўзгаришининг жиддийлиги, юракнинг ишемик касаллиги билан оғриган беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг ривожланиши учун хавф омиллари сифатида сақланиб қолган фракцияси ҳали ҳам очиқ. Кўп адабиётларда ва ҳозирги замон тиббиётида липидлар спектрига ижобий таъсир килувчи самарали дори воситаларидан бири статинлар деб айтилмоқда.

Мақсади: Covid 19 билан индуцирланган гипертония касаллиги билан оғриган беморларда липидлар спектрини ўрганиш.

Олинган натижалар: Жаъми 34 та беморлар текширувга олиниб 3 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (15 та) соғломлар, II гуруҳ –ГК би-

лан хасталанган беморлар (14 та). III гуруҳ – Covid 19 билан индуцирланган гипертония касаллиги билан оғриган беморлар (14та). Беморларнинг ёши 30-59 ёшгача бўлиб ёш ўсиб борган сари касалликни учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Бизнинг текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. II-гуруҳда УХС-5,88±0,1ммоль/л, назорат гуруҳга нисбатан 34,4%га ошган. ТГлар миқдори II-гуруҳда I-гуруҳга караганда 11,8%га ортган. ЮЗЛП II-гуруҳда назорат гуруҳга нисбатан 18,1%га пасайган. ПЗЛПлар 3,1±0,07ммоль/лгача сезиларли бу I-гуруҳга нисбатан 46,3%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,03±0,07 бирлик, бу I-гуруҳга нисбатан 38%га юқори (P<0,05). III–гуруҳда қон зардобидани липидлар спектри текширилганда қуйидагича натижалар олинди. УХС – 66%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 69,2%; ЮЗЛП– 15,9%; атероген-индекс 82%га II ва III- гуруҳларга нисбатан ошганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, Covid 19 билан индуцирланган гипертония касаллиги билан оғриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобидани умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Бу текширишлар касалликни олдини олиш ва бу хасталикда статинларни тавсия этишга кўрсатма бўлади.

ОЦЕНКА РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ӨМІРСЕРІК К., ШАЯХМЕТОВ Е.М., ЦОЙ Б., БЕРИКБОЛ Д.К., ОТЫНШИЕВ Р.Т.

ТОО «Международный онкологический центр томотерапии «Umit»
г. Астана, Республика Казахстан

Актуальность темы. Рак пищевода является важной медико-социальной проблемой из-за высокой распространенности этой патологии в большинстве случаев у лиц старше 60 лет. Многообразие подходов в лечении и значительная степень риска хирургических вмешательств у больных раком пищевода определяют повышенный интерес к этому сложнейшему разделу клинической медицины. Главной стратегической целью онкологов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов. Однако на настоящем этапе развития онкологии рассчитывать на достижение высоких результатов возможно лишь с применением комбинированного лечения с неoadъювантной либо адъювантной химиолучевой терапией. Однако несмотря на увеличение ожидаемой продолжительности жизни пожилой и старческий возраст ассоциируется с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в связи с чем проблема ведения пожилых пациентов с ССЗ становится особенно актуальной.

Цель исследования. Оценка эффективности томотерапии при лечении рака пищевода с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. В исследование были включены 48 пациентов с диагнозом рак пищевода с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы, обратившиеся в ТОО «Международный онкологический центр томотерапии «Umit». На первом этапе работы всем пациентам для оценки размеров опухоли были проведены ФГДС и КТ ОГК, ЭХО КГ, СМАД и осмотрены кардиологом. На втором этапе работы проводили курсы химиолучевой или томотерапии в монорежиме. В дальнейшем, по необходимости, проводи-

лось оперативное лечение с последующими контрольными обследованиями.

Результаты исследования и обсуждения. Проведено лечение 48 пациентов, выполнена оценка ранних результатов, которая показала существенную роль в клинической характеристике послеоперационного течения и результатов операции. По результатам ЭхоКГ из 48 человек, получивших курс томотерапии в сочетании с химиотерапией (ХТ), дилатация ЛЖ с 50 до 59 мм (при норме до 56 мм), развившаяся после ХТ, выявлена у 1 пациентки в возрасте 61 года без снижения ФВ ЛЖ. У нее в анамнезе имелись факторы риска КТ — ИБС, ГБ. Дилатация ЛП (от 39 до 48 мм) выявлена у 35% больных, при этом у 1 пациента с выраженной дилатацией отмечено снижение ФВ ЛЖ с 61 до 53%. Вероятно, проявления КТ у этого больного связаны с сопутствующим СД, хроническими интоксикациями в анамнезе (курение, алкоголь). Появление митральной и трикуспидальной недостаточности выявлено у 13% пациентов, аортальной — у 15%. Нарастание степени митральной и трикуспидальной недостаточности обнаружено у 18% больных, нарастание степени аортальной недостаточности — у 15%. Появление нарушения диастолической функции ЛЖ отмечено у 33% пациентов. Все выявленные изменения носили субклинический характер, клиники сердечной недостаточности ни у одного пациента не выявлено.

Выводы. Томотерапия в сочетании с химиотерапией является безопасным и оптимальным методом лечения рака пищевода с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, отличающимся высокой эффективностью, низкой кардиотоксичностью.

ВЛИЯНИЕ ТАРГЕТНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИММУННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ПОЛАТОВА Д.Ш.^{1,2}, КАХХАРОВ А.Ж.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии;

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния таргетной иммунотерапии на работу сердечно-сосудистой системы при онкологической патологии.

Материалы и методы. Проанализированы последние опубликованные данные по эпидемиологии, диагностике и лечению кардиотоксичности ИКИ.



Результаты. Таргетная терапия ингибиторами иммунных контрольных точек (ИКИ) — это новый метод лечения, который все чаще применяется для лечения онкологических пациентов. Данные свидетельствуют о том, что до 36% больных раком могут нуждаться в иммунотерапии, и в конце 2019 года было начато более 3362 клинических испытаний для оценки эффективности иммунотерапии либо в качестве отдельных агентов, либо в сочетании с другими иммунотерапевтическими средствами, таргетными методами лечения, или традиционной цитотоксической или лучевой терапии.

При сочетании как иммунных, так и неиммунных подходов к лечению сложность постановки диагноза кардиотоксичности, связанной с ИКИ, существенно возрастет.

Заключение. Иммунотерапия навсегда изменила ландшафт терапии рака, и наблюдается тенденция к расширению показаний, используемых для лечения рака. Наше понимание кардиотоксичности, связанной с иммунотерапией рака, должно улучшиться, поскольку эти новые методы лечения все чаще применяются к более широкому спектру злокачественных новообразований.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И ПРОБЛЕМЫ КАРДИООНКОЛОГИИ

ПОЛАТОВА Д.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии;

Ташкентский государственный стоматологический институт г. Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Улучшение выживаемости онкологических пациентов Республики Узбекистан посредством внедрения кардиоонкологического направления.

Материалы и методы. Были изучены основные показатели деятельности онкологической службы в Республике Узбекистан за 2016–2021 годы.

Результаты. В Республике Узбекистан заболеваемость злокачественными новообразованиями составляет 64,8 на 100 тысяч населения. Наиболее высокие показатели наблюдаются в городе Ташкенте, низкие показатели в Сырдарьинской и Сурхандарьинской областях. Наиболее распространенным видом рака в Республике Узбекистан является рак молочной железы, рак желудка и рак шейки матки.

Согласно крупному эпидемиологическому исследованию 5-летняя выживаемость от рака постепенно увеличивается, а количество смертей снижается. Это связано с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения рако-

вых заболеваний. Уже сегодня стало возможным успешное лечение большинства онкологических патологий. Расширенные оперативные вмешательства, в сочетании с полихимио- и лучевой терапией продлевают жизнь, и даже могут излечить рак, но при этом увеличивают количество инвалидизированных людей. Новым междисциплинарным направлением мировой медицины стала кардиоонкология, возникновение которой тесно связано с выявлением кардиотоксичности – негативного влияния на сердечно-сосудистую систему многих агрессивных схем лечения рака.

Заключение. Классическая кардиоонкологическая парадигма включает в себя: профилактику, диагностику и лечение кардиотоксичности в результате химиотерапии и/или лучевой терапии. Кардиоонкология – новая область кардиологии, специализирующаяся на сердечно-сосудистых заболеваниях у онкологических больных, которая позволяет добиться улучшения показателей выживаемости.

АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ

ПРИБЫЛОВ В.С.

ФГБОУ ВО КГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, г. Курск, Россия

Цель. Изучить динамику параметров жесткости сосудистой стенки у пациентов ИБС и ХБП 1-3 ст.

на фоне лечения антигипертензивными препаратами после коронарного стентирования.

Материалы и методы. В региональном сосудистом центре г. Курска обследованы 57 больных ИБС, ПИКС и 25 с ОКС в сочетании с ХБП 1-3 ст. и группа контроля 33 пациента ИБС с сохраненной почечной функцией. Генез ХБП 1-3 ст. связан с гипертонической нефропатией, артериальную ригидность (АР) оценивали с помощью объемной сфигмографии на аппарате VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония) с определением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), сердечно-лодыжечно-сосудистого индекса (СЛСИ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), центрального систолического и пульсового АД (цСАД, цПАД), индекса аугментации (АИ) при поступлении в стационар и через 3 месяца после КС на фоне традиционной лекарственной терапии. Больные были разделены на 3 подгруппы: 1 (n=15) получали периндоприл 5-10 мг/сут, при недостаточном гипотензивном эффекте 2 подгруппа (n=42) ИБС, ПИКС и ХБП 2-3 ст., 3 подгруппа (n=25) больных ОКС и ХБП лечились амлодипином и периндоприлом 5-10 мг/сут.

Результаты. У пациентов ИБС и АГ в сочетании ХБП 2-3 ст. исходно выявлены самые высокие

показатели жесткости сосудистой стенки (СРПВ в 1 подгруппе – $11,8 \pm 0,25$, во 2 – $12,32 \pm 0,27$, в 3 – $12,14 \pm 0,41$ м/с); АИ ($1,14 \pm 0,12$, $1,38 \pm 0,13$ и $1,28 \pm 0,12$); цСАД ($145 \pm 6,2$, $153 \pm 7,8$, $155 \pm 8,2$ мм рт. ст.); цПАД ($48 \pm 6,35$, $58 \pm 7,8$ и $55 \pm 5,1$ мм рт. ст.) соответственно.

В группе сравнения ИБС без патологии почек эти показатели были значительно ниже СРПВ ($8,51 \pm 0,31$), АИ ($1,08 \pm 0,06$); цСАД ($130 \pm 10,2$), цПАД ($34 \pm 1,6$ мм рт. ст.). Лечение в течение 3 месяцев периндоприлом сопровождалось снижением АР у 52% пациентов, а лечение амлодипин-периндоприлом зарегистрировано достоверное снижение АР (СРПВ с $12,32 \pm 0,27$ до $8,65 \pm 0,08$ м/с), АИ (с $11,38 \pm 0,13$ до $11,08 \pm 0,07$), цСАД (с $155 \pm 7,5$ до $115 \pm 3,2$ мм рт. ст.), цПАД ($48 \pm 6,5$ до $32 \pm 1,12$ мм рт. ст.).

Выводы. Позитивная динамика снижения АР может использоваться как метод контроля за эффективностью коронарного стентирования и консервативной терапии, особенно при использовании комбинированных гипотензивных препаратов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИБС С ВЕРИФИКАЦИЕЙ СТАДИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

СУЛЕЙМАНГУЛЫЕВ Ш.М., ЯГШИСАХЕДОВ Ш.Я., ТОЙЛИЕВ С.Т.,
ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., АННАБЕРДЫЕВ Ю.А.

Научно-клинический центр кардиологии, г. Ашгабат, Туркменистан

Цель. Изучить функциональные, гемодинамические особенности почек у пациентов с ИБС с верификацией стадий ишемической болезни почек (ИБП).

Материал и методы. Обследовано 230 пациентов (средний возраст – $51,8 \pm 2,6$ года), из которых 176 было мужчин и 54 – женщин с ИБС артериальной гипертонией (АГ), подтвержденной ангиографической, длительностью в среднем – $8,1 \pm 0,5$ года (1 группа). Функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения были следующие: ФК II – у 22,6% пациентов, ФК III – у 66,1%, ФК IV – у 11,3%. В контрольную группу (2 группа) вошли 30 здоровых человек, из которых 25 мужчин и 5 женщин (средний возраст – $49,3 \pm 0,6$ года). Группы не различались по возрасту и полу.

Результаты. При целенаправленном опросе у 7,4% больных выявлена стабильная (более 3-х мес.) никтурия до 1-2 раз за ночь, не связанная с приемом диуретиков. Уровень САД и ДАД 1 группе при поступлении в стационар составил, соответственно, $166,2 \pm 2,1$ и $95,6 \pm 0,9$ мм рт. ст. во 2 группе – $119,8 \pm 2,2$ и $75,9 \pm 1,6$ мм рт. ст., соответственно ($p < 0,001$). ИМТ в 1 группе $28,5 \pm 0,25$ кг/м², во 2 группе – $25,1 \pm 0,25$ кг/м² ($p < 0,001$). Уровень СКФ в 1 группе составил $70,2 \pm 1,2$ мл/мин с колебаниями от 12

до 149 мл/мин. (II стадия ХБП) и был ниже, чем во 2 группе – $92 \pm 3,5$ мл/мин ($p < 0,001$). Объем почек в 1 группе – $132 \pm 1,99$ мм³; во 2 группе – $143,7 \pm 2,8$ мм³ ($p < 0,05$). СКФ выше 90 мл/мин имели 15,7% пациентов; СКФ в пределах 89-60 мл/мин (соответствует II стадии ХБП) – 57,0%. У пациентов с ХБП II стадии отсутствовали структурные изменения почек и/или протеинурия, однако у 41,2% с СКФ в пределах от 61 до 149 мл/мин была гипостенурия. III стадию ХБП с СКФ в пределах от 59 до 30 мл/мин имели 23,5% больных и IV-V стадии с СКФ < 29 мл/мин – у 3,9% больных. При исследовании гемодинамики почек выявлены стенозы у 68,6% от 30 до 90% диаметра просвета почечных артерий (ПА), у 7,5% – окклюзия ПА и сморщивание почек. Степень стеноза правой ПА (ППА) в основной группе среднем составил $67,0 \pm 1,0\%$, в левой ПА (ЛПА) – $61,0 \pm 1,4\%$. Диаметр ППА в 1 группе составил в среднем $0,44 \pm 0,003$ см, во 2 группе – $0,51 \pm 0,0004$ см ($p < 0,001$). Диаметр ЛПА в 1 группе был $0,46 \pm 0,003$ см и в 2 группе – $0,52 \pm 0,0009$ см ($p < 0,001$).

Выводы. Ишемическая болезнь почек проявляется признаками глобальной почечной гипоперфузии: снижением СКФ и АГ, обусловленными гемодинамически значимым сужением магистральных ПА атеросклеротическими бляшками.

**ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА****УКТАМОВ Н.Т., КОДИРОВА Г.И., ОЛИМОВ И.О., МАДАМИНОВ И.***Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Введение. В настоящее время активно обсуждается вопрос о гендерных особенностях течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что ставит на повестку дня разработку дифференцированного подхода к лечению кардиальной патологии у мужчин и женщин. Рост и омоложение заболеваемости атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) у женщин, атипичность их клинического течения требуют более активного выявления факторов риска их развития. В экспертных рекомендациях на сегодняшний день отсутствуют различия в подходах к лечению ССЗ у мужчин и женщин.

Целью данной работы явилась оценка гендерных особенностей антиоксидантного статуса и возможности коррекции изменения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) при лечении статинами мужчин и женщин, страдающих стабильными формами ИБС с нарушением липидного обмена.

Материал и методы. В исследование было включено 49 лиц: 39 больных ИБС и 10 относительно здоровых. Обследуемые в возрасте от 35 до 69 лет, средний возраст $52,5 \pm 6,4$ года, давших согласие на участие в исследовании, разделены на 2 группы по половому признаку. В основную группу включено 19 мужчин, во 2-ю – 20 женщин. Контрольную группу составили 5 условно здоровых мужчин, 5 условно здоровых женщин. Больные получали базисную терапию (в-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), нитраты, антагонисты кальция, антиагреганты). Длительность изучения влияния аторвастатина в составе кардиальной терапии на параметры ПОЛ-АОЗ, клиническое течение ИБС, функцию эндотелия составила 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Показатели состава липидов, состояние ПОЛ-АОЗ у больных ИБС и лиц контрольной группы статистически достоверно различались. При отсутствии значимых

различий липидного состава установлены достоверные гендерные различия интенсивности ПОЛ и активности тканевых и плазменных антиоксидантных ферментов: у мужчин по сравнению с женщинами были повышены ($p < 0,05$) уровни ДК на 9,2% и ТБК-РП на 11,5%, снижены ($p < 0,05$) АОА АОС ЦП/ТФ на 10,5%, СОД на 12,2% и ГП на 18%. Это определяет наиболее выраженное в группе мужчин истощение резервных свойств АОЗ и интенсификации ПОЛ и подтверждает имеющиеся в литературных источниках данные о роли ОС в патогенезе ИБС.

Наибольшее СОД/ГП в группе мужчин с ИБС свидетельствует о максимальном изменении баланса в сторону окислительного стресса в системе тканевых антиоксидантных ферментов, необходимого для поддержания стационарной концентрации активных форм кислорода (АФК). Уровень мочевой кислоты – низкомолекулярного антиоксиданта – в группах пациентов ИБС не выходил за рамки нормальных показателей, однако у мужчин был достоверно выше. Также выявлена тесная связь метаболизма NO с параметрами ПОЛ-АОЗ, особенно в группе мужчин с ИБС. Значительное повышение уровня метаболитов NO у некоторых женщин с гиперлипопероксидемией и гипергомоцистеинемией приводит к разбалансировке связи NO с функционированием системы ПОЛ-АОЗ. При этом сам NO может выступать в качестве прооксиданта.

Выводы. У пациентов ИБС с ДЛП имеются гендерные различия в нарушении регуляции метаболизма АФК и участия антиоксидантных ферментов в защите организма от миокардиальной ишемии. Изучение взаимосвязи атеросклеротического поражения венечных артерий и ПОЛ-АОЗ у больных ИБС. Учитывая большое участие ОС в патогенезе атеросклероза, представляло интерес существование половых различий и связи состояния коронарного русла и активности АОЗ и процессов ПОЛ.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ПЛАНОВОМУ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ**УРИНОВ О.У., КУРБАНОВА Р.А.***Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучение группы пациентов с возрастными особенностями и коморбидной

патологией у больных с ССЗ, нуждающихся в коронарном шунтировании.

Материал и методы исследования. На основании данных обратившихся пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях при РСНПМЦК проведён отбор и анализ выявления коморбидной патологии с возрастными особенностями у больных с ССЗ, нуждающихся КАГ для дальнейшего определения многососудистых поражений и проведения АКШ, в период 2018–2021 гг. В наше исследование было включено 205 больных (163 (79,5%) мужчины и 42 (20,50%) женщины). При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD). За статистическую значимость различий принималось значение $p < 0,05$.

Результаты. Большинство пациентов – 99 (48,4%) в анализируемом регистре были в возрасте от 51 до 60 лет. Возраст 71 (34,8%) пациента находился в пределах от 61 до 71 года. Пациенты в возрасте от 71 года и выше составили 9,3% ($n=20$).

Вместе с тем, число пациентов, направляемых на плановое КШ с перенесенными ранее острыми коронарными событиями, оказалось максимальным среди молодых. Так, если среди пациентов в возрасте до 50 лет у 11 (73,3%) в анамнезе имел место хотя бы один инфаркт миокарда (ИМ) (60,0% и 50,0% соответственно), то в возрастной

группе от 71 года и старше пациентов было значительно меньше – 60,0% ($p = 0,002$). Причём, среди молодых пациентов преобладали больные, имеющие в анамнезе более двух ИМ (13,3% и 10,0% соответственно). С увеличением возраста в анамнезе ОНМК/ТИА увеличивалось от 6,7% до 15,0% соответственно. С увеличением возраста отмечалась тенденция к снижению курения (33,3% и 15,0% соответственно).

Увеличение возраста ассоциировалось с повышением доли пациентов с хроническим пиелонефритом: с 13,3% в группе больных ≤ 50 лет и до 40,0% в группе пациентов ≥ 71 года. Кроме того, у пациентов старшей возрастной группы чаще (20,0%) выявлялась патология щитовидной железы (гипер/гипотиреоз) по сравнению с пациентами 50 лет и моложе, где данная патология определялась 6,7%.

Выяснилось, что средние значения индекса Charlson существенно не различались в зависимости от принадлежности пациента к возрастной группе.

Выводы. Увеличение возраста пациента ассоциируется с повышением сердечно-сосудистой коморбидности при отсутствии значимого признака не сердечно-сосудистой сопутствующей патологии. С возрастом пациентов в анамнезе ОНМК/ТИА увеличивалось среди пожилых пациентов.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ИНДЕКСУ CHARLSON

УРИНОВ О.У.

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

Цель исследования. Изучение коморбидной патологии у больных ССЗ с помощью индекса Charlson, нуждающихся в коронарном шунтировании, обратившихся в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. На основании данных обратившихся пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях при РСНПМЦК проведён отбор и анализ выявления коморбидной патологии с возрастными особенностями у больных с ССЗ, нуждающихся КАГ для дальнейшего определения многососудистых поражений и проведения АКШ, в период 2018–2021 гг.

Анализ сопутствующей патологии проводился у пациентов в аспекте регистрации сердечно-сосудистой патологии и хронических заболеваний в анамнезе. Для суммарной оценки коморбидного фона пациентов рассчитан модифицированный (с учетом ИБС и хронической сердечной недостаточности (ХСН) индекс коморбидности Charlson. Данный индекс представляет собой балльную (от 0 до 40) систему оценки наличия определенных сопут-

ствующих заболеваний и используется для прогноза летальности. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждые десять лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста (то есть 50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла и т. д.). Статистический анализ данных проведён с помощью программы SPSS (версия 20.0).

Результаты. В наше исследование было включено 205 больных (163 (79,5%) мужчины и 42 (20,50%) женщины) ССЗ и коморбидной патологией, обратившихся за консультацией в поликлинику, и было проведено АКШ на базе РСНПМЦК. Средний возраст больных составил $54,14 \pm 9,87$ (от 31 до 79 лет) года ($p < 0,05$). Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: до 50 лет, 51–60 лет, 61–70 лет, старше 70 лет.

Выяснилось, что средние значения индекса Charlson существенно различались в зависимости от принадлежности пациента к возрастной груп-



пе. У пациентов до 51 года начиная с $3,40 \pm 1,51$ и у пациентов старше 71 год до $4,53 \pm 1,93$ баллов. Так, у пациентов в возрасте до 51 года он составил $3,40 \pm 1,51$, в возрасте от 51 до 60 – $4,14 \pm 1,58$; от 61 до 70 лет – $4,39 \pm 1,58$ и от 71 года и старше – $4,53 \pm 1,93$ ($p > 0,05$).

Отсутствие значимого увеличения индекса Charlson, являющегося в определенной степени отражением тяжести состояния пациента (как по наличию сердечно-сосудистой, так и сопутствующей патологии) по мере увеличения возраста, позволяет утверждать о «предпочтительном» отборе пациентов на оперативное вмешательство,

характеризующимся выбором пациентов для КШ с менее отягощенной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологией. Безусловно, сопоставление анализируемой популяции пациентов с когортой пациентов, направляемых на ЧКВ, позволит дать более полное представление о «портрете пациента», подвергаемого различным вариантам реваскуляризации миокарда.

Вывод. Выяснилось, что средние значения индекса Charlson существенно различались в зависимости от принадлежности пациента к возрастной группе.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УРИНОВ О.У.

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

Цель исследования. Изучить клинико-anamнестические показатели у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и коморбидной патологией среди обратившихся за консультацией в поликлинику.

Материал и методы. В наше исследование было включено 452 больных ССЗ с коморбидной патологией, обратившихся за консультацией кардиолога в поликлинику Республиканского специализированно научно-практического медицинского центра кардиологии. Предметы исследования явились: анамнез, физикальные данные, параметры центральной гемодинамики, инструментальные методы исследования, общеклинические и биохимические анализы.

Для статистической обработки использовали статистический пакет Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США). Качественные значения представляли в абсолютных числах (n) и процентах (%), сравнивали их с использованием критерия χ^2 по Пирсону.

Результаты. При сопоставлении исследуемых групп отмечено, что женщины были старше мужчин (средней возраст 64 года, а у мужчин 59 лет соответственно), $p < 0,001$, у них выявлен более высокий и средний индекс массы тела – $30,2$ и $29,4$ $\text{кг}/\text{м}^2$ ($p < 0,001$). Большая часть курильщиков на момент исследования была представлена лицами мужского пола ($16,8\%$ и $1,6\%$; $p < 0,001$), при этом курильщиками в анамнезе являлись $11,3\%$ мужчин и $2,1\%$ женщин ($p < 0,001$). Длительность курения в среднем составил 26 лет в группе мужчин и 8 лет в группе женщин ($p < 0,001$). Постинфарктный кардиосклероз чаще прослеживался в группе мужчин по сравнению с группой женщин

($61,8\%$ и $50,4\%$; $p = 0,005$). Оценивая выраженность клинических проявлений стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечено, что у мужчин преобладали I и II функциональные классы (ФК) стенокардии ($39,0\%$ и $23,2\%$ соответственно) ($p = 0,057$ и $p = 0,007$) и I стадия ХСН ($58,1\%$ и $37,6\%$ соответственно) ($p < 0,001$). У женщин же преобладали более тяжелые III и IV ФК стенокардии ($52,8\%$ и $46,12\%$ соответственно) ($p = 0,050$) и II а стадия ХСН ($54,4\%$ и 40% соответственно) ($p < 0,001$). По распространенности стенокардии и ХСН в целом группы были сопоставимы ($p = 0,721$ и $p = 0,954$). Женщины чаще мужчин страдали артериальной гипертензией ($99,2\%$ и $97,8\%$ соответственно) ($p = 0,01$) и фибрилляцией предсердий ($12,8\%$ и $8,8\%$ соответственно) ($p = 0,024$). Группы не имели значимых различий по наличию в анамнезе инсультов ($p = 0,764$), операций реваскуляризации миокарда ($p > 0,05$) и вмешательств на периферических артериальных бассейнах ($p > 0,05$). При этом значимое атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей преобдало среди мужчин ($17,1\%$ и $10,4\%$ соответственно) ($p = 0,022$).

Выводы. Большая часть курильщиков на момент исследования была представлена лицами мужского пола $p < 0,001$. Оценивая выраженность клинических проявлений стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечено, что у мужчин преобладали I и II ФК стенокардии ($p = 0,057$ и $p = 0,007$) и I стадия ХСН ($p < 0,001$). У женщин же преобладали более тяжелые III и IV ФК стенокардии ($p = 0,005$ и $p = 0,050$) и II а стадия ХСН ($p < 0,001$).



ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ЛЕГКИХ

ХАЛМУХАМЕДОВ Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Целью данного исследования явилось изучение встречаемости ИБС и АГ у больных силикозом, хроническим пылевым бронхитом (ХПБ) и хроническими интоксикациями химическими веществами (ХИХВ) и оценка электрокардиографических (ЭКГ) изменений.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 83 историй болезней и амбулаторных карт больных. Из них 60 с ранее диагностированным диагнозом силикоза I-II-III степени, 17 случаев хроническим пылевым бронхитом и 6 случаев хроническими интоксикациями химическими веществами. Возраст больных от 40 до 70 лет. Проведен статистический анализ встречаемости ИБС и АГ среди этих больных. Диагноз ИБС был поставлен после осмотра кардиолога. Проведен статистический анализ результатов ЭКГ.

Результаты. При ретроспективном анализе истории болезней с диагнозом силикоз выявлено 33 больных ИБС соответственно: в I степени – 12 случаев; во II степени – 15 случаев; в III степени – 16 случаев. Среди больных ИБС преобладали больные стенокардией напряжения II функционального класса. При этом постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) встречался в трех случаях со II и III степенью тяжести силикоза. У больных с ХПБ количество случаев ИБС составил 15, а также ПИКС – у 5. У одного больного в анамнезе было произведено стентирование коронарных артерий. АГ 2 степени у этих больных встречалась в 11 случаях, АГ 1 степени – в 5 случаях. При силикозах АГ встречалась 27 случаях соответственно по тяжести заболевания. У 20-ти больных с диагнозом силикоз выявлена нейроциркуляторная дистония. Почти у всех больных с ХИХВ был поставлен диагноз ИБС и АГ. У больных с диагнозом силикоз выявлена в 15-ти случаях синусовая тахикардия, в 12 случаях – метаболические изменения в миокарде, в 5 случаях – дистрофические изме-

нения в миокарде, в 3 случаях – рубцовые изменения и гипоксия в миокарде, 2 случая синусовой аритмии и синусовой брадикардии, 3 случая блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса, в единичных случаях встречался синдром преждевременной реполяризации желудочков, признаки нарушения преждевременной внутрижелудочковой проводимости, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка. У больных с ХБП в 5-ти случаях дистрофические и метаболические изменения в миокарде, в 2 случаях желудочковая экстрасистолия и мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка, в 5-ти случаях рубцовые изменения в миокарде, и единичные случаи синусовой брадикардии и тахикардии, гипоксии миокарда, блокады передней и задней ветви левой ножки пучка Гисса.

Выводы. Таким образом, роль нарушений сердечно-сосудистой системы при различных профессиональных заболеваниях весьма неоднородна: в одних случаях они лишь сопутствуют основному симптомокомплексу, связанному с профессиональным воздействием, в других – эти нарушения на определенном этапе становятся ведущими, определяющими клиническое течение, исход и прогноз заболевания. Изучение результатов электрокардиографических изменений, отражающих различные нарушения ритма или коронарного кровообращения миокарда, показало, что развитие нарушений функции внешнего дыхания может сказываться на некоторых системах, в том числе на проводимую систему и сократительную способность миокарда. Выявляемость электрокардиографических нарушений на ранних стадиях развития профессиональных заболеваний легких свидетельствует о необходимости индивидуального мониторинга функционального состояния сердечно-сосудистой системы и сократительной способности миокарда в процессе контакта с промышленными пылевыми аэрозолями.

ИЗУЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.

ХАШИМОВ А.А., БАККАЕВ И.К., АЧИЛОВ Ф.К., ТУЛАБОЕВА Г.М.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
кафедра кардиологии*

Актуальность. Известно, что коронавирусная инфекция может провоцировать острое поражение миокарда, что в свою очередь может усугу-

бить имевшиеся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) или привести к новым кардиологическим осложнениям. Поскольку ряд лекарственных



препаратов, используемых при COVID-19, оказывают кардиотоксическое влияние, необходим постоянный контроль гемодинамических параметров. Вирусная инфекция может дестабилизировать состояние сердечно-сосудистой системы, что значительно повышает риск летальности при сопутствующих ССЗ.

Цель исследования. Выявить предикторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты с COVID-19, проводили оценку появления симптомов заболевания, качества жизни, связанное со здоровьем, также проводилось физикальное обследование, лабораторные анализы, у части больных выполнялась оценка функции внешнего дыхания и рентгенологическое исследование.

Результаты исследования. Наблюдение проводилось за 60 больными, поступившими в ковид-стационар. Средний возраст $56,7 \pm 4,6$, из них мужчин 47 (78,3%), 13 (21,6%) женщин. Длительность заболевания (анамнестически от начала клинической симптоматики до госпитализации) составляла в среднем $14,6 \pm 2,5$ дней, длительность госпитализации составляла от 14 до 27 суток ($25,5 \pm 1,2$). Из включенных в

исследование у 57 (95%) отмечались сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (ИБС, АГ, ХСН и др.), у 46 (92%) сахарный диабет 2 типа, у 26 (52%) избыточная масса тела и/или ожирение, у 2 (4%) отмечался впервые выявленный стероидный диабет. Данные опроса показали, что никто из наблюдаемой когорты пациентов регулярно не лечился по поводу основного заболевания.

Выводы. Острое респираторное заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), зачастую возникает у больных с различными сердечно-сосудистыми факторами риска, которые могут оказать влияние на течение инфекционного процесса. Наиболее опасными для COVID-19 являются факторы повышения риска тромботических и тромбоэмболических осложнений, непосредственно приводящих к полиорганным поражениям, что несомненно ухудшает прогноз. В целом ряде исследований было показано, что COVID-19 может сопровождаться гиперкоагуляцией, с торможением фибринолиза, что приводит к микротромбозам в сосудах легких, почек, сердца и повышенному риску венозных тромбоэмболий, что способствует возникновению сердечно-сосудистых осложнений с утяжелением прогноза.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ COVID-19

ХИДОЯТОВА М.Р.¹, КАЮМОВ У.К.²

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить поражение клеточно-тканевых структур стенки коронарных сосудов на аутопсийном материале умерших от COVID-19.

Материалы и методы. Материалом исследования служили все отделы коронарных сосудов, умерших от COVID-19 в возрасте от 28 до 56 лет. Из коронарных сосудов кусочки вырезались из начальной, средней и внутримиеокардиальной частей. Кусочки фиксировались на 10% растворе на фосфатном буфере в течение 72 часов, затем промывали в проточной воде в течение 4 часов.

Результаты. Изучение мелких артерий и артериол при инфекции COVID-19 показало наибольшее поражение этих отделов коронарной артерии по сравнению с крупными частями этих артерий. Результаты микроскопического исследования показали, что на обзорном снимке в области расположения артерий интерстициальная ткань подвергнута сильному отеку с разрыхлением и распадом волокнистых структур. Дезорганизационные изменения в виде отека и разрыхления тканевых структур определяются непосредственно в стенке артерии. При этом отмечается истончение эндотелиального слоя за счет уплощения и десквама-

ции клеток. Вместо с этим на отдельных участках внутренней оболочки стенки артерии отмечается гипертрофия и гиперхромазия эндотелиальных клеток, особенно их ядерных структур. Субэндотелиальный слой, эластическая мембрана и гладкомышечный слой полностью подвергнуты сильному отеку и разрыхлению с участками распада и некробиоза. При этом отмечается дезорганизация, в основном расположенная в интерстициальной соединительной ткани, в которой определяется мукоидное и фибриноидное набухание с очагами фибриноидного некроза.

Соединительноткань клетки находятся в состоянии морфофункциональной активности в виде гипертрофии ядер. Местами в интерстиции стенки артерии определяется наличие единичных лимфоидных клеток. Гладкомышечные клетки также в состоянии белковой дистрофии, некробиоза, ядра которых имеют разные размеры и окрашиваемости, встречаются признаки апоптоза.

В более мелких артериолах, расположенных в толще миокарда, отмечается поражение всех слоев стенки сосуда. В просвете определяется склеивание эритроцитов друг с другом в виде сладж-

синдрома, также адгезирование к эндотелиальной поверхности с формированием мелких эритроцитарных тромбов. При этом, эндотелий артерии неровный, шероховатый за счет повреждения и гипертрофии эндотелиальных клеток.

Выводы. У умерших от COVID-19 отмечалось поражение мелких ветвей и артериол коронарных сосудов в виде эндотелиита, панваскулита и периваскулита с формированием в просвете сладж-синдрома, эритроцитарных, лимфоцитарных тром-

бов. В начальных отделах коронарных артерий обнаружено лишь поражением внутренней оболочки стенки в виде набухания, уплощения, десквамации эндотелиоцитов, отека, мукоидного набухания базальной и внутренней эластической мембраны. Набухание, появление гематоксилиновых включений в цитоплазме эндотелиоцитов, адгезия эритроцитов и лимфоцитов к поверхности эндотелия свидетельствует об альтерации внутренней оболочки, возможно, коронавирусом.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ КОМОРБИДНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

ШАРАПОВ О.Н.^{1,2}, ДАМИНОВ Б.Т.^{1,2}

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Сравнительно изучить показатели выживаемости у диализных больных, в зависимости от наличия у них сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Мы провели проспективное когортное исследование 165 пациентов (90 мужчин, 75 женщин) в 3 различных диализных центрах Узбекистана. Исследование продолжалось в течение 30 месяцев (с января 2018 года по июль 2020 года). Средний возраст составил $48,1 \pm 14,1$ года. Основными первичными заболеваниями были гломерулонефрит (46%), сахарный диабет (27%) и мочекаменная болезнь (8%). Продолжительность гемодиализа на момент включения пациентов в исследование составляла от 6 до 165 месяцев. Среди обследованных диализных больных 56% ($n = 92$) пациентов (52 мужчины и 40 женщин) имели ССЗ и 44% ($n = 73$) пациентов (38 мужчин и 35 женщин) не имели ССЗ. Основными ССЗ были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность и различные аритмии. Выживаемость определялась методом Каплана-Мейера. Доверительный интервал 95% был определен с использованием метода Гринвуда.

Результаты. Через 30 месяцев наблюдения 43,6% ($n = 72$) всех пациентов умерли, 56,4% ($n = 93$) пациентов выжили (из них 11 прошли операцию по пересадке почки). При анализе причин смертности, основными причинами, приводящими к смерти диализных больных, оказались острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, кома и острое кровотечение. У диализных больных с ССЗ внезапная сердечная смерть составила 63% ($n = 30$) от всех

причин смерти, тогда как у пациентов без ССЗ – 59% ($n = 14$). Средний возраст умерших ($53,6 \pm 1,6$) был значительно выше, чем у пациентов, продолжающих получать ГД ($45,6 \pm 1,5$). Средняя продолжительность гемодиализа у выживших ($33,0 \pm 5,4$) была выше, чем у умерших ($28,6 \pm 3,9$). Изучение дальнейшей судьбы пациентов показало, что среди умерших пациентов 68,1% ($n = 49$) пациентов были больны сердечно-сосудистыми заболеваниями, а среди выживших 53,7% ($n = 44$) не имели сердечно-сосудистых заболеваний. Среди продолжающих получать диализ пациентов без ССЗ было на 31,7% больше, чем среди пациентов с диагностированным ССЗ. У диализных пациентов с ССЗ, умерших в течение 30 месяцев проспективного наблюдения, было на 39,6% больше, чем у пациентов без ССЗ. Выживаемость пациентов с ССЗ составила 0,44 [95% ДИ 0,34–0,55], а у пациентов без ССЗ – 0,67 [95% ДИ 0,55–0,78].

Выводы. Согласно нашему исследованию, диализные пациенты с ХБП в более 80% случаев умирают из-за сердечно-сосудистых заболеваний. Основное место в структуре смертности занимает внезапная сердечная смерть, являющаяся причиной смерти более 60 % умерших пациентов. Сердечно-сосудистая коморбидность отрицательно влияет на выживаемость диализных пациентов в Узбекистане. У диализных пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране выживаемость на 33% выше, чем у пациентов с ССЗ. Эти данные в практическом отношении заставляют пересмотреть стратегию ведения этих больных в пользу жесткой системы профилактики и лечения ССЗ, что имеет значительные перспективы в повышении выживаемости и направлении на трансплантацию почки.



МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

ЭРНАЗАРОВА М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Ожирение является одним из значимых факторов риска развития хронической болезни почек (ХБП), в то же время нет единого мнения о вкладе разных фенотипов ожирения в развитие ренальных нарушений. В пилотных исследованиях доказана возможность использования маркеров раннего почечного повреждения для выявления ренальной дисфункции у больных ССЗ и сахарным диабетом. Единичны данные о взаимосвязи маркеров доклинического повреждения почек с параметрами, характеризующими гормонально-метаболическую составляющую ожирения (Satoh-Asahara, 2011). Согласно опубликованным данным, развитие хронического субклинического воспаления у больных ожирением способствует прогрессированию метаболических нарушений и формированию артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования. Изучить характеристики клинко-метаболических параметров в зависимости от фенотипа ожирения в ранней диагностике кардиренального синдрома.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов, имеющих избыточный индекс массы тела (ИМТ) (ИМТ более 30 кг/м²; окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин) в возрасте от 25 до 55 лет. У всех обследованных больных отмечалось наличие артериальной гипертензии (АГ) I–II стадии, 1–2-й степени, а также отсутствие патологии почек (заболевания почек в анамнезе, структурные изменения паренхимы и сосудов почек при ультразвуковом исследовании, изменения мочевого осадка и плотности мочи, протеинурия, снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²). Согласно указанным критериям сформированы следующие группы: (n = 20) 1-я группа – осложненное ожирение (ОО) ИМТ ≥ 30 кг/м², АГ, НГТ или НТГ, дислипидемия; (n = 20);

2-я группа – метаболически здоровое ожирение (МЗО) ИМТ ≥ 30 кг/м²; (n = 20); 3-я группа – АГ ИМТ 30 кг/м²). Степень инсулинорезистентности рассчитывали по индексу HOMA-IR, уровню инсулина, а также маркеры хронического субклинического воспаления (IL-6, TNF-α, CRP-hs).

Результаты исследования. При анализе метаболических показателей в группах выявлены особенности: так в 1-й группе установлены высокие значения тощаковой, постпрандиальной гликемии и уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), во 2-й и 3-й группах уровни постпрандиальной гликемии и HbA1c преобладали над таковыми в сравнении с группой здоровых. Между 1-й и 3-й группами различий значений в показателях липидного спектра не установлено. В 1-й группе индекс ОТ/ОБ коррелировал с уровнем ТГ Г ($r = 0,64$; $p = 0,01$), мочевой кислоты ($r = 0,53$; $p = 0,002$). Во 2-й группе увеличение ХС ЛПВП ассоциировалось со снижением уровня тощаковой гликемии ($r = -0,68$; $p = 0,05$). Для 3-й группы наибольшие связи установлены с уровнем ДАД и ИМТ ($r = 0,50$; $p = 0,002$). Для пациентов 1-й группы характерна инсулинорезистентность (ИР), проявляющаяся в более высоком уровне тощакового инсулина и индекса HOMAIR в сравнении со 2-й и 3-й группами. С увеличением доли жировой массы повышался уровень инсулина и HOMA-IR ($r = 0,60$ и $r = 0,65$; $p < 0,05$).

Выводы. Увеличение массы тела сопровождалось нарушениями углеводного и липидного обмена, повышением АД во всех группах наблюдения. Увеличение доли жировой массы в группе осложненного ожирения влекло за собой нарушения углеводного и липидного обмена, обмена мочевой кислоты, увеличение АД и прогрессирование ИР.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИО-ЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ

ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

АВАЗБЕКОВ Б., КОДИРОВА Г.И., ТАШТЕМИРОВА И.М., УЗБЕКОВА Н.Р., КАНДИЛБЕКОВ Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Безопасность применения тройной антитромботической терапии является одним из наиболее актуальных средств в современной кардиологии. Фибрилляция предсердий имеет место у 6-8% больных, перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) со стентированием. Как известно, двойная антиагрегантная терапия (комбинация ингибиторов P2Y₁₂-рецепторов и ацетилсалициловой кислоты) достоверно хорошо снижает риск развития тромбоза стента по сравнению с антагонистами витамина К, однако антикоагулянты в свою очередь достоверно эффективнее снижают риск ишемического инсульта у больных с ФП. При выборе лечебной тактики для пациентов с ФП, перенесших стентирование коронарных артерий, необходимо соблюдение баланса между риском развития тромбоза стента, ишемического инсульта и геморрагических осложнений.

В исследование было включено 20 больных, рандомизированных в 3 группы. В качестве первичной конечной точки по оценке безопасности рассчитана суммарная частота значимых геморрагических осложнений. Частота клинически значимых кровотечений в группах, получавших ривароксабан, была достоверно ниже по сравнению с группой стандартной терапии (16,7% в группе 1, 16,0% в группе 2 против 26,5% в группе 3; ОШ для группы 1, группы 3, 0,58; 93% ДИ; 0,46 до 0,75; $p > 0,05$).

В исследовании только 20% больных получали тройную антитромботическую терапию в течение 6 месяцев.

Частота сердечно-сосудистых событий (инсульт, инфаркт миокарда, тромбоз стента) достоверно не различалась в трех группах — эффективность обеих доз ривароксабана была сопоставима с эффективностью стандартной терапии.

При этом обращает на себя внимание широкий разброс доверительного интервала между тремя группами, обусловленный тем, что мощность исследования изначально не планировалась для оценки эффективности терапевтических схем, т.к. это потребовало бы значительного увеличения числа включенных больных (частота достижения вторичных конечных точек была мала, что не позволяет делать окончательные выводы о преимуществах и недостатках лечебных тактик и дозировок). Тем не менее стоит отметить, что кроме увеличения риска кровотечений при совместном использовании антикоагулянта и антиагреганта можно ожидать и относительного «суммирования» антитромботического эффекта в профилактике тромбоэмболического инсульта. Это предположение основано на том, что как минимум АСК продемонстрировала эффективность в профилактике инсультов, хоть и значительно меньшую в сравнении с антикоагулянтами.

Итак, полученные данные исследования позволяют предположить, что применение меньших доз ривароксабана ведет к значимому снижению числа геморрагических осложнений, однако эффективность применения ривароксабана 15 мг (однократно) и ривароксабана 2,5 мг (х 2 р/день) в отношении снижения риска ишемических осложнений требует дальнейшего изучения.

Исследование показало, что ривароксабан в дозировке 2,5 мг 2 р/день в сочетании с клопидогрелом или тикагрелором приводит к сопоставимой частоте клинически значимых кровотечений по сравнению с двойной антиагрегантной терапией (ацетилсалициловая кислота (АСК) + клопидогрел или АСК + тикагрелор соответственно). Хотя показатели первичной конечной точки эффективности были одинаковыми во всех группах лечения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ****АМИРКУЛОВ Б.Д., АМИРКУЛОВ Р.Ж., ЭРКАБАЕВ Ш.М., СУЛТАНОВ Б.А.****РСНПМЦК, г. Ташкент, Узбекистан**

Цель. Оценка результатов электрической изоляции устьев легочных вен (ИУЛВ). С 2017 по 2022г. 137 пациентам в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст $52,1 \pm 12,9$) с пароксизмальной (116) и персистирующей (21) формами ФП была проведена ИУЛВ методом радиочастотной аблации (РЧА).

Материалы и методы. Под флюороскопическим и чреспищеводным эхокардиографическим (ЧП ЭхоКГ) контролем проводилась пункция межпредсердной перегородки в области овальной ямки. Проводилась ангиография легочных вен. Затем проводили электрод Lasso 2515 с изменяющимся диаметром, а через 2-й интродьюсер проводили аблационный электрод.

Проводилось циркулярное картирование вен путем перемещения катетера Lasso. На синусовом ритме и на стимуляции венечного синуса регистрировали потенциалы легочных вен. Изолированную электрическую изоляцию устьев легочных вен (четко в области их впадения в левое предсердие) на синусовом ритме или при стимуляции венечного синуса начинали в области наиболее ранней активации муфты легочной вены, которую делили на 12 секторов, добиваясь полной электрической изоляции легочных вен от остальной части левого предсердия. При РЧА ЛВ были выявлены вагосимпатические феномены. Наибольшее количество вагусных рефлексов наблюдалось при воздействии в области устья ЛВЛВ, ПЛВЛВ и в коллекторе ЛЛВ.

Результаты. Антиаритмическая терапия до РЧА препаратами IA, IC, II, III классов была неэффективна при пароксизмальной форме в 87,4% случаев, малоэффективна – в 12,6%; при персистентной форме неэффективна в 88,9%, малоэф-

фективна – в 11,1%. Сопутствующая кардиальная патология была представлена артериальной гипертензией (АГ) у 28% пациентов, постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС) – у 26%, патологией щитовидной железы (ЩЖ) – у 19%, ишемической болезнью сердца (ИБС) – у 17%, а у остальных наблюдалась сочетанная патология (ИБС + АГ, АГ + ЩЖ, ПМКС + АГ, ПМКС + ЩЖ, ИБС + ЩЖ). Сопутствующие нарушения ритма, выявленные при пароксизмальной форме ФП: трепетание предсердий – у 19,7%; синдром WPW – у 4,4%; АВУРТ – у 1,4% больных.

Всем больным с пароксизмальной и персистентной формами фибрилляции предсердий проведена электрическая изоляция устьев всех легочных вен методом радиочастотной аблации и при необходимости аблация нижнего перешейка правого предсердия (переход ФП при изоляции ЛВ в трепетание предсердий I типа либо индукция стабильного ТП I типа после РЧА ЛВ), дополнительного предсердно-желудочкового соединения, АВУРТ. Всем больным после операции РЧА ЛВ регистрировали ЭКГ в 12 отведениях, проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (на 3-и сутки после операции, через 3 мес. на фоне антиаритмической терапии, через 6 мес. без ААТ, через 1 год. Больные были разделены на 2 группы: 1-я – с пароксизмальной ФП (116) и 2-я – с персистирующей (21). Сравнивалась эффективность аблации (срок наблюдения – 1 год) в двух группах, (4 последним пациентам срок наблюдения – 3 месяца). В 1-й группе эффективность составила 76% больных, во 2-й – 67,6%.

Выводы. При ЭФИ было выявлено, что аритмогенными чаще были верхние легочные вены и наличие впадающего в ЛП общего коллектора ЛВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Ж., СУЛТОНОВ Б.А.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан**

Цель работы. Представить результаты радиочастотной катетерной аблации больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) с 2017 по 2022 год.

Материал и методы. Катетерная аблация проведена у 512 больных с АВУРТ. Возраст больных от 14 до 66 (средний возраст $40,2 \pm 14,7$ года), из них женщин 369 (72%), мужчин 143 (28%). Из со-

путствующей патологии у 248 (48%) больных был диагностирован ИБС и ГБ, у 83 (16%) больных выявлен хронический миокардит. У 181 (36%) больного органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 2 до 29 лет (в среднем $18,7 \pm 4,9$ года). Большинство больных в течение многих лет принимали антиаритмические препараты с малым эффектом. С помощью чреспищеводного и внутрисердечного ЭФИ по стандартному протоколу устанавливался диагноз АВУРТ. Для проведения внутрисердечного ЭФИ пунктировались правая бедренная и правая яремная вены, через которые проводились электроды. После подтверждения диагноза АВУРТ по типу «slow-fast» на внутрисердечном ЭФИ проводилась аблационный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция «медленных путей» АВ-соединения в правой среднесептальной области с параметрами: $P = 30 \pm 3,2$ Вт; $t = 56 \pm 4,9$ °С; $I = 115,5 \pm 8,3$ Ом и длительностью по 60 сек. Всего проводились 3–5 радиочастотных воздействий. После этого проводилось контрольное ЭФИ, на котором данные за двойные пути АВ соединения не выявлялись.

В последнее десятилетие изучение качества жизни (КЖ) больного является важным, а иногда – основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. Нами была проведена оценка качества жизни больных АВУРТ по анкете SF-36 и по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) до и после катетерной радиочастотной абляции.

Результаты. У 512 больных были получены критерии эффективности деструкции «медленных путей» и эффективность процедуры составила 99,38%, в 6 случаях при проведении радиочастотной абляции отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением си-

нусового ритма к концу операции, в 3 случаях в связи с парагисальным расположением «медленных путей» критериев эффективности катетерной абляции достичь не удалось, осложнений, связанных с оперативным вмешательством, не было.

При исследовании показателей КЖ по анкете SF-36 через 6 месяцев после РЧА наиболее значимое улучшение отмечалось в плане ролевого физического функционирования RP (на 48,6%), физического функционирования PF (на 25,5%) и общего состояния здоровья GH (19,7%). Показатель BP телесная боль, хотя и повысился (на 13,8%), но не достоверно. Через 12 месяцев мы наблюдали существенное улучшение КЖ по всем параметрам физического компонента здоровья, которые не отличались от таковых у лиц контрольной группы.

Клинически выраженная тревога отмечалась у достоверно большего числа пациентов (63,6%). Суммарный показатель уровня тревоги составил $11,1 \pm 2,4$ балла и соответствовал клинически выраженной тревоге. Большинство (66,7%) больных имели субклинический вариант депрессии. Суммарное значение уровня депрессии составило $9,8 \pm 1,8$ балла и соответствовало показателю субклинически выраженных расстройств. Тестирование по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии через 12 месяцев показало, что у всех больных регистрировалось отсутствие достоверных симптомов тревоги и депрессии. Суммарный балл тревоги составил $-2,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,0001$), депрессии – $2,4 \pm 1,4$ ($p < 0,0001$).

Выводы. Радиочастотная катетерная абляция является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Ж., СУЛТОНОВ Б.А.

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

Цель работы. Представить результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы. Оперировано всего 18 больных, из них мужчин – 13 (72,2%), женщин – 5 (27,8%). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функци-

онального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ). Средний возраст больных составил $44 \pm 9,4$ года. Причины возникновения ХСН: ИБС – 10 (55,6%), ДКМП – 8 (44,4%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил $(3,5 \pm 1,2)$. Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS



комплекса, фракции выброса, конечно диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 3 месяцев имплантации СРТ-Д устройства.

Результаты. До имплантации устройства (ФВ) у исследуемой группы больных составила ($27,8 \pm 1,5\%$), КДО – ($220 \pm 18,4$), длительность комплекса QRS ($145 \pm 4,9$ мс). При изучение вышеуказанных показателей через 3 месяца после операции на фоне оптимальной медикамен-

тозной терапии и бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с ($27,8 \pm 1,5\%$) до ($36,2 \pm 1,64\%$), уменьшение КДО с ($220 \pm 18,4$) до ($195 \pm 17,4$) и показателей (ФК) по NYHA.

Выводы. Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РИСКА РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

АЧИЛОВ Ф.К., ХАШИМОВ А.А., АБДУКАДИРОВА Н.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан

Актуальность. Коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19) вызвало глобальную пандемию, захватившую в свои «железные тиски» жителей всей планеты. В ранних отчетах из Китая сообщалось, что общая частота нарушений ритма сердца у пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, составляет 17% с преобладанием среди пораженных лиц пожилого и старческого возраста. По данным метаанализа пилотных исследований показана более высокая частота аритмий (44%) наблюдалась у пациентов с COVID-19, госпитализированных в отделение интенсивной терапии. Однако типы и характер бремени аритмий в этой популяции до конца не изучены. Анализ исследований показывает, что полученные данные свидетельствуют о том, что инфекция SARS-CoV-2 и вторичное повреждение миокарда несомненно могут увеличить риск аритмии.

Целью данного исследования была оценка риска развития аритмий, включая фибрилляцию предсердий, брадиаритмию и неустойчивую желудочковую тахикардию среди пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19. Также была проведена оценка корреляции между возникновением аритмий и острой госпитальной летальностью.

Материалы и методы. В исследовании анализировалась медицинская документация (амбулаторные карты, стационарные эпикризы) 102 пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19, у которых была подтверждена инфекция SARS-CoV-2 с помощью анализа проб, взятых из носоглотки, с помощью полимеразной цепной реакции. Анализировались показатели жизненно важных функций, лабораторные анализы и применяемые в период госпитализации противовирусные препараты, исходы терапии. Коморбидные состояния

включали в себя ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда, хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипертензию, наличие в анамнезе фибрилляции предсердий, сахарного диабета, обструктивного апноэ во сне, хронической обструктивной болезни легких, болезни печени и хронической болезни почек. У исследуемых пациентов оценивали температуру тела, сатурацию кислорода и индекс массы тела. Оценивались общеклинические данные воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ, тромбоцитопения и др.), показатели коагуляционного гемостаза, D-димер, прокальцитонин и С-реактивный белок. Оценивались данные ЭКГ и суточного мониторинга ЭКГ и др.

Результаты. Анализ данных медицинской документации 102 пациентов пожилого возраста, перенесших COVID-19, средний возраст $52 \pm 11,8$ года; из них 54 (52,9%) мужчины, 48 (47,1%) женщин. Из общего числа пациентов 79 (77,5%) были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, у остальных 23 (22,5%) отмечались легкое и среднетяжелое течение без госпитализации. По сравнению с пациентами, которым не требовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии, при этом пациенты были старше и имели более высокую распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, диабета, легочных заболеваний, таких как обструктивное апноэ во сне и бронхо-обструктивную болезнь, а также заболевания печени и хроническую болезнь почек. Пациенты из отделение интенсивной терапии также имели более низкую сатурацию кислорода при поступлении, чем пациенты не из отделения интенсивной терапии. В отношении биомаркеров пациенты из отделения интенсивной терапии

чаще имели устойчиво повышенный лейкоцитоз, высокие значения D-димера, прокальцитонина и С-реактивного белка при поступлении, чем пациенты, которым не требовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии. Более того, пациенты в стационаре получали гидроксихлорхин, фавипиправир или ремдесивир, в отличие от пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Из исследуемой когорты только у 39 (38,2%) пациентов в анамнезе присутствовала постоянная форма фибрилляции предсердий, у 20 (19,6%) имели наджелудочковые непараксизмальные нарушения ритма, у 14 (13,7%) в анамнезе было наличие признаков синдрома слабости синусового узла, у 11 (10,8%) нарушения AV проводимости различных степеней. Среди исследуемой когорты пациентов, включающей все случаи госпитализации с COVID-19 за период 3 месяцев после перенесенного процесса, 2 пациента (2%) умерли, остальные включены в группу динамического наблюдения. В период после стационарного лечения зарегистрированы у 5 (4,9%) пациентов новые случаи аритмий, в частности, у 2 пациентов наблюдалась параксизмальная наджелудочковая тахикардия, в 2 случаях – фибрилляция предсердий пароксизмальная форма, 1 случай – желудочковая тахикардия по типу «пирует» (torsades de pointes), которые потребовали фармакологического лече-

ния и длительного динамического наблюдения. Случаев новой блокады сердца, устойчивой желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков в исследуемой когорте пациентов с COVID-19 на момент исследования выявлено не было.

Выводы. Полученные данные пилотного исследования свидетельствуют о том, что частота случаев аритмий у пациентов с COVID-19 соответствует тяжести заболевания и не является единственным следствием вирусной инфекции. Пожилые пациенты с более тяжелым системным протеканием заболевания, с наличием коморбидной патологии имели более высокую вероятность развития как случаев новой аритмии, так и усугубление существующих аритмий. Результаты проведенных исследований подчеркивают важность длительной антикоагулянтной терапии, так как COVID-19 может проявляться тромботическими осложнениями, включая артериальный и венозный тромбоз, в особенности при наличии аритмий. Не исключается прямой миокард-повреждающий эффект инфекции SARS-CoV-2, что требует расширения спектра исследования с включением оценки влияния аритмических событий на пациентов, перенесших COVID-19 без коморбидной патологии и наличия аритмий в анамнезе в долгосрочной перспективе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ WPW (С НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ДЕЛЬТА-ВОЛНОЙ НА ЭКГ) С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

АЧИЛОВА Ш.С., ХАМИДОВ И.Н., ТУРСУНКУЛОВ И.К., ИСТАМОВА С.С.

РИКИАТМ СВФ, Самарканд

Цель работы. Особенности купирования – оказание первой помощи манифестирующей формы WPW (с незначительной дельта-волной на ЭКГ) с фибрилляцией предсердий.

Материалы методы. Пациент Н. 1981 года рождения. Поступил в реанимацию с жалобами на сердцебиение, потерю сознания.

Из анамнеза: приступ сердцебиения с детского возраста. Обратился с жалобами на сердцебиение в поликлинику по месту жительства, была оказана первая помощь (верапамил, дигоксин, кордарон). В связи с ухудшением состояние больной был направлен в РИКИАТМ СВФ. На ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердия с расширенным комплексом QRS на фоне тахикардии. На мониторе регистрируется очередное проведение по ДПЖС и

по АВ-узлу. Пациенту был введен кордарон 300 мг болюсно, далее выполнена 3 раза кардиоверсия:

- 1) 150 Дж – безуспешно;
 - 2) 200 Дж – при второй попытке отмечалась ФЖ;
 - 3) 300 Дж – восстановление синусового ритма.
- После восстановления синусового ритма на ЭКГ регистрируется незначительная дельта-волна PQ интервал (0,14-0,16).

Дальнейшая тактика: пациенту выполнена эффективная РЧА ДПЖС задней локализации.

Вывод. При таких незначительных случаях манифестирующей формы WPW синдрома на ЭКГ нужно с осторожностью использовать антиаритмические препараты, учитывая, что риск возникновения ФЖ очень высокий. Таким пациентам показано только применение кордарона и ЭИТ.



РОЛЬ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

THE ROLE OF THE MORPHOFUNCTIONAL STATE OF THE LEFT ATRIUM IN THORACOSCOPIC ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION

КАДЫРОВА М., СТРЕБКОВА Е.Д., НОВИКОВ М.А., ЯЛОВА Е.В., РЕВИШВИЛИ А.Ш.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Цель работы. Оценить влияние ремоделирования левого предсердия на торакоскопическое лечение фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Было проведено проспективное когортное исследование 121 больного с ФП, которым за период с 2018 по 2021 г. было выполнено торакоскопическое лечение фибрилляции предсердий (ТЛ ФП) на базе ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России. Все пациенты были разделены на две группы, в I группу были включены пациенты с увеличенным показателем LAVI, во II группу пациенты с нормальным показателем LAVI до 34 мл/м² [Demarchi A. et al.].

Результаты. По данным Эхо-КГ средний показатель LAVI составил 45,48±9,3 мл/м² и 28,59±4,13 мл/м² в I и II группах соответственно (p=0,212). Гигантское ЛП (LAVI более 50 мл/м²) было диагностировано у 13 (21%) пациентов в I группе, преимущественно с длительно-персистирующей формой ФП.

Среднее значение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по Тейхольцу в I группе 61,62±7,041%, во II группе 63,57±6,16% (p=0,8). Средний показатель LAVI, по данным Эхо-КГ в I группе составил 45,48±9,3 мл/м² по сравнению с 28,59±4,13 мл/м² во II группе (p=0,212), тогда как по данным МСКТ с контрастированием с учетом устьев легочных вен индексируемый объем ЛП 94,41±21,4 мл/м² и 58,9±9,8 мл/м², в I и II группах

соответственно (p=0,473). Корреляционный анализ по Спирмену показал, что существует взаимосвязь между LAVI и ФВ ЛЖ.

Эффективность ТЛ ФП в I группе составила 80,8% при непароксизмальной ФП и 88,9% при пароксизмальной ФП. Во II группе устойчивый синусовый ритм регистрировался у 88,9% случаев при пароксизмальной ФП и в 77,8% при непароксизмальной ФП. Корреляционный анализ по Спирмену также подтверждает зависимость восстановления и удержания синусового ритма от LAVI и является единственным фактором, который в нашем исследовании влияет на эффективность ТЛ ФП. Антиаритмическая терапия была отменена через 1 год у 74,4% пациентов от общего числа больных.

Типы рецидивирующей предсердной тахикардии были распределены неравномерно (p=0,07). Рецидив ФП при увеличенном LAVI был у 7 (12,1%) пациентов и у 5 (8%) пациентов с нормальным LAVI.

Заключение. Данные нашего исследования показали, что увеличение LAVI снижает эффективность ТЛ ФП в отдаленном периоде на 1,9% по сравнению со II группой при LAVI<34 мл/м². Полученные результаты согласуются с данными ранее представленных работ. Таким образом, для увеличения эффективности эпикардиальных абляций необходимо проводить более детальное изучение количественных показателей ЛП.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ХАЛИКОВА А.Б., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

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

Цель исследования – оценить клинико-гемодинамическую эффективность СРТ у больных ХСН II-III ФК по NYHA и полной блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) с QRS более 130 мс.

Методы. Была проведена ретроспективная оценка данных 23 пациентов (8 женщин, 15 муж-

чин) с ишемической и дилатационной кардиомиопатиями, которые находились на оптимальной медикаментозной терапии СН до имплантации СРТ, согласно рекомендациям РКО или ESC. Длительность наблюдения составила 5,1±1,17 года. Клиническая оценка включала функциональный

класс по NYHA, качество жизни, результаты теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), параметры эхокардиографии и мозговой натрийуретический пептид pro b-типа сыворотки (NT-ProBNP).

Результаты. Средний возраст больных составил $45,33 \pm 15,17$ года. За период наблюдения после имплантации СРТ отмечено достоверное улучшение качества жизни и переносимости физической нагрузки. Так, отмечено увеличение легкопроходимой дистанции по ТШХ с $145,7 \pm 20,1$ м до $219,5 \pm 42,2$ м ($p < 0,0001$). Средняя продолжительность комплекса QRS сократилась с $164,4 \pm 13,2$ мс до $126,4 \pm 13,6$ мс ($p < 0,0001$). При эхокардиографическом исследовании показано уменьшение конечного диастолического размера левого же-

лудочка (КДРЛЖ) с $68,95 \pm 5,05$ мм до $62,8 \pm 4,47$ мм, $p = 0,0002$, и конечного систолического размера левого желудочка (КСРЛЖ) с $54,1 \pm 4,5$ мм до $46,5 \pm 4,1$ мм, $p < 0,0001$. При этом, ФВ ЛЖ ожидаемо увеличилась с $40,3 \pm 2,8$ до $48,3 \pm 4,2$ мм, $p < 0,0001$. Данные изменения сопровождались значимым снижением уровня NT-ProBNP в сыворотке с $1025,6 \pm 363,1$ пг/мл до $594,9 \pm 263,5$ пг/мл ($p < 0,0001$).

Выводы. Имплантация СРТ у пациентов, находящихся на оптимальной медикаментозной терапии СН, сопровождается дополнительным значимым улучшением клинико-функциональных показателей, сократительной способности миокарда и снижением МНУП при среднесрочном наблюдении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЗ ВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ХАМИДОВ И.Н., ТУРСУНКУЛОВ И.К., МАХМУДОВ А.Х., АСКАРОВ И.К., АЧИЛОВА Ш.С.

Самарканд РИКИАТМ СВМФ

Цель работы. Успешное лечение желудочковой экстрасистолии и желудочковой тахикардии из верхушечной области левого желудочка.

Материалы методы. Больная Э. 14 лет. Поступила в аритмологическое отделение с жалобами на приступы учащенного сердцебиения. Приступы тахикардии беспокоят с декабря 2021 года. На ЭКГ регистрируется ЖЭ с эпизодами ЖТ с ЧЖС 240-250 уд/мин. (Q-T интервал 0,42 мс). На СМХ (на фоне кордарона, метопролола) ЖЭ 28972 мономорфная с пробежкой ЖТ. На ЭХО ФВ 58%, КДР – 5,8. Выполнено ЭФИ. Пациентка доставлена в рентгеноперационную на синусовом ритме с ЧСС 64-70 уд/мин., с частой ЖЭ и с неустойчивой ЖТ. При картировании ЖЭ наиболее ранняя точка в ПЖ не регистрируется. Далее пунктирована правая бедренная артерия. Орошаемый электрод проведен в ЛЖ. При картировании ЛЖ самая ранняя зона ЖЭ и ЖТ отмечается в верхушечной части ЛЖ с опережением от референта 44-48 мс. При стимуляционном картировании морфологии стимулированные комплексы идентичны с комплексами ЖЭ на 12-канальных ЭКГ. Там же выполнено несколько точечных РЧА воздействие с феноменом разогрева миокарда, но без эффекта. Наблюдаются изменения меньшей степени морфологии ЖЭ на 12-канальных ЭКГ. Средняя тем-

пература 35-45 градусов, мощность 35 Вт и сопротивление 116-140 Ом. Дополнительно проведено РЧА в данной зоне (мощность 38 Вт) с купированием ЖТ. Сразу после РЧА ЖЭ нет. Выполнена объемная, линейная РЧА воздействие в области верхушечной части в боковой стенке ЛЖ. Через 30 мин наблюдении ЖЭ нет. Средняя температура 35-45 градусов, мощность 38 Вт и сопротивление 130-140 Ом. На СМХ через 3 месяца 580 ЖЭ без регистрации ЖТ.

Вывод. У пациента с кардиопатией РЧА является высокоэффективным методом лечение ЖТ, но такие больные нуждаются в имплантации КВД.



Желудочковая тахикардия на ЭКГ.



ОСОБЕННОСТИ РЧА ДПЖС У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

ХАМИДОВ И.Н., ТУРСУНКУЛОВ И.К., МАХМУДОВ А.Х., ИСТАМОВА С.С.

Самарканд РИКИАТМ СВМФ

Цель. Изучить особенности РЧА ДПЖС у пациентов с пирамидальной локализацией

Материалы и методы. За период с 2021 по 2022 г. оперировано 57 пациентов с различной локализацией ДПЖС. Возраст больных составляет от 9 до 65 лет, из них мужчин 31, женщин 26.

Выявлено 16 случаев (мужчины 7, женщин 9) ДПЖС с пирамидальной локализацией. Из них манифестирующая форма диагностирована у 9 (56,25%) пациентов, скрытая форма у 5 (31,25%) пациентов и интермиттирующая форма у 1 (6,25%) пациента.

Результаты. По результатам ЭФИ у 12 пациентов эффективная РЧА выполнена с правосторонним доступом (манифестирующая форма – 8, интермиттирующая – 1, скрытая – 3) из них в 3 случаях выявлен множественный ДПЖС. В 3 случаях и правосторонним, и левосторонним (ретроградным) доступом (из них 2 – манифестирующая,

у 1-го пациента пучок закрылся антеградно с исчезновением дельта-волны, при дальнейшем РЧА ретроградно – ВА диссоциация, у обоих пациентов пучок закрылся слева, 1 – скрытая форма, при этом пучок закрылся справа) у 1 пациента правосторонним доступом (скрытая форма), при этом Кент закрылся в области перешеек ампулярной части КС (с контрастированием). У 1-го пациента справа и слева эффекта нет, но внутри КС изменился рефрактерный период ДПЖС, антеградный и ретроградный АЭРП-ДПЖС составили 590 и 400 мс соответственно.

Выводы. РЧА является эффективным методом лечения при пирамидальной ДПЖС. Эффективность операции составила 93,75%. В нашей практике по большей части (81,25%) пирамидальные пучки закрываются с правосторонним доступом.

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРИДА УЙҚУДАГИ ОБСТРУКТИВ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СИНДРОМИНИ АНИҚЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

МАХКАМОВА Н.У., ХАСАНОВА К.М.

Республика кардиология иқтисослаштирилган илмий амалий тиббиёт маркази Тошкент шаҳри

Долзарблиги. Дунё бўйича уйқудаги обструктив апноэ синдромнинг (УОАС) кенг тарқалишига қарамасдан жуда кам ҳолатларда диагностика қилинади ва даволанади. 80% ҳолатларда ўрта ва оғир даражадаги уйқудаги апноэ аниқланмайди ва адекват даволанмайди. Бу эса ҳаёт сифатининг ёмонлашувига, инсулинрезистентлик ва юрак қон томир касалликлари ҳавфи ошишига ва тўсатдан ўлимга олиб келади. Унинг прогнозини ўрганиш натижаси шуни кўрсатдики, Юрак ишемик касалликлари (ЮИК) УОАС билан биргаликда учраганда уни эрта даврларда ташхис қўйилганда ва даволаганда беморлар ҳаёт давомийлиги узайишини кўрсатиб берди.

Мақсад. Кардиоваскуляр касалликларда уйқудаги обструктив апноэ/гипопноэ синдромини скрининг – кардио респиратор мониторинг ёрдамида аниқлаш ва даволаш.

Материал ва методлар. Текширув Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт марказида олиб борилди. Бизнинг кузатувимизда 62 та бемор бўлиб, уларнинг барчасига ЮИК II ва III функционал синфлари ташхиси қўйилган бўлиб, ҳамма беморларда бош мия қон айланиши сурункали етишмовчилиги кузатилган. Беморларнинг ёши 40 – 72 ёш (ўртача 56, ёш) оралиғида бўлиб, уларнинг 25 нафарини аёллар, 37 нафарини эркаклар ташкил қилди. Барча беморларда тунги нафас етишмовчилиги, уйқу бузилиши, хуррак ва кундузги уйқувчанлик бўлганлиги сабабли, Эпворт уйқувчанлик шкаласи (ЭУШ) ва уйқу субъектив белгиларининг модифицирланган шкаласи орқали текширилди ва кардиореспиратор

мониторинг “SOMNOchek micro” (Lowenstain micro 2019 - 10, Germany) аппарати ёрдамида кардио респиратор ўзгаришлар аниқланди.

Натижа. ЭУШ бўйича беморларнинг 48 нафарида юқори кундузги уйқувчанлик (77,4%) ва 14 (22,6%) та беморда ўрта даражадаги уйқувчанлик аниқланган. Уйқунинг субъектив шикоятлари модифицирланган шкала натижаларига кўра 58 (93,5%) нафар беморлар уйқусизлик ва унинг асоратларидан шикоят қилган, 4 (6,5%) нафар беморда норма аниқланган. Кардио респиратор мониторинг ҳулосасига кўра беморларнинг 10 (16,1%) нафарида норма, 19 (30,6%) да енгил даража, 21 (33,9%) ида ўрта оғир ва 12 та беморда жуда оғир обструктив апноэ/гипопноэ аниқланган. Олинган натижаларга кўра беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 1 – гуруҳ енгил даража обструктив апноэ аниқланган беморлар бўлиб, уларга уйқу гигиенаси ва когнитив ҳулқ атвор психотерапияси ўтказилди. 2 – гуруҳга ўрта оғир ва оғир даражадаги беморлар киритилди ва уларга уйқу гигиенаси, когнитив ҳулқ атвор психотерапияси билан биргаликда CPAP – терапия (Continuous Positive Airway Pressure) (Lowenstain 2019 - 10, Germany) ўтказилди.

Хулоса. Америка кардиологлари ассоциацияси берган маълумотларига кўра, юрак ишемик касаллиги, иккиламчи АГ ва рефрактор АГ формаларини профилактика, диагностика ва даволашда УОАС касаллик сабаблари орасида биринчи ўринга қўйилган. УОАС ни эрта даврларда аниқлаш ва даволаш кардиоваскуляр касалликларнинг ривожланиши ва тўсатдан ўлимни олдини олишда муҳим аҳамиятга эгадир.

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ЭСЦИТАЛОПРАМА ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ****УСМАНОВА Н.А., САЛИМОВА Н.Р., МАХКАМОВА Н.У.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан**

Цель. Определить терапевтический потенциал эсциталопрама у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР).

Материалы и методы. В исследование было включено 90 пациентов (средний возраст $66,5 \pm 12,5$ года, давность болезни – $6,0 \pm 3,2$ года) с ХСН и ТДР. Диагностика основывалась на результатах общеклинического рутинного кардиологического и неврологического осмотра, оценки клинического состояния (ШОКС), теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, инструментальных методов обследования сердца и головного мозга, исходно и в динамике лечения на 10, 30 и 90 дни. Все больные получали базисную терапию (БТ) ХСН согласно современным стандартам. Далее методом случайной выборки больные разделены на: основную группу (N=40), получавших БТ+эсциталопрам в дозе 10 мг внутрь, ежедневно 3 месяца, и группу сравнения (N=50) – БТ без эсциталопрама. Критерием хорошего терапевтического ответа на лечение считали улучшение самочувствия, настроения с редукцией тревоги и депрессии по HADS на более чем 50% от исходного и положительную динамику в течении кардиальной патологии.

Результаты. Сравнительный анализ полученных результатов лечения по группам показал, что на 10 день на фоне БТ+ эсциталопрам у более 50% пациентов уровень тревоги снизился с $8,58 \pm 4,96$ до $7,33 \pm 4,23$ и депрессии с $8,0 \pm 3,5$ балла до $6,8 \pm 4,2$ балла, против $7,56 \pm 4,3$ и $11 \pm 5,0$ балла в

группе сравнения. К 1-му месяцу ТДР отсутствовали у более чем 35%, а к 3-му месяцу показатели ТДР снизились до нормальных значений у более чем 80% пациентов, леченных эсциталопрамом ($p < 0,05$). В то время как в группе сравнения (БТ без эсциталопрама) частота и критический уровень ТДР сохранялись в более чем 65% случаев ($p < 0,01$). Примечательно, что регресс ТДР, особенно в основной группе к 3-му месяцу наблюдения, сопровождался достоверным приростом такого клинически значимого объективного показателя для пациентов с ХСН, как ТШХ (до 275 м против 250 м в группе сравнения), а также уменьшением ШОКС (2-кратное уменьшение баллов в основной группе, против 1,3 – в группе сравнения ($p < 0,05$)). В результате клиническое течение ХСН в основной группе за 3 месяца наблюдения было достоверно более благоприятным по всем показателям. Это свидетельствует о действительно значимом вкладе ТДР в окончательное клиническое оформление, течение и исходы ХСН.

Выводы. Таким образом, применение эсциталопрама в дозе 10 мг/сутки дополнительно к базисной терапии пациентов с ХСН и ТДР кумулятивно снижало частоту и уровень ТДР, что благоприятно влияло и на клиническое течение кардиальной патологии. Это указывает на необходимость учета при ХСН факта наличия ТДР и обязательности их оптимальной коррекции с целью улучшения прогноза даже в случае такой тяжелой органической патологии сердца, как ХСН.

КАРДИОЛОГИЯ АМАЛИЁТИДА УЙЎУ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ СКРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ**ХАСАНОВА К.М., МАХКАМОВА Н.У.****Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази**

Уйқу бузилишларини аниқлашда биринчи ўринда бемор субъектив шикоятлари тингланади. Беморлар шикояти турлича бўлиб, уларни аниқлаштиришда психологик тестлар қулайдир. Ҳозирги замонавий тиббиётда турли касалликларни аниқлашда скрининг тестлар қулай бўлиб, бирламчи ташхис қуйишда айти мударо ҳисобланади.

Уйқу бузилишларини ва улар натижасида юзага келган асоратларни аниқлашда жуда кўпгина

тестлар мавжуд: Эпворт шкаласи, СТОП БАНГ, Берлин сўровномаси, ҳавотир ва депрессия госпитал шкаласи (HADS), когнитив ҳолатни аниқловчи (Mini-mental State Examination, MMSE), уйқунинг субъектив шикоятлари модифицирлашган шкала ва ҳк. Бу тестлар инсомния, уйқудаги обструктив апноэ, психозэмоционал бузилишлар ва когнитив ҳолатни аниқлашда ёрдам беради. Бир неча тестларни кўпгина ҳолатда бир беморда қўллашга

тўғри келади. Соматик касаллиги мавжуд беморларда бир вақтнинг ўзида бир неча тест қўллаш уларнинг руҳий толиқишига олиб келади. Шунинг учун бир неча кун давомида беморлар текширилади.

Юқоридаги ноқулайликларни енгиллаштириш мақсадида биз тажрибамиздан келиб чиққан ҳолда «Уйқу бузилишининг скрининг сўровномаси» ни электрон шаклда ишлаб чиқдик. Бу сўровнома 20 та саволдан иборат бўлиб, 4 та бўлимга бўлинган субтестлардан иборат ва ҳар бир бўлимда 5 та савол мавжуд. Бу сўровнома беморларда психологик статусни, уйқунинг сифатини, уйқудаги хурракни ва когнитив ҳолатни скрининг аниқлашга ҳамда кейинги йўналишни танлашга яъни беморга инструментал текширувга зарурат бор ёки йўқлигини кўрсатиб беради.

Шундай қилиб, «Уйқу бузилишининг скрининг сўровномаси» ўтказиш орқали беморларда нафақат уйқу бузилишлари балки руҳий эмоционал статус ва ҳотира-диққатдаги ўзгаришларни аниқлаш имкони бўлади, беморлар ва шифокор вақти тежалади.

Изоҳ: Сўровнома 4 бўлимдан иборат бўлиб, ҳар бир бўлим 5 та саволдан иборат. Саволларга жавоблар «ҳа» ёки «йўқ» кўринишида берилади ва

ҳар бир жавоб 1 баллдан ҳисобланади. Ҳар бир бўлимдан 2 ва ундан ортиқ балл ижобий натижа ҳисобланади. II ва III босқич саволлари ижобий натижалари бўлган беморлар кейинги босқичда инструментал текширувларга (кардиореспиратор мониторинг ёки полисомнография) юборилади. III бўлимдаги 15 савол тана вазни ва бўй узинлиги киритилганда автоматик равишда ҳисобланилади. IV бўлим орқали беморда когнитив функциялар ўрганилади. 1 ва 2 саволларга «ҳа» ёки «йўқ» кўринишида жавоб берилади. Кейинги саволлар эса ёзма равишда амалага оширилади.



ВИЛЛИЗИЙ АЙЛАНАСИ АНОМАЛИЯЛАРИ ВА УМУРТҚА АРТЕРИЯСИ ГИПОПЛАЗИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ КЕЧИШИНING ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.

ЮЛБАРИСОВ А.А., ИРНАЗАРОВ А.А., АЛИДЖАНОВ Х.К., АХМАТОВ О.М., МУМИНОВ Р.Т., ДЖАЛИЛОВ А.А., ДЖУМАНИЯЗОВА Д.А., ЙУЛЖУРАЕВ А.А.

Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази.

Мақсад: Умуртқа артерияси гипоплазияси (УАГ) ва Виллизиев айланасининг (ВА) турли аномалиялари бўлган беморларда ишемик инсульт клиник ва неврологик кечишини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази ва Тошкент тиббиёт академияси кўп таромоқли клиникаси қон томир бўлимларида 2019-2021 йиллар оралиғида 45-74 ёшгача (ўртача ёши $62 \pm 5,1$ йил) бўлган, ишемик инсульт ўтказган 74 (100%) беморлардан 51 (68,9%) эркаклар ва 23 (31,1%) аёллар ташкил қилди. Улардан 26 (35,1%) нафари 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда ишемик инсультни бошдан кечирган. Барча беморлар невровизиуал (ДС, ТКДС, МСКТА, МРТА), клиник-неврологик текширув, тор доирадаги зарур мутахассисларнинг маслаҳатлари, NIHSS ва Рэнкин шкаласи бўйича беморлар функционал ҳолатини баҳолаш тестларни ўз ичига олган кенг қамровли клиник текширувдан ўтказилди. Шулардан ИИ га чалинган 26

(35,1%) беморларда ВА сининг турли кўринишдаги аномалиялари қайд этилди: 12 беморда ички уйқу артериясининг (ИУА) орқа трифуркацияси, 9 беморда ИУА сининг олдинги трифуркацияси, 11 беморда ИУА си трифуркациянинг умуртқа артерияси гипоплазияси ИУА сининг турли даражадаги атеросклеротик торайишлари қўшилиб келиши аниқланди. Тадқиқот натижаларига кўра, беморлар икки гуруҳга ажратилиб таҳлил қилинди: 1 – гуруҳ, фақат ВА си аномалиялари аниқланган ($n=15$), 2-гуруҳга ВА аномалияси, унга кушимча умуртқа артерияси гипоплазиясининг қўшилиб келган ҳолати ($n=11$).

Натижалар: Ишемик инсульт ўтказган беморларда бош миянинг структуравий тузилиши, ўтказилган ишемик ўчоқ зонасининг ўлчамлари МРТ текширув маълумотларига кўра таҳлил қилинди: ИИ ўтказган жами 26 (100%) беморлардан 24 (92,3%) инсультдан кейинги ишемик ўчоқ аниқланди, улардан лакунар – 6 (23,1%), кичик ўлчамли – 5 (19,2%), ўрта катталиқдаги ишемик



ўчоқ – 4 (15,4%), катта ўлчамдаги ўчоқлар эса 9 (34,6%) беморларда қайд қилинди. Эътиборли томони ВА си аномалиялари бор томонда ишемик ўчоқлар жойлашуви 19 (73,1%) да аниқланган. Катта ўлчамдаги ишемик ўчоқлар ВА си олдинги бириктирувчи артерияси аплазияси, орқа бириктирувчи артерия аплазиялари аниқланган беморларда айнан УАГ си қўшилиб келган беморлар хиссасига тўғри келиши коллатерал қон оқим ахамиятида ВА сининг ўз ўрни борлигини кўрсатмоқда. 1-гуруҳдаги 11 (73,3%) беморларда бош оғриғи, 8 (53,3%) тасида бош айланиши, 13 (86,7%) беморларда VII-XII жуфт н.м.ф , турли даражадаги ҳаракат бузилишлари (мушак кучининг 1-3 баллгача пасайиши), спастик мушак тонусининг ошиши, анизорефлексия аниқланди. Координацион синамалар бузилиши 7 нафар (46,7%) икки томонлама орқа бириктирувчи артерия нуқсонлари бор беморда қайд этилди.

Инсултга учраган (100%) беморларда ногиронлик даражаси UK-TIA Study Group 1988 йил ишлаб чиқарилган Рэнкин шкаласи бўйича баҳоланди. Рэнкин шкаласи бўйича баҳоланган инсултнинг тикланиш давридаги неврологик касалликлар туфайли юзага келган функционал бузилишлар – $2,74 \pm 0,11^*$, NIHSS бўйича баҳолаганда – $7,74 \pm 0,38^*$ ташкил қилди. Бош миянинг ишемияга сезгирлиг синмасини ўтказишда (Матас синамаси)

критик даражали толерантлик – 4 (26,7%) беморда, 5 (33,3%) беморда паст толерантлик аниқланди. 2-гуруҳ беморларида 9 (81,8%) бош оғриғи, 7 (63,6%) бош айланиши, VII-XII жуфт н.м.ф крациал нервлар томонидан иннервация қилинган мушакларнинг марказий парезлари, турли даражадаги ҳаракат бузилишлари (мушак кучининг 1-2 баллгача пасайиши), мушаклардаги спастик гипертонус, 8 (72,7%)-анизорефлексия аниқланди. 9(81,8%) беморда ВБ етишмовчилик белгилари қайсики УАГ ёки икки томонлама орқа бириктирувчи артерия нуқсонлари бор беморларда кузатилди.

Бу гуруҳдаги беморларда Рэнкин шкаласи бўйича – $3,14 \pm 0,15^*$, NIHSS бўйича баҳолаганда – $6,81 \pm 0,44^*$ ташкил қилди. Бош миянинг толерантлигини аниқлашда Матас синамасининг критик даражаси 5 (45,5%) беморда, 3 (27,3%) беморда паст толерантлик аниқланди.

Хулоса: Виллизий айланаси аномалиялари бўлган беморларда инсулт кечишининг оғирлиги умуртқа артериясининг гипоплазияси билан биргаликда сезиларли даражада юқори, NIHSS ва Рэнкин шкаласи бўйича баҳоланганда неврологик етишмовчиликнинг ҳамда функционал бузилишларнинг тафовути ВА си аномалияларида гемодинамик бузилишларнинг компенсациясининг бузилиши билан боғлиқ .



ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФОММЦ

АХМАДАЛИЕВ Б.К., ИСАКОВ У.И., РУЗИБОЕВ А.А., ОЛИМОВ М.А.

Ферганский областной многопрофильный медицинский центр, г. Фергана

Цель работы. Изучить шестимесячную динамику клинических эхокардиографических параметров у пациентов с сердечной недостаточностью с промежуточной фракцией выброса (СНпрФВ) после проведения чрескожного коронарного вмешательства со стентированием коронарных артерий (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование было включено 60 пациентов (из которых 46 – мужчины) с СНпрФВ на фоне хронического коронарного синдрома. Средний возраст составил $58 \pm 7,4$ года. Критериями включения участников исследования были наличие СНпрФВ и хронический коронарный синдром, гемодинамически значимый стеноз ($\geq 70\%$ просвета) хотя бы одной КА, запланированное ЧКВ. Критерии исключения из исследования: гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, онкологическая патология высокой степени тяжести, имплантированный искусственный водитель ритма, хроническая болезнь почек с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м², тяжёлые неврологические и психические расстройства. До и через 6 месяцев после ЧКВ собирались следующие данные: жалобы и анамнез, количество баллов по ШОКС, тест шестиминутной ходьбы, функциональный класс СН (NYHA), функциональный класс стено-

кардии (ССС), параметры центральной гемодинамики (эхокардиография с определением ФВ ЛЖ по Simpson). Все пациенты получали медикаментозную терапию, индивидуально скорректированную лечащим врачом-кардиологом. 70% пациентов до проведения ЧКВ имели ИМ в анамнезе давностью не менее 6 месяцев.

Результаты. Рестенозов, инфарктов миокарда и смертей за наблюдаемый период не зарегистрировано. После ЧКВ установлено статистически значимое улучшение клинических характеристик, а также линейных и объёмных показателей ЛЖ. Тем не менее ФВ ЛЖ не обнаружила значимой гемодинамики. При сравнении ФВ ЛЖ между группами с ИМ в анамнезе и без ИМ в анамнезе обнаружена статистически значимая разница – 46% (44; 47) и 48% (47; 49) соответственно ($p = 0,04$).

Вывод. Реваскуляризация миокарда посредством чрескожного коронарного вмешательства со стентированием коронарных артерий улучшает клиническое состояние и параметры центральной гемодинамики пациентов с сердечной недостаточностью с промежуточной фракцией выброса. Необратимые структурные изменения миокарда замедляют восстановление систолической функции сердца после проведения реваскуляризации.

НАШ ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

БАХРАМОВ С.Т.

Андижанский филиал РСНПМЦК

Цель работы. Совершенствование диагностики первичной (идиопатической) легочной гипертензии путем использования неинвазивного метода – эхокардиографии.

Материал и методы. В исследование было включено 60 пациентов с идиопатической легочной гипертензией. Все пациенты, госпитализировались и/или амбулаторно обследовались в отде-



лениях Андижанского и Наманганского филиалов РСНПМЦК каждые 6 месяцев для оценки динамики состояния. Трансторакальная ЭхоКГ проводилась на ультразвуковом аппарате « Esaote My Lab X6 » с использованием секторных датчиков с частотой 2,5-5,5 МГц. Исследование проводили по стандартному протоколу в 2D режиме в трех проекциях: субкостальный и супрастернальный, парастернальный и апикальный доступы. Срезы во всех доступах лоцировали в длинной и короткой осях. Регистрация изображения проводилась с определением конечно-диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) (норма 2-4 см), продольного и поперечного размеров правого предсердия (ПП), передне-заднего размера (ПЗР) ПЖ (норма < 2,9 см), толщины передней стенки ПЖ (норма < 0,5см), диаметра ствола и ветвей ЛА. В импульсном режиме при доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) проводилось вычисление степеней клапанных регургитаций, уровня систолического давления в ЛА (СДЛА) при помощи модифицированного уравнения Бернулли.

Результаты. Некоторые анатомические особенности затрудняют детальное исследование ПЖ, особенно при использовании двумерной (2D) эхокардиографии. В частности, определение границ ПЖ было затруднено из-за сильно трабекулярной структуры миокарда, а доступные окна изображения были ограничены из-за ретростернального положения. У пациентов с ИЛГ давление в правом желудочке увеличивается, вызывая уплощение межжелудочковой перегородки в систолу, когда давление в обоих желудочках начинает сходиться. В конце концов, когда ПЖ становится сильно нагруженным давлением, перегородка может даже выпячиваться в полость ЛЖ. Эти из-

менения также влияли как на систолическую, так и на диастолическую функцию ЛЖ. Другим изменением, наблюдаемым в ПЖ при ЛГ, являлось ремоделирование желудочка, которое представлялось как результат хронической прогрессирующей нагрузки. Первоначально это происходило в форме гипертрофии, а затем в виде дилатации. Ремоделирование приводило к прогрессирующему нарушению сократимости, низкому сердечному выбросу и, в конечном счете, к недостаточности правого желудочка. Дилатация правого желудочка также приводила к расширению трикуспидального кольца и к значительной регургитации трикуспидального клапана.

Когда это сочетается со снижением систолической дисфункции правого желудочка и увеличением постнагрузки, то приводит к дальнейшему уменьшению ударного объема в малом круге кровообращения и, как следствие, снижению сердечного выброса. Дополнительная объемная нагрузка вследствие трикуспидальной регургитации привела к ухудшению диастолической функции ПЖ, повышению конечно-диастолического давления в ПЖ и смещению МЖП. Прогрессирующее ухудшение функции ПЖ является определяющим фактором переносимости физической нагрузки, симптомов и прогноза, поэтому оценка функции ПЖ является ключевым компонентом обследования пациента с ИЛГ.

Выводы. Таким образом, подробная эхокардиографическая оценка пациентов с ИЛГ позволяет собрать нужную диагностическую информацию, также проводить оценку тяжести дисфункции правого желудочка и как неинвазивный метод применять для мониторинга прогрессирования заболевания на проводимую терапию.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

БЕКМЕТОВА Ф.М., ИЛХОМОВА Л.Т., ДОНИЕРОВ Ш.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Цель. Изучить взаимосвязь показателей фракции выброса и глобальной продольной деформации (GLS) левого желудочка (ЛЖ) у больных, перенесших инфаркт миокарда с сохранной и сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы. Всего обследованы 31 пациент в отделении функциональной диагностики «РСНПМЦК» за период 2021–2022 гг. У всех пациентов на коронарографии выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. Возраст больных колебался в пределах от 40 до 76 лет (средний возраст 58,4±8,3 года). Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 17

пациентов с сохранной ФВ (ФВ≥50%); 2-ю группу – 14 пациентов с промежуточной ФВ (ФВ 40–49%). Всем пациентам проводилась ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ (в В-режиме и спекл-трекинг ЭхоКГ), КАГ. Фракция выброса левого желудочка рассчитана по методу Симпсона, глобальная продольная деформация миокарда ЛЖ – по методике спекл-трекинг эхокардиографии.

Результаты. В первой группе пациентов средний показатель ФВ составил 58,2±5,1%, во второй группе – 44,9±2,4% (p>0,05). GLS в среднем составил 14,41±2,13% и 10,92±1,44% (p>0,05) соответственно.

Вывод. Результаты нашего исследования показывают, что у больных с ИБС, в анамнезе перенесших ИМ, отмечается прямая корреляционная

зависимость между систолической функцией и деформационными свойствами миокарда ЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И SYNTAX SCORE У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ДОНИЁРОВ Ш.Н., БЕКМЕТОВА Ф.М., ИЛХОМОВА Л.Т., БЕКМЕТОВА С.И., КАРИМОВ Б.С.

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

Цель. Изучить взаимосвязь показателей глобальной продольной деформации (GLS) левого желудочка (ЛЖ) и шкалы Syntax score у больных ХКС.

Материал и методы. Всего обследованы 100 пациентов с хроническим коронарным синдромом в отделении функциональной диагностики и рентгенэндоваскулярной хирургии (РЭХ) в РСНПМЦК за период 2020–2022 гг. У всех пациентов на коронарографии выявлено одно-, двух- и трёхсосудистое поражение коронарных артерий (КА). Возраст больных колебался в пределах от 40 до 76 лет (средний возраст $57,0 \pm 8,3$ года). Больные по данным КАГ были разделены на две группы: 1-я группа из 20 пациентов с низким риском по шкале Syntax Score (<22 баллов); 2-я группа из 20 паци-

ентов со средним риском по шкале Syntax Score (23-32 баллов). Всем пациентам проводилась ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ (в В-режиме и спеклтрекинг ЭхоКГ), КАГ. Все пациенты были с сохранной ФВ (ФВ>50%). Показатели GLS рассчитаны по технологии Vector Velocity Imaging (VVI).

Результаты. В первой группе пациентов средний балл по шкале Syntax Score составил $24,9 \pm 2,03$ балла, во второй группе $-11,3 \pm 5,4$ балла. ($p=0,02$). GLS в среднем составила $-14,0 \pm 1,67\%$ и $19,9\% \pm 1,98\%$ ($p=0,02$) соответственно.

Вывод. Результаты нашего исследования демонстрируют наличие прямой корреляционной зависимости между показателями деформационных свойств ЛЖ и шкалы Syntax Score у больных с ХКС.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЖЕМУРАТОВА Р.Е.

Каракалпакстанский республиканский территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Нукус Республика Каракалпакстан, Узбекистан

Цель работы. Изучить клиническое значение различных эхокардиографических показателей диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) на развитие хронической сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса левого желудочка.

Материалы и методы. Обследован 81 пациент с ГБ, госпитализированный в КРТФРСНПМЦ (возраст $42,5 \pm 4,3$ года, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ года, 39 мужчин и 42 женщины). Гипертоническая болезнь диагностировалась и оценивалась по ВОЗ. Исключали больных с симптоматической и неконтролируемой АГ, поражением клапанов, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами, нарушением функции щитовидной железы.

Массу миокарда ЛЖ определяли в одномерном М-режиме по формуле R.Devereux (1986) $ММЛЖ (масса миокарда ЛЖ) = 0,8 + 1,04$

$[(КДРЛЖ + ТМЖП + ТЗСЛЖ) - 3 \cdot КДРЛЖ] + 0,6$ на аппарате Mindray DC-7. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение массы миокарда к площади поверхности тела. Площадь поверхности тела определяли по формуле Мостеллера: $BSA = \frac{(W \cdot H)}{3600}$, где BSA – площадь поверхности тела (m^2), W – масса тела (кг), H – рост (см). Гипертрофию левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) $115/m^2 >$ у мужчин, $95/m^2 >$ у женщин.

Для анализа диастолической функции ЛЖ исследовали трансмитральный кровоток в режиме импульсной доплерЭхоКГ, а также анализ движения фиброзного кольца митрального клапана.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (E/A),



время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с).

Результаты. Результаты исследования выявлена гипертрофия ЛЖ у 36 пациентов. Нарушение показателя диастолической функции выявлены у 82% пациентов. Наиболее часто встречается СН (сердечная недостаточность) пониженного раннего диастолического наполнение (Е), повышение скорости позднего диастолического наполнения

(А). Суммарно ДД I и II степени диагностирована у 39(48%) пациентов.

Наличие и более высокая степень ДД ЛЖ были связаны с большим возрастом, длительностью ГБ, степенью повышения АД и гипертрофией ЛЖ.

Вывод. Таким образом, ДД ЛЖ II степени может применяться у пациентов с ГБ в качестве критерия диагноза СН, а ДДЛЖ I степени, гипертрофия ЛЖ и увеличение левого предсердия не имеют самостоятельного значения.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ КТ-КОРОНАРОГРАФИИ И КТ-ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА

ИКРАМОВ А.И.^{1,2}, ДЖУРАЕВА Н.М.², МАКСУДОВ М.Ф.^{1,2}, АБДУХАЛИМОВА Х.В.², ТУРСУНОВА Л.Н.^{1,2}

*¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
²ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Определить диагностическую значимость объемной компьютерной томографии (КТ) в изучении состояния коронарных артерий (КА) и миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты исследования 38 пациентов в возрасте от 43 до 74 лет (средний возраст пациентов составил $48,3 \pm 6,9$ года), проходивших обследование в отделении МР- и КТ-диагностики ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Распределение пациентов по полу: 27 (71%) – мужчин, 11 (28,9%) – женщин. Всем пациентам была выполнена объемная КТ-коронарография и КТ-перфузия миокарда на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquilion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония). Длина зоны сканирования по оси Z составила 16 см (за один оборот трубки), что позволило полностью охватить всю анатомическую область сердца. Первым этапом проводилось нативное исследование для определения коронарного кальциевого индекса (ККИ). Затем проводилась КТА сердца и КТКА с введением тест-болюс контрастного вещества. При этом определялись стенотические изменения в КА, а также оценивались зоны дефектов перфузии миокарда ЛЖ, с введением стресс-агента натрия аденозинтрифосфата (АТФ) из расчета 1 мг/кг в течение 3 минут и в покое (без введения стресс-агента). Дефекты перфузии миокарда ЛЖ определяли визуально и путем автоматического расчета полуколичественного показателя коэффициента трансмуральной перфузии (transmural perfusion ratio – TPR) в покое и в фазе реактивной гиперемии

при введении стресс-агента. За дефект перфузии принимали гиподенсный участок миокарда ЛЖ, выявленный в фазе стресса и не определяемый в фазе покоя, чаще всего расположенный в субэндокардиальном слое. При этом TPR в фазе стресса в зоне гипоперфузии составляет менее 0,99. Обработка полученных данных осуществлялась на рабочей станции Vitrea.

Результаты. При анализе результатов объемной КТ-коронарографии у 7 пациентов (18,4%) отмечался однососудистый характер поражения КА, в 12 (31,6%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и у 19 (50%) пациентов было выявлено мультисосудистое поражение КА. В 29 (31,5%) сегментах стеноз был обусловлен наличием мягкотканых атеросклеротических бляшек (МТАБ), в 21 (22,8%) случае выявлены смешанные атеросклеротические бляшки (АСБ), а в 42 (45,6%) сегментах стенозы отмечались за счет наличия кальцинированных атеросклеротических бляшек (КАСБ). При оценке результатов объемной КТ-перфузии миокарда наибольшее число участков гипоперфузии миокарда было выявлено достоверно чаще у пациентов категории CAD-RADS 4 и CAD-RADS 5 ($p=0,041$). Наиболее часто дефекты перфузии отмечались в бассейне кровоснабжения передней межжелудочковой артерии – 46 сегментов (48%) ($p=0,032$), меньше всего определялись участки гипоперфузии в бассейне огибающей артерии – 13 сегментов (17%).

Вывод. Таким образом, сочетанный анализ морфологических изменений и функционального состояния КА и миокарда в рамках одного исследования дает возможность выбрать оптимальную тактику ведения пациентов и соответственно улучшить результаты терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КИТЪЯН С.А., УЗБЕКОВА Н.Р., БАДАЛБАЕВА Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), несмотря на все достижения в лечении, остается актуальной проблемой современной медицины. Высокая распространенность, неблагоприятный прогноз, приводящий к летальности, являются факторами, ориентирующими на более оптимизированные специфичные подходы к профилактике заболеваний сердечнососудистой системы.

Данные Фремингемского исследования позволяют нам увидеть уровень распространенности ХСН с 1% у лиц 50-59 лет и до 10% у лиц 80-89 лет. По результатам исследований Европейского общества кардиологов (ЕОК), на каждые 900 млн человек приходится 10 млн, страдающих ХСН. У многих пациентов при этом отмечается сохранная функция левого желудочка.

Цель исследования. Изучить показатели эхокардиографических исследований у больных с хронической сердечной недостаточностью методом ретроспективного анализа амбулаторных карт.

Материалы и методы исследования. За апрель-март 2021 года был проведен ретроспективный анализ 91 амбулаторной карты пациентов обоего пола старше 18 лет с сердечно-сосудистой патологией: артериальная гипертензия (АГ) и/или хронической ИБС).

Результаты. Среди проанализированных карт 22 карты, принадлежащие пациентам мужского пола и 69 женщинам. Средний возраст мужчин составил 63 ± 7 лет, женщин – 57 ± 10 лет. Основ-

ным диагнозом у всех больных была ИБС, у 25 из них с фоновой АГ. ХСН различных степеней тяжести была диагностирована у 100% пациентов. Среди всех пациентов с ХСН низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ХСНнФВ) отмечена у 2 (2%), с промежуточными показателями ФВ ЛЖ (ХСНпФВ) – у 15 (16%), с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСнсФВ) – у 74 (81%). Фракцию выброса определяли по данным ЭхоКГ. Низкая ФВ определялась при показателях ниже 39%, в интервале от 40% до 49% – как промежуточная, 50% и более – как сохранная. Подтверждение диагноза ХСН включало: данные анамнеза, объективного обследования, ЭКГ, рентгенографию и ЭхоКГ, при этом методом расчета ФВ ЛЖ было правило Симпсона.

Изменения на ЭКГ были неспецифичны, включали в себя гипертрофию левого желудочка, нарушения ритма, изменения сегмента S–T, наличие рубцовых изменений. Основным методом, подтверждающим ХСН, явилась двухмерная ЭхоКГ с доплеровским анализом.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что основную группу пациентов, страдающих АГ, ИБС и осложненной ХСН, составляют лица пожилого возраста от 57 до 63 лет, с небольшим преобладанием больных мужского пола. Более значимым методом в постановке диагноза ХСН явился метод двухмерной ЭхоКГ с доплерометрическим исследованием. Количество больных ХСН с сохранной функцией заметно преобладало над остальными.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ

КУРБАНОВА Б.Г.

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

Введение (цели/задачи). Своевременное выявление и объективная оценка симптомных микардиальных мостиков (ММ) является залогом успешного лечения больных ИБС с «неатеросклеротическим» поражением коронарных артерий (КА).

Цель исследования. Оценка эффективности неинвазивных методов исследования комплексной диагностики миокардиальных мостиков.

Материал и методы. За период с 2016 по 2020 г. обследовано 67 пациентов с изолиро-

ванными симптомными ММ над средней третью ПМЖВ со средним возрастом $51,2 \pm 11,2$ года, мужчин – 68,7%. Первично диагноз ММ был выставлен по данным коронарографии (КГ) по наличию «эффекта сдаивания». Сопоставление основных параметров ММ по данным инвазивной КГ и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) проводили по методу Бленда Альтмана; оценку их пороговых значений – по результатам ROC-анализа.



Результаты. Продолжительность анамнеза ИБС составила $18,1 \pm 8,3$ месяца. «Типичная» стенокардия различной степени тяжести установлена у 56 (83,6%) пациентов, «атипична» – у 11 (16,4%). У 16 (23,9%) пациентов получен положительный тест по данным стресс ЭХО КГ (у 12 – депрессия сегмента $ST > 1$ мм не сопровождалась стенокардией; у 4 – появление загрудинной боли сопровождалось депрессией сегмента $ST \geq 2$ мм). По данным МСКТ у 11 из этих больных установлены «глубокие» ММ (толщина миокарда – $3,87 \pm 0,53$ мм). При этом длина ММ не отличалась от таковой у больных, не имевших существенных изменений на ЭКГ при физической нагрузке ($p = 0,069$). При сопоставлении длины ММ по данным КГ и МСКТ различие составило 1,9 мм (95% ДИ – 2,9 – 4,1 мм). Различие

в степени динамического сужения коронарной артерии в группе с динамическим сужением 50–69% составило 4,9% (95% ДИ 1,8 – 6,3%); в группе $\geq 70\%$ – 2,9% (95% ДИ 1,6–4,7%). По данным ROC-анализа установлены пороговые значения параметров ММ (по данным МСКТ): длина, глубина залегания туннельного сегмента коронарной артерии и степень экстравазальной компрессии (22,7 мм; 2,1 мм; 57,0%, соответственно).

Выводы. Современная МСКТ позволяет визуализировать не только степень динамического сужения коронарной артерии во время систолы, но и определить протяженность и толщину миокарда ММ над КА, что крайне важно при определении выбора метода и объема лечебных мероприятий.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОКАРДИОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

МУАЗЗАМОВ Б.Б., ТУРАЕВ Р.Т.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан

Цель работы. Улучшение качества ультразвукового исследования сердца с проведением обзора и оценки результатов применения чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭХОКГ).

Материалы и методы. Обследовано 45 больных с патологией сердца различного генеза, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии и сосудистой хирургии БОММЦ. У 25 из них диагностировано нарушение ритма сердца с признаками мерцательной аритмии. По показаниям для уточнения диагноза наряду с трансторакальной эхокардиографией проведено чреспищеводное исследование сердца. У 15 больных выявлено наличие тромба в проекции ушка левого предсердия, у 4 из которых тромб имел флотирующий характер. У 10 пациентов имелся врожденный порок сердца в виде ДМПП, при котором при определении размеров и краёв дефекта 7 из них установлен эндоваскулярный окклюдер. 10 больным было обследовано состояние после ИБС ПИКС на наличие тромба в аневризме верхушки сердца. Из них у 6 больных диагностировано наличие тромба. 7 пациентам с парксизмальной формой мерцательной аритмии также проведена ЧПЭХОКГ. Кроме патологии сердца, у 21 больного наблюдались сопутствующие заболевания, такие как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 4 из них, грыжи передней брюшной стенки – у 9, причем 5 больных с послеоперационными грыжами, гипертоническая болезнь – у 4, заболевания почек и мочевыводящих путей – у 6 больных.

Результаты. После проведенной чреспищеводной ЭхоКГ больным с наличием тромба в ушке левого предсердия проведено консервативное лечение. При повторном обследовании у 20 из них тромбов не обнаружено. У 5 больных с наличием тромба в области аневризмы верхушки сердца в результате проводимого комплексного лечения, куда были включены антикоагулянты и антиагреганты при динамическом ЧПЭХОКГ-исследовании отмечался практически полный лизис имевшихся ранее тромбов. 7 больным с признаками мерцательной аритмии проведена электрическая кардиоверсия, в результате которой была нормализована частота сердечных сокращений. Пациенты с грыжами передней брюшной стенки были оперированы в отделении хирургии в плановом порядке после коррекции патологии сердца и нормализации гемодинамики.

Выводы. Применение ЧПЭХОКГ для диагностики патологии сердца имеет преимущества перед трансторакальной ЭХОКГ, что позволяет выявить патологические процессы на максимальном уровне, что в некоторых случаях затруднительно и недоступно при вышеуказанном способе. Высокая точность определения патологических проявлений сердца даёт возможность своевременно провести профилактику и лечение заболеваний, связанных с сердечно-сосудистой патологией и повысить качество жизни пациентов на длительный период.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

РОГОЖКИНА Е.А., МАКСИМОВА О.А., АНГАРСКИЙ Р.К., ДЖИОЕВА О.Н., ДРАПКИНА О.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии
и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Оценить различия показателей структурного ремоделирования и внутрисердечной гемодинамики в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Выборка была достаточна для статистической обработки. 78 исследуемых были разделены на 2 группы по значению индекса массы тела. Первую группу составили 40 человек (80% женщин) с индексом массы тела менее 30 кг/м², медиана возраста которых 40 лет (Q1-Q3: 36,5-48,5 лет). Вторая группа – 38 исследуемых (84,2% женщин) с индексом массы тела равным или более 30 кг/м² в возрасте 52,5 года (Q1-Q3: 42-57 лет). Пациенты не имели хронических заболеваний, не принимали препаратов, влияющих на показатели сердечно-сосудистой системы и обменных процессов, осмотрены в рамках профилактических осмотров.

Трансторакальная эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере «Philips epiq CvX 2D».

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 26 (США). Межгрупповые различия количественных показателей оценивались с помощью критерия Манна-Уитни. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Статистически значимые различия между группами были выявлены по относительной толщине стенки (ОТС) ($p=0,001$). В первой группе ОТС была существенно ниже, чем во второй (медианы ОТС составляли 0,37 (Q1-Q3: 0,33-0,39) и 0,44 (Q1-Q3: 0,4-0,48) соответственно).

Толщина эпикардального жира была достоверно выше в группе исследуемых с ожирением (ИМТ более или равен 30 кг/м²) и составила 8,6 мм

(Q1-Q3: 6,0-10,0) по сравнению с контрольной группой (Ме 5 мм, Q1-Q3: 3,0-6,0) ($p=0,001$).

Сравнивая значения E/e в группах, были получены статистически значимые различия ($p=0,001$). В группе исследуемых с нормальной массой тела медиана E/e – 4,4 (Q1-Q3: 4,0-5,4), у пациентов с ожирением – 5,9 (Q1-Q3: 4,75-7,55).

Также необходимо отметить, что значения TAPSE находились в рамках референсных значений. Но обнаружены достоверные различия TAPSE в зависимости от ИМТ ($p=0,005$). В первой группе медиана составила 29 мм (Q1-Q3: 27,5-30), в группе исследуемых с ожирением 28 мм (Q1-Q3: 27-29).

При анализе данных, полученных при проведении эхокардиографического исследования, показатели оценки деформации левого желудочка также не выходили за пределы референсных значений. Однако выявлены статистически значимые различия Strain левого желудочка (ЛЖ), резервуарного стрейна левого предсердия (ЛП) в зависимости от индекса массы тела ($p=0,01$, $p=0,05$). Медианы деформации миокарда ЛЖ и резервуарного стрейна ЛП в первой группе составили 21,8% и 41,2% (Q1-Q3: -23,8–18,9, Q1-Q3: 37,2-49,8 соответственно), а в группе с повышенным индексом массы тела – 18,6% и 35,6% (Q1-Q3: -20,3--16,2, Q1-Q3: 31,4-39,2 соответственно).

Различия кондуктивного и контрактильного стрейна ЛП между группами были статистически не значимыми ($p=0,098$, $0,879$ соответственно).

Вывод. У пациентов с ИМТ более или равном 30 кг/м² отмечаются значимые нарушения внутрисердечной гемодинамики даже при отсутствии симптомов и диагностированных сердечно-сосудистых заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

САИДОВ М.А., МАЛЛАЕВ И.У., ТЕМИРОВ М.Б., ИСТАМОВА С.С.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, Узбекистан, Самарканд

Цель исследования. Определение характера митральной недостаточности на основе данных ЧПЭхоКГ интраоперационно до и после коррекции митральной регургитации.

Материалы и методы. Во время исследования обследованы 86 пациентов с митральной регургитацией, которым было проведено ЧПЭхоКГ. По этиологическим аспектам больные раздели-



лись на следующие группы: ИБС 38 (44%), с миксоматозной дегенерацией 25 (29%), инфекционный эндокардит 7 (8,1%), ревматизм 16 (18%).

По типу патологического ремоделирования митрального клапана, приводящего к митральной регургитации, больные разделены на следующие группы: 1 группа 34 (44%) – при нормальных створках с функциональной недостаточностью; 2 группа 48 (56%) – гиперподвижность створок с отрывом хорд. Митральная недостаточность выявлена на основании абсолютных (значительное изменение створок МК, подклапанные структуры) и относительных (гемодинамических признаков, приводящих к митральной регургитации – это объёмная перегрузка ЛП и ЛЖ) признаков. По следующим критериям была определена степень митральной недостаточности: ширина Vena contracta, митральное отверстие по проксимальной части потока регургитации (PISA), отношение площади потока митральной регургитации к площади левого предсердия. Учитывая вышеупомянутые показатели, больные разделены следующим образом: МР 2,5 степени 29 (33,7%), МР 3 степени 42 (48,8%), ТМР у 15 (17,4%). Виды оперативных вмешательств: открытая комиссуротомия и комиссуропластика МК 9 (10,4%), резекции створок МК с аннулопластикой на мягком 20 (23,32%)

и жёстком 16 (18,6%) опорном кольце Carpentier. Резекция части передней створки МК с аннулопластикой на жёстком опорном кольце Carpentier, шовная пластика 20 (23,2%), пластика по Aefieri 21 (24,4%), шовная пластика перфорации створок из аутоперикарда 2 (2,3%). После операции ЭхоКГ: при шовной пластике по Aefieri остаточная регургитация до 1 ст. При резекции створок МК и аннулопластики на опорном кольце остаточная регургитация 0 ст.

Результаты. Во время исследования была установлена локализация струи в зависимости от причины регургитации. Таким образом, концентрическая струя выявлена у 38 (44,1%) больных с расширением кольца митрального клапана, нарушением анатомии ЛЖ или с ишемическими изменениями папиллярных мышц. Эксцентрические потоки регургитации были выявлены у 48 (55,8%) из-за нарушения структуры митральных створок и подклапанного аппарата.

Выводы:

1. Интраоперационное ЧПЭхоКГ позволяет выявить структурные изменения МК, подклапанного аппарата и улучшить результаты хирургической коррекции МК.

2. Установление формы потока позволяет определить причину регургитации.

ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ТРИСВЕТОВА Е.Л.¹, АПИНОН О.В.², ЮДИНА О.А.³

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск;

²Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель;

³Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь», г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Определить морфологические особенности стенок патологически извитых внутренних сонных артерий (ВСА).

Материалы и методы. Исследование 45 фрагментов ВСА, с патологической извитостью, оперированных пациентов (мужчин – 9, женщин – 36, средний возраст 50,8±13 лет) с неврологической симптоматикой, и 10 фрагментов ВСА молодых людей (мужчин – 6, женщин – 4, средний возраст 32,4±9,11 года), умерших от известной не сердечно-сосудистой причины.

Применяли морфологические методы изучения структуры стенок ВСА с использованием световой микроскопии, фотофиксации, морфометрии.

Результаты. По морфологическим характеристикам фрагментов ВСА сформировали четыре группы: 1 – с фибромускулярной дисплазией (ФМД), n=18, средний возраст 37,1±8,13 года, мужчин – 4 (22,2%), женщин – 14 (77,8%); 2 – с ФМД

и атеросклерозом ВСА, n=11, средний возраст 60,9,1±5,13 года, мужчин – 2 (18,2%), женщин – 9 (81,8%); 3 – с атеросклерозом ВСА, n=16, средний возраст 59,9,19±5,15 года, мужчин – 3 (18,8%), женщин – 13 (81,2%); 4 – контрольная, без патологии ВСА, n=10.

Тип ФМД в группе 1 характеризовался преимущественным поражением интимы (44,4%), поражение меди встречалось реже (38,9%), смешанный определяли изредка (16,7%). Преобладал циркулярный вариант (83,3%), в остальных случаях выявляли смешанный вариант (16,7%). В 72,2% обнаружили диссекцию сосуда, в 22,3% – стенозы. Во 2 группе также преобладал тип с поражением интимы (54,5%), реже определяли поражение меди (36,4%), смешанный тип встретили в одном случае. В 90,9% случаев выявили циркулярный вариант ФМД, в остальных – сегментарный. Диссекция сосуда обнаружена в 63,3%, стенозы – в

55,6%. В группе 3 атеросклеротическое поражение сосуда сегментарное выявили в 62,5%, циркулярное – в 37,5%. Диссекция встречалась редко (25%), преобладали стенозы (93,75%).

Толщина стенки ВСА минимальная (8740 [6713-9147] мкм) и максимальная (9055 [7366-9827] мкм) преобладала во 2 группе, затем следовали показатели 3 группы (6928 [4364-8722] мкм; 7448 [4532-9018] мкм соответственно) и группы 1 (6115 [4238-6863] мкм; 6500 [4611-7233] мкм соответственно). Толщина интимы минимальная и максимальная преобладала во 2 группе (1517 [859-2801] мкм, 2899 [1250-3423] мкм соответственно), в группе 1 показатели были значимо меньше по сравнению со 2 и 3 группой. Достоверно наибольшее значение показателей толщины меди выявили в 1 группе (4272 [2764–4664] мкм; 4554 [3031-4853]

мкм соответственно) по сравнению с другими группами.

Выводы. ФМД с преобладанием поражения интимы или меди, в основном циркулярного варианта, с осложнениями в виде диссекции, встречается часто при патологической извитости ВСА. Среди оперированных пациентов преобладают люди молодого возраста, преимущественно женщины. В случае сочетания ФМД и атеросклероза реже определяется поражение меди, часто – интимы, циркулярный вариант приводит к диссекции и стенозу сосуда. При атеросклеротическом поражении ВСА преобладают стенозы и редко возникает диссекция. Причиной патологической извитости ВСА являются изменения структуры сосудистой стенки с перестройкой экстрацеллюлярного матрикса и клеток соединительной ткани.

ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФВЛЖ

ФОЗИЛОВ Х.Г., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ШАРИПОВ И.М., БЕКБУЛАТОВА Р.Ш.

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

Цель. Изучить динамику параметров центральной гемодинамики у больных ИБС с низкой ФВЛЖ после операции АКШ на работающем сердце.

С сентября 2015 по декабрь 2018 г. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии выполнено 127 операций аортокоронарного шунтирования у больных ИБС с дисфункцией левого желудочка ФВ ЛЖ ≤ 40%. Была проведена оценка параметров внутрисердечной гемодинамики в этой когорте больных.

Результаты. Из включенных в исследование пациентов преобладали лица мужского пола 111 (87%) в возрасте 41–78 лет. При этом, более 60% имели возраст старше 60 лет. Ранее перенесенный ОИМ установлен у 82 больных. Клинико-функциональный статус соответствовал III-IV ФК СН по классификации NYHA. Исходно по результатам ЭХОКГ отмечалось патологическое ремоделирование, характерное для эксцентрического типа: дилатация левых отделов сердца по показателю КДО составил 200 мл с ожидаемой низкой ФВЛЖ (38±4%) (табл. 1)

Таблица 1. Параметры внутрисердечной гемодинамики до и после операции

Параметры	Показатели		P
	До	После	
КСР ЛЖ, мм	54,4±8,2	47,1±4,2	<0.05
КДР ЛЖ, мм	69,2±7,6	59,4±5,3	<0.05
КСО ЛЖ, мл	157±18,4	148,9±11,2	<0.05
КДО ЛЖ, мл	228±48,6	189,6±29,7	<0.05
ФВ ЛЖ, %	38,4±3,5	45,8±2,1	<0.05

Примечание: КДР – конечно-диастолический размер, КСР – конечно-систолический размер, КДО – конечно-диастолический объем, КСО – конечно систолический объем, ФВ – фракция выброса, p – уровень достоверности

За период наблюдения в течение 12 месяцев отмечается положительная динамика, в виде снижения КДОЛЖ на 89%, а КСОЛЖ – на 6%. Уменьшение полости ЛЖ соответственно способствовало повышению ФВ на 8%, носившей достоверный характер.

Выводы. АКШ без ИК у больных ИБС с низкой ФВЛЖ безопасен и высокоэффективен в улучшении параметров внутрисердечной гемодинамики с позитивным влиянием на инотропную функцию сердца.



МЕТОДИКА 4D-ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

*ЦОКОЛОВ А.В., ШАЙМУХАМЕТОВА Р.Ю., ЖУКОВ Д.Е., КАЛЁНОВ И.В.,
ЗАБАЗНОВ А.И., ПЕРЕПЕЧАЕВ М.А., ВЕРТЁЛКИН А.В.*

ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Калининград, Россия

Современные эхокардиографические методики находят все большее применение в повседневной практике крупных медицинских стационаров. В их числе – многоплоскостной режим сканирования, позволяющий при помощи функции Flexi-Slice (в режиме 4D) извлечь из одновременно сохраненного объемного изображения большое количество 2D-изображений в любой интересующей нас секущей плоскости.

Цель исследования. Ввиду небольшого количества работ по данной проблематике в настоящее время аспект многоплоскостного режима сканирования мало освещен в научной литературе. Данное исследование было предпринято для уточнения преимуществ методики 4D при чреспищеводной эхокардиографии (ТТЕ) от трансторакальной эхокардиографии (ТТЭ).

Материалы и методы. В исследование было включено 16 пациентов, кому при ТТЕ был выставлен диагноз врожденного порока и врожденных аномалий строения сердца. На приборе GE Vivid S70 секторным датчиком проводилась оценка интересующей области сердца, с оценкой размерных показателей указанной области сканирования. В дальнейшем при ТТЕ датчиком с фазированной решеткой (6VT-D) записывались ролики в режиме 4D с объемной визуализацией и с их последующей постобработкой.

Оценивались различия между линейными данными, полученными при ТТЕ в В-режиме и ТТЕ в режиме объемной визуализации, выраженные в процентах от исходных значений.

Полученные результаты. Было установлено, что наименьшие погрешности в измерениях регистрировались при оценке выраженности пролабирования створок АК\МК (для АК до -2,4%, для МК – от -9,7% до +2,8%), что следует рассматривать

как незначимые, с точки зрения статистики. Для аневризмы МЖП таковые различия с данными, полученными при ТТЕ, достигают уже +27,5%, а в ряде случаев аневризма МПП при ТТЕ не визуализируется вовсе, что зависит от ее местоположения и пространственной ориентации. Наилучшее качество визуализации было отмечено в отношении дефектов развития сердца, а именно – для дефектов МПП, с разницей полученных цифровых значений по сравнению с ТТЕ данными от -33,3-3,3% до +100% (например: - 1,5 мм при ТТЕ против 3,0 мм при ТТЕ).

Заключение. С учетом полученных данных следует сделать вывод о том, что при проведении ТТЕ предпочтение следует отдавать методике 4D (режим объемной визуализации) с сохранением максимально большого числа подобных изображений. Последующая постобработка блоков изображений позволяет получить наиболее точные данные о выраженности дефекта или аномалии, с наименьшей погрешностью полученных результатов по сравнению с данными ТТЕ. Ширина сектора сканирования в режиме сканирования и сохранения изображения при этом составляет порядка 5*4 см (при глубине сектора 7 см). Этого вполне достаточно для одновременного захвата изображений всего интересующего участка сердца, как то: МПП, МЖП, клапан сердца со всеми прилежащими к нему структурами. Большое количество возможных 2D-изображений в одном сохраненном блоке данных, и при этом в любой проекции – незаменимый инструмент в подобных ситуациях. Большой объем времени, требующийся для постобработки трехмерной модели сектора сканирования сердца и анализа всей сохраненной при таком исследовании информации – ожидаемая плата за конечный результат.

ФЕНОМЕН «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МАТОВОГО СТЕКЛА» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19

*ШАЙМУХАМЕТОВА Р.Ю., ЦОКОЛОВ А.В., ЖУКОВ Д.Е., КАЛЁНОВ И.В.,
ЗАБАЗНОВ А.И., ПЕРЕПЕЧАЕВ М.А., ВЕРТЁЛКИН А.В.*

ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Калининград, Россия

В настоящее время характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-Cov-2 требуют дальнейшего уточнения и более

глубокого изучения. Это относится и патологии сердечно-сосудистой системы, в части касающейся выраженности воспалительного поражения

сердца в форме миокардита и его обратимости, если это имеет место быть на самом деле.

Цель исследования. Уточнить характер изменений сократительной способности миокарда у пациентов с COVID-19 в зависимости от тяжести заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19 и находящихся в периоде реконвалесценции. Объем поражения легочной ткани по данным компьютерной томографии (КТ) составлял от 5% до 88%. В зависимости от выявленного объема поражения легких пациенты были разделены на группы: КТ-1 (0-25%), КТ-2 (26-50%), КТ-3 (51-75%) и КТ-4 (76-100%). Исследования выполнялись на приборе GE Vivid S70 секторным датчиком в стандартных позициях. ЭХОКГ-исследования выполнялись на 25-40й день с момента постановки диагноза

Полученные результаты. Средний возраст пациентов в группе КТ-3 и КТ-4 превышал таковые в группе КТ-1 и КТ-2 более чем на 10 лет ($60 \pm 10,2$ и $58,3 \pm 11,1$ против $46,2 \pm 16,6$ и $47,6 \pm 14,2$ года, соответственно). Показатели сократительной способности миокарда ЛЖ, оцененные по методике Симпсона, составили $62,4 \pm 7,7\%$, $55,8 \pm 5,9$, $49,8 \pm 3,3\%$ и $58 \pm 8,2\%$ в группах КТ-1, 2, 3, 4 соответственно.

Парадоксальная на первый взгляд ситуация по всей видимости обусловлена особенностями лечебной тактики, а именно – более «агрессивной» терапией пациентов группы КТ-4 (по сравнению с пациентами схожей степени тяжести, но с меньшим объемом поражения легких по данным КТ). При этом было отмечено, что примерно в 70% случаев вне зависимости от объема поражения легочной ткани не удавалось получить желаемого качества изображения, главным образом из

парастернального доступа. Из верхушечного доступа низкое качество изображения регистрировалось на периферии сектора сканирования и в области верхушки сердца. Качество получаемого изображения не зависело от объема поражения легких, несмотря на хорошие «ультразвуковые окна». Получаемые изображения были с большим количеством рассеянных артефактов, «помех», и «шумов», как это бывает при неверной настройке фильтров, либо их полном отсутствии. Подобные артефакты мы назвали «феноменом эхокардиографического матового стекла» по аналогии с рентгенологическим феноменом у пациентов с COVID-19, с целью обоснования низкого качества получаемых изображений. Причина подобного феномена на наш взгляд кроется в воспалительных и структурно-функциональных изменениях всех (!) тканей организма различной степени выраженности, происходящих при заболевании COVID-19. На примере миокарда левого желудочка подобные изменения обусловлены отеком кардиомиоцитов (по данным аутопсии), что вероятно и приводит к снижению качества визуализации.

Заключение. Пациенты с объемом поражения легочной ткани 50-75% вне зависимости от степени тяжести, подлежат такому же интенсивному лечению, что и пациенты с тяжелым течением заболевания и объемом поражения легких более 75%. Подобный подход может способствовать лучшему исходу заболевания, и меньшему числу осложнений. При этом следует помнить о том, что зарегистрированный нами «эхокардиографический феномен матового стекла» также не зависит от объема поражения легких (по данным КТ), и отражает лишь общие патофизиологические процессы, происходящие во всех органах и тканях пациентов с COVID-19.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДМЖП У ПЛОДА

ШАМАНСУРОВА И.А., ЮСУПАЛИЕВА Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Совершенствование пренатальной эхокардиографии ДМЖП с помощью современных ультразвуковых методов диагностики в различные сроки беременности.

Материал и методы. Были проанализированы эхокардиографические данные плода у беременных женщин, направленных в Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка» в период 2021 – 2022 гг. В режиме скрининга было проведено обследование 28658 беременных. В ходе исследования было зарегистрировано 93 случая ВПС среди них 37 ДМЖП, как изолированных, так и в

комбинации с другими пороками развития. Демографические данные пациентов и клиническая информация были получены из данных медицинских карт пациентов. Для пренатального эхокардиографического исследования сердца плода использовался ультразвуковой аппарат PHILIPS «HD 11XE» с использованием конвексного датчика с диапазоном частот 2,0-5,0 МГц и объемного с диапазоном частот 4,0-8,0 МГц.

Результаты. ДМЖП в 48,7% (18) случаев был выявлен как изолированный порок развития и 51,3% (19) случаев с экстракардиальными анома-



лиями. В зависимости от анатомического строения дефект располагался: в 28 случаях в мембранозной, 7 случаях в мышечной, в 2 случаях в трабекулярной части межжелудочковой перегородки. Основную долю пациенток с ВПС у плодов в нашем исследовании составили повторнородящие женщины в возрасте от 21 до 40 лет. Анализ результатов ультразвукового исследования плода показал, что в сроки 18 недель беременности эхографически хорошо визуализируются основные анатомические структуры сердца плода. При визуализации четырехкамерного среза сердца плода четко определяется межжелудочковая перегородка. Диагноз ДМЖП выставлялся в случае отчетливой визуализации свободного эхонегативного пространства в межжелудочковой перегородке с четкими краями, получаемого более чем в одной проекции. При оценке показателей кардиометрии плода учитывались не только абсолютные значения размеров полостей сердца, но и соотношение правых и левых камер (индексы ЛЖ/ПЖ), значение

которых составило 1,05 и 0,91 соответственно при сроке гестации 20 недель. По результатам наших исследований в 10 случаях изолированного порока средний диаметр ДМЖП находился в пределах $4,2 \pm 1,7$ мм. Дефекты перегородки не вызывали выраженных сдвигов в индексах (ЛЖ/ПЖ – 0,9; ПЖ/ЛЖ – 1,1) и их диагностика может базироваться на выявлении патологических потоков.

Выводы. Таким образом, трансабдоминальная эхография в сроках 16-20 недель гестации позволяет диагностировать изолированные ДМЖП у женщин высокого риска по ВПС плода. Особое значение имеет сбор семейного и акушерского анамнеза. Оценка состояния плода при расширенном эхографическом исследовании и выявление отклонений в развитии плода диктуют необходимость проведения расширенного эхокардиографического исследования. Использование более совершенного ультразвукового оборудования увеличивает пренатальную частоту выявления даже незначительных сердечных аномалий.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДВУХСТОРОННИХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

*ЮЛБАРИСОВ А.А., АЛИДЖАНОВ Х.К., ДЖУМАНИЯЗОВА Д.А., МУМИНОВ Р.Т.,
НУРМАТОВ Д.Х., АБДУРАХМОНОВ С.А., АРИПОВА Ф.М.*

Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии

Цель. Сравнительный анализ результатов оценки цереброваскулярного резерва (ЦВР) проведенной в дооперационном периоде с помощью транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС) с интраоперационными данными у больных с двухсторонним поражением сонных артерий.

Материалы. В период 2021–2022 гг. в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии были изучены результаты обследования и лечения 78 (100%) пациентов с двухсторонним гемодинамическим значимым поражением сонных артерий. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая (контрольная) группа – 35 (44,8%) пациентов, которым выполнены реконструктивные операции на сонных артериях по интраоперационным данным. Вторая (основная) группа – 43 (55,2%) пациента, которым выполнены реконструктивные операции с дооперационной оценкой ЦВР, проведенной с пробой Матаса при помощи ТКДС.

Результаты. Полное соответствие данных дооперационной оценки ЦВР с интраоперационными данными наблюдалось в 54 (90,0%) случаях. При этом у 42 (70,0%) пациентов на МСКТА Виллизиев круг был замкнут (наличие всех соединительных

артерий), у 3 (%) пациентов на МСКТ была выявлена нефункционирующая передняя соединительная артерия, у 10 (16,6%) пациентов было выявлено наличие обеих задних коммуникантных артерий, у 5 (8,3%) пациентов было выявлено наличие гомолатеральной задней коммуникантной артерии. Вышеуказанным пациентам хирургическое вмешательство было выполнено без интраартериального шунта. Несоответствие дооперационной оценки ЦВР, выполненной с пробой Матаса при помощи ТКДС и интраоперационными данными, получено в 4 (6,6%) случаях (ложноотрицательная информация) у этих больных интраоперационно использован интраартериальный шунт. При тщательном изучении МСКТА интракраниальных артерий у этих больных коммуникантные артерии были либо критически стенозированы, либо гипоплазированы. «Ложноположительная» информация получена в 2 (3,3%) случаях. При этом чувствительность дооперационной оценки ЦВР для сравнительной группы пациентов составила 85,2%, оценка функционирования коммуникантных артерий – 95,3%, определение направления кровотока – 92,7%, определение типа кровотока – 91,5%. Специфичность составила 95,4%.

Выводы. Для дооперационной оценки толерантности ГМ к ишемии, ТКДС с пробой Матаса является оптимальным методом. Результаты ТКДС с применением пробы Матаса достаточно точно определяет показания к использованию ин-

траартериального шунта в дооперационном периоде. ТКДС имеет такие преимущества, как неинвазивность, доступность, мобильность, отсутствие радиационного воздействия, скорость обследования, легкое дублирование исследований.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

ЮСУПАЛИЕВА Г.А., ШАМАНСУРОВА И.А., АБЗАЛОВА М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Усовершенствовать пренатальную ультразвуковую диагностику врожденных пороков сердца с помощью современных технологий 3D/4D и метода STIC.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Республиканском скрининг-центре на ультразвуковом аппарате HD11 компании «Philips» с помощью широкополосных датчиков С5-2 с диапазоном частот 2-5 МГц и 3D8-4 с диапазоном частот 4-8 МГц. В ходе исследования было зарегистрировано 93 случая ВПС среди них 37 ДМЖП сердца плода, как и в изолированном, так и в комбинации с другими пороками развития. ДМЖП в 27,1% (10) случаев был выявлен как изолированный порок развития. В 43,2% (16) сочетался с ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий и 29,7% (11) случаев с экстракардиальными аномалиями. В зависимости от анатомического строения дефект располагался: в 28 случаях в мембранозной, 7 случаях в мышечной, в 2 случаях в трабекулярной части межжелудочковой перегородки

Результаты. В настоящее время ультразвуковое исследование сердца плода входит в комплекс обязательного скринингового обследования беременных. Учитывая, что сердце плода является маленьким и движущимся объектом, что затрудняет визуализацию всех его анатомических структур при рутинном 2-мерном исследовании, в наших исследованиях применили методы трехмерной эхографии. По результатам наших исследований, ДМЖП в 29,7% (11) случаев сочетался со

следующими экстракардиальными аномалиями: пороками развития ЦНС в 36,4%, пороками лица, в 9,0%, пороками развития скелета, мочевыделительной системы и пороками желудочно-кишечного тракта в 18,2% случаев соответственно. При проведении исследования, четырехкамерный срез сердца плода при двухмерном режиме не всегда давал четкую визуализацию ВПС. В 19-ти случаях возникали сложности в постановке диагноза. Технологии трехмерного режима визуализации – 3D/4D и метод STIC позволили выявить наличие порока развития. Изменяя размер области сердца, получали трехмерную поверхностную реконструкцию предсердно-желудочковых клапанов и других отделов сердца. Более того, технология STIC™ позволила получить нестандартные срезы практически в любой плоскости для того, чтобы увидеть дефект межжелудочковой перегородки в сагиттальной плоскости на всем протяжении. Виртуальные плоскости – межжелудочковую, межпредсердную и коронарную атриовентрикулярную через атриовентрикулярные кольца дистальнее полулунных клапанов – удалось получить с помощью STIC™.

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что сочетание применения стандартного двухмерного ультразвукового режима с технологиями трехмерной визуализации позволило значительно увеличить ценность эхокардиографии при выявлении врожденных пороков сердца.



ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСУДАХ И ПРИ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

SHORT-TERM OUTCOMES AFTER BALLOON ANGIOPLASTY OF THE PERIPHERAL ARTERY DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES

ISMAILOV U.S., KHOMIDOV F.K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Background: Peripheral artery disease of the lower extremities (PADLE) is one of the concerning issues of the medicine. Despite the technological advancements in healthcare, PADLE is a sensitive topic of the healthcare, as it requires complex care and treatment options along with interventions. Purpose of the study was to evaluate short-term outcomes of balloon angioplasty in patients with peripheral artery disease of the lower extremities.

Material and Methods: 112 consecutive patients (aged 42-78 years, mean age 65±12.0 years, male=58%) with peripheral artery disease of the lower extremities were enrolled in this study. All patients were diagnosed with PADLE and referred to the balloon angioplasty along with standard therapy at the second clinic of the Tashkent Medical Academy from 2019 to 2022 years. Mean follow-up was 24.0±9.4 months. Anthropometric, laboratory and instrumental data were obtained at baseline and during the follow-up period. Potency of the peripheral artery were assessed with Doppler echocardiography of the peripheral arteries. All statistical analysis were performed using SPSS 26.0 (USA) software.

Results: During the median follow up period, 37% of patients had symptoms of the critical limb ischemia and 26% of patients had at least one occluded ballooned peripheral artery. Among occluded peripheral

artery, 88% underwent revascularization of the peripheral artery with ballooning whereas 12% had amputation. Among occluded peripheral artery during the follow-up 14 patients had one artery occlusion, 9 patients had two occluded artery and six patients had three occluded artery. Patients who did not adhere prescribed treatment tended to have more pronounced symptoms than those who followed doctor's recommendations ($P < 0.05$). Multivariate regression analysis revealed that type two diabetes mellitus (2.4 OR, 95% CI, 1.4-3.5, $P < 0.05$), increased body mass index (1.8 OR, 95% CI, 1.2-2.7, $P < 0.05$), metabolic syndrome (1.7 OR, 95% CI, 1.1-2.8, $P < 0.05$) had been a risk factors for the artery occlusion. Besides, there were positive correlation between baseline high LDL cholesterol and rate of potency of the peripheral artery disease ($r=0.4$, $P < 0.05$).

Conclusion: Revascularization of the peripheral artery disease of the lower extremities with balloon angioplasty is efficient if patients follow doctor's recommendations and prescribed treatment. Risk factors for the closing of PADLE were type 2 diabetes mellitus, smoking, metabolic syndrome and increased body mass index. In order to avoid complication related PADLE, one should control patients' risk factors, adherence to treatment and encourage maintaining healthy lifestyle.

O'ZBEKISTONDA SURUNKALI TROMBOEMBOLIK O'PKA GIPERTENZIYASINI ENDOVASKULAR USULDA DAVOLASHNING BIRINCHI TAJRIBASI.

KARIMOV B.H.¹, MOMINOV A.A.¹, AZZAMOV J.A.¹, MARUKYAN N.V.², ABDURAHMANOV Z.M.³

1. NeoMed Cardio shifoxonasi, Toshkent shaxri, O'zbekiston Respublikasi

2. V. A. Almazov nomidagi milliy tibbiy tekshiruv instituti, Sankt-Peterburg, Rossiya federatsiyasi

3. Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, Buxoro viloyati, O'zbekiston Respublikasi

Mavzuning dolzarbligi. Surunkali tromboembolik o'pka gipertenziyasi (STEO'G) o'pka arteriyasi tromboemboliasidan keyin tromblarning to'liq parchalanmaganligi sababli hosil bo'lgan o'pka

gipertenziasining ko'rinishlaridan biridir. Tasdiqlangan tromboemboliya epizodlaridan keyin STEO'G shakllanish chastotasi keng diapazonda 0,5 dan 8,8% gachani tashkil etadi (1). Rossiya O'AG va



STEO'G reestrining ma'lumotlariga ko'ra 28,3% holatlarda STEO'G tashxisining birlamchi tasdiqlanishi kuzatiladi. (2). Standart antikoagulyant terapiya fonida o'pka arteriyasida o'rtacha bosim 50 mm.sim. ust dan yuqori bo'lgan besh yildan ortiq STEO'G bilan og'rigan bemorlarda o'lim ko'rsatkichi 90% dan ko'proq (3). Zamonaviy standartlarga ko'ra STEO'G tashxisi tasdiqlangandan so'ng referent markazida birinchi qadam sifatida bemorning operabiligi baholanadi. Hozirgi vaqtda o'pka arteriyasidan tromboendarerektomiya STEO'G bilan og'rigan bemorlarni davolashda «oltin standart» bo'lib qolmoqda (4). Uzoq muddatli natijalar bemorlarning prognoziga nisbatan tromboendarerektomiyaning samaradorligini ko'rsatadi: Rossiya reestriga ko'ra besh yillik yashash ko'rsatkichi 93% ga yetadi (2). Ammo Yevropa bemorlar reestriga ko'ra, STEO'G bilan og'rigan bemorlarning 37% gacha bo'lgan qismi jarroh tomonidan erishib bo'lmaydigan zarar darajasi (distal shikastlanish tipi - segmental/subsegmental arteriyalar) yoki bemorning komorbid holati (5) tufayli operatsiyaga yaroqsiz deb hisoblanadi. Bundan tashqari, o'pka arteriyasidan tromboendarerektomiyadan so'ng bemorlarning 15% da qoldiq o'pka gipertenziyasi rivojlanadi (5). Kasallikning nooperabil shakllarida yoki rezidual o'pka gipertenziyasi shakllanganda, O'AG spetsifik dorilar yordamida medikamentoz terapiya tavsiya etiladi. So'nggi yillarda o'pka arteriyasining transkateter ballonli angioplastikasi (O'A BAP) STEO'G mavjud operatsiya o'tkazib bo'lmaydigan bemorlarda dori terapiyasiga qo'shimcha va ko'pincha muqobil hisoblanadi.

Birinchi marta 2001-yil J.A. Feinshteyn va hammualliflari birgalikda STEO'G ni davolashda o'pka arteriyasi shoxlarining ballonli angioplastikasi (O'A BAP) haqida ma'lumot berishgan va unda o'pka arteriyasi (O'A) bosimi va o'pka tomirlari qarshiligining (O'TQ) pasayishini ko'rsatib o'tishgan. Biroq, ushbu usulning tarqalishi asoratlarning yuqori foizi sababli cheklangan edi (6). Shu sababli, Yevropa Kardiologiya Jamiyati / Yevropa Respirator Jamiyatining 2015-yildagi o'pka gipertenziyasini davolash bo'yicha tavsiyalariga ko'ra, STEO'G bilan og'rigan bemorlarni davolashda O'A BAP dan foydalanish bo'yicha tavsiyalar sinfi juda past bo'lib qolmoqda – IIb (isbotlanish darajasi – C). Shu bilan bir qatorda, yapon mualliflarning ballon angioplastikasini qo'llash bo'yicha olti yillik tajribasi shuni ko'rsatadiki, O'A BAP ning bir necha ketma-ket sessiyalarda bajarilishi o'pka arteriyasidagi o'rtacha bosimning sezilarli darajada pasayishiga (boshlang'ichdan 35% gacha) hamda o'pka gipertenziyasining funksional sinfi yaxshilanishi bilan birgalikda uning to'liq normallasishiga (80% hollarda FS III dan FS II gacha) ham imkon yaratadi. Shu bilan birga, ushbu amaliyotni amalga oshirish bilan bog'liq o'lim darajasi 1,5% dan oshmadi (7). Hozirgi vaqtda o'pka arteriyasidan tromboendarerektomiyadan keyin qoldiq o'pka gipertenziyasi bo'lgan bemorlarda O'A BAP

dan foydalanish bo'yicha ijobiy tajribaga ega bo'lgan ishlar mavjud bo'lib, kelajakda ushbu amaliyot uchun ko'rsatmalarni sezilarli darajada kengaytiradi. O'A BAP ni o'tkazish uchun yangi vositalar va texnologiyalarning paydo bo'lishi ham asoratlarning chastotasini kamaytirishga yordam beradi. Bundan tashqari, O'A BAP uchun bemorlarni tanlash mezonlari va asoratlarning xavfini minimallashtirish uchun operatsiyadan oldingi davolash protokollari yanada takomillashtirilishi kerak. Proksimal tip STEO'G bilan og'rigan bemorlarda gibril aralashuvlarning samaradorligi va xavfsizligini, shuningdek, O'A BAP paytida O'AG –maxsus terapiya o'rini aniqlashtirish kerak.

Eslatma: STEO'G-Surunkali tromboembolik o'pka gipertenziyasi, O'AG-o'pka arteriyasi gipertenziyasi, O'A BAP-o'pka arteriyasi ballonli angioplastikasi.

Klinik holat. STEO'G bilan og'rigan bemorda o'pka arteriyasi shoxlarini bosqichli ballonli angioplastikasiga namuna.

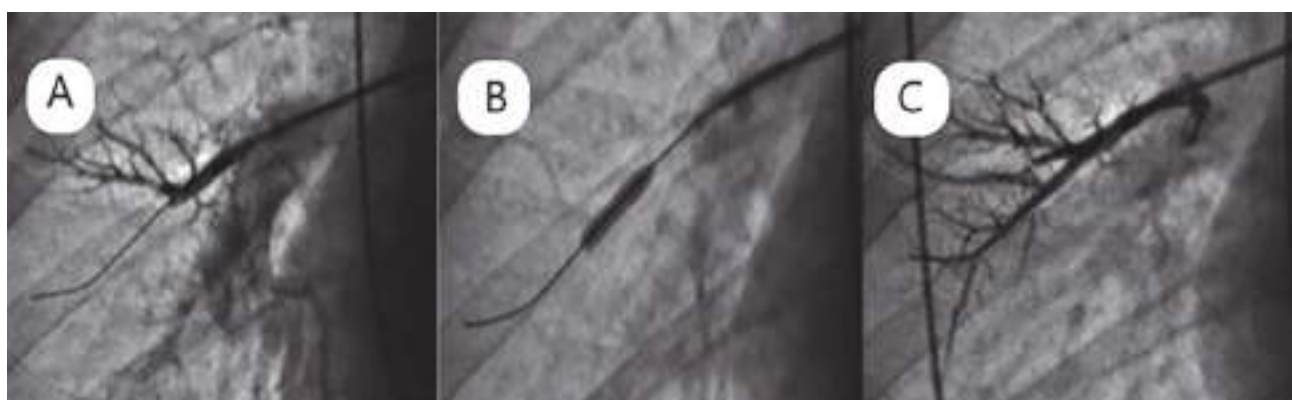
Bemor I., 43 yosh, anamnezida splenektomiya o'tkazgan, 2015 yildan beri o'zini kasal deb hisoblaydi, u to'liq o'zini yaxshi his qilganlik fonida kuchli hansirash, bosh aylanishi va holsizlik paydo bo'lgan. Yashash joyidagi kasalxonaga gospitalizatsiya qilingan, oyoq chuqur venalarining trombozi fonida o'pka arteriyasi tromboemboliyasi tasdiqlangan. Tizimli trombolizis aktiliz amalga oshirildi. Yashash joyida o'tkazilgan tekshiruvda antitrombin III tanqisligi (55,8-78,5%; normada-83-128%) aniqlangan. Kuniga 20 mg dozada rivaroksaban bilan antikoagulyant terapiya buyurilgan. Kasalxonadan chiqaruv paytida, exokardiyografiyaga ko'ra, o'pka arteriyasida sistolik bosim 34 mm.sim.ust ni tashkil etgan. Keyinchalik bemorda hansirashning kuchayishi shuningdek jismoniy zo'riqish paytida to'sh orti sohasida bosuvchi xarakterdagi og'riq kuzatilgan. Ko'krak qafasi organlarining kontrastli MSKT tekshiruvda o'pka arteriyasi shoxlaridan bo'laklar sohasiga va distaldan subsegmental shoxlarga tarqalish bilan devoroldi "iqlar" ko'rinishidagi kontrastli ko'plab nuqsonlar aniqlandi. 2021-yil dekabr oyida bemor NeoMed Cardio klinikasiga qo'shimcha tekshirish, koronar angiografiya, yurak kameralarini kateterizatsiya qilish va invaziv angiopulmonografiya o'tkazish uchun rejali tartibda gospitalizatsiya qilindi. Yurak o'ng kameralari kateterizatsiyasi ma'lumotlariga ko'ra prekapillyar o'pka gipertenziyasi tasdiqlandi. (Jadval. Bemor gemodinamik ko'rsatkichlari dinamikasi). Kontrastli MSKT ga ko'ra ikkala o'pkada ham o'pka arteriyasi subsegmentar tromboemboliyasining ishonarli belgilari aniqlandi. Invaziv angiopulmonografiya ko'plab eksentrik va cho'zilgan stenozlar mavjudligini, shuningdek, ikkala o'pkaning segmentar arteriyalarida total yopilishlar borligini ko'rsatdi. O'pka arteriyasi shoxlari shikastlanishining morfologik xususiyatlariga ko'ra, bemor operatsiyaga yaroqsiz deb topildi. Sutkasiga 60 mg dozada sildenafil bilan off-label maxsus davolash boshlandi. Xavf / foydani baholashdan so'ng, bosqichma-bosqich o'pka

arteriyalari ballonli angioplastikasini o'tkazishga qaror qilindi. Vizualizatsiya usullari ma'lumotlariga asoslanib, jarrohlik aralashuvi bosqichlari aniqlandi. Bemorga 2 bosqichda ballonli angioplastika o'tkazildi, endovaskulyar aralashuv bosqichlari va gemodinamik ko'rsatkichlar dinamikasi jadvalda ko'rsatilgan.

Eslatma: O'ASB-o'pka arteriyasi sistolik bosimi, O'ADB-o'pka arteriyasi diastolik bosimi, o'rt.O'AB-o'pka arteriyasidagi o'rtacha bosim, O'AYB-o'pka arteriyasi yopilish bosimi, YI-yurak indeksi, O'TQ-o'pka tomir qarshiligi.

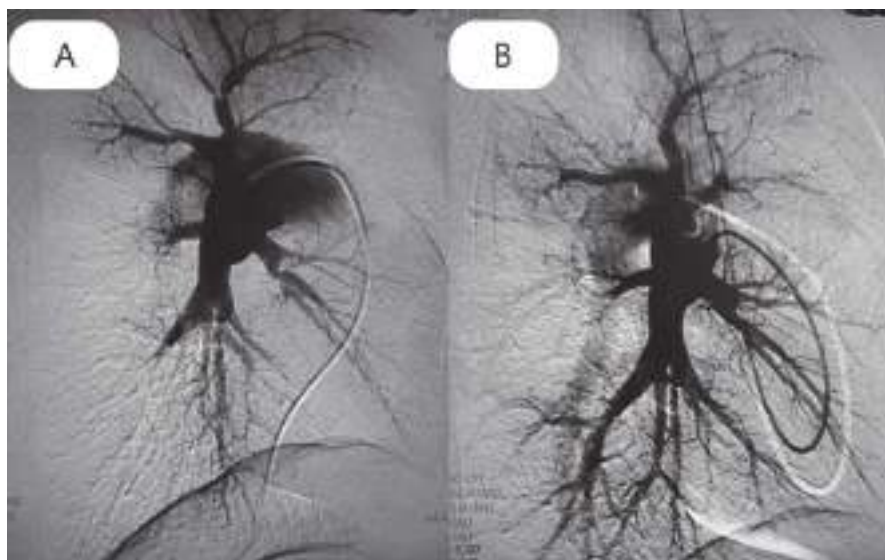
Jadval. Bemor gemodinamik ko'rsatkichlari dinamikasi

	Dastlabki ma'lumotlar	1-bosqich 10.12.2021	2-bosqich 11.02.2022
Segmentar arteriyalar angioplastikasi		Chap- A8, A9, A10 O'ng- A3, A4 yopilgan	O'ng A7 va yopilgan A6, A8, A9, A10
O'ASB/O'ADB/ o'rt.O'AB, mm. sim. ust.	100/32/61	86/34/52	48/19/32
O'AYB, mm. sim. ust.	15		15
YI, l/min/m ²	1.63	2.1	2.78
O'TQ, Vud birligi	17.5	7.2	3.8



1-rasm. O'pka arteriyasi ballonli angioplastikasi uchinchi bosqichi. O'ng o'pka A6 segmentar arteriyasi surunkali okklyuziyasi rekanalizatsiyasi va ballonli angioplastikasi.

Eslatma: A – «Miracle 3» o'tkazgichining o'ng o'pka A6 segmentar arteriyasi surunkali okklyuziya sohasiga o'tishi; B – «NC Emerge» 3,0 x 20 ballon kateteri bilan A6 okklyuziya sohasi ballonli angioplastikasi; C – arteriyada antegrad qon oqimining tiklanishi.



2-rasm. O'ng o'pkaning yon proeksiyada ballon angioplastikadan oldin (A) va keyingi angiopulmonografiyasi (B). A – yuqori va o'rta bo'laklarning segmentar arteriyalarida va pastki bo'lakning yopilgan arteriyalarida eksentrik va cho'zilgan stenozlar. B – ko'rsatilgan arteriyalarda venoz fazani tiklash bilan birgalikda antegrad qon oqimining tiklanishi.

Клинические рекомендации Хроническая тромбоземболическая легочная гипертензия 2016 Российским медицинским обществом по артериальной гипертензии на III Всероссийском конгрессе по легочной гипертензии. 2015г

Чазова И.Е., Валиева З.С., Наконечников С.Н., др. Сравнительный анализ клинического, функционального, гемодинамического профиля пациентов с неоперабельной хронической тромбоземболической и идиопатической легочной гипертензией по данным Российского регистра. Терапевтический архив 2018; 88 (10): 63-73.

Riedel M, Stanek V, Widimsky J, et al. Long term follow-up of patients with pulmonary thromboembolism. Chest. 1982;81:151-157.

Jamieson SW, Kapelanski DP. Pulmonary endarterectomy. Curr Probl Surg 2000;37:165-252.

Lang IM, Madani M. Update on chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Circulation. 2014;130:508-518.

Feinstein JA, Goldhaber SZ, Lock JE, Ferndandes SM, Landzberg MJ. Balloon pulmonary angioplasty for treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Circulation. 2001; 103(1): 10-13. doi:10.1161/01.cir.103.1.10.

Hiroki Mizoguchi, Aiko Ogawa, Mitsuru Munemasa, Hiroshi Mikouchi, Hiroshi Ito, Hiromi Matsubara. Refined Balloon Pulmonary Angioplasty for Inoperable Patients with Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. Circ Cardiovasc Interv. 2012; 5(6): 748-755. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.112.971077.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., УЗОКОВ Ж.К., ПУЛАТОВ Н.Н.,
КУРМАЕВА Д.Н., БАБАЕВ М.А., Ш.И. АЗИЗОВ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;

Центр передовых технологий;

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности лечения больных коронарной болезнью сердца (КБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. Наблюдали 30 пациентов КБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функциональных классов (ФК) после планового СКА. Пациенты КБС СС III ФК вошли в I группу (12), а СС IV ФК – во II группу (18). На фоне базисной терапии (аспирин, клопидогрел, аторвастатин, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента). Исходно оценивали жизнеспособность миокарда (эхокардиография (стресс-ЭХОКГ), мультислайсная компьютерная томография), генов CYP2C19*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), и в динамике (3 и 6 месяцев) изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ), проводили кардиореабилитацию (КР).

Результаты. Исходно выявлены атерогенные изменения в липидном спектре. Под влиянием аторвастатина уменьшились показатели Х (Сс $6,8 \pm 0,3$ до $4,7 \pm 0,2$), ХСЛПНП (с $3,8 \pm 0,2$ до $2,3 \pm 0,16$) ТГ (с $2,6 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,2$ ммоль/л) и небольшое увеличение уровня ХСЛПВП (с $1,1 \pm 0,04$ до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). До СКА у больных с СС IV ФК выявлены более высокие значения АТ. Исходно были снижены показатели глобальной и

регионарной систолической функции (у пациентов II группы выраженнее). Лечение и КР увеличили фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): исходно 57%, в динамике – 62,5%: масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) – 188 и 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 и 1,05 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) – 4,95 и 4,8 см, конечно-диастолический объем (КДО) 124,5 и 116 мл, конечно-систолический объем (КСО) 47,5 и 49,5 мл. При этом ударный объем (УО) 79 и 77,5 мл. У пациентов с дилатированным ЛЖ улучшение после СКА менее выражено даже при жизнеспособном миокарде. В конце наблюдения улучшились такие параметры ЭХОКГ, как ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. Показатели глобальной систолической функции ЛЖ, УМЖП, УЗСЛЖ, КСО ЛЖ, УО ЛЖ, ФВ ЛЖ при малых дозах добутамина также были лучше исходных. При распределении генотипов CYP2C19*17 (rs 12248560) СС, СТ и ТТ рекомендовано увеличить дозу антиагрегантов. При распределении генотипов гена CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA их уменьшение. К концу наблюдения у больных, занимавшихся лечебной физической культурой (ЛФК) со второй степенью двигательной нагрузки, увеличилась двигательная активность и пороговая нагрузка до 100 Вт, уменьшились одышка до 1 балла, частота дыхания и сердечных сокращений, пороговой нагрузки



с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. КР с третьей степенью нагрузки уменьшалась одышка при быстром подъеме по лестнице до 1 балла, увеличивалась пороговая нагрузка до 150 Вт. Значительно улучшились показатели пробы Генча и Штанге. Своевременная оценка жизнеспособности миокарда, индивидуализированный подход с учетом фармакогенетических исследований при ведении больных КБС, подвергшихся СКА, повышает эффективность лечения и КР, предупреждает сердечно-сосудистые

осложнения. Физические тренировки улучшают микроциркуляцию в мышцах и органах, увеличивают легочную вентиляцию, повышают толерантность к физическим нагрузкам.

Выводы. Персонализированный подход с учетом оценки жизнеспособности миокарда и выбора оптимальной тактики реваскуляризации, генетического тестирования с подбором оптимальной терапии и физических нагрузок повышает эффективность лечения и КР и предупреждает развитие осложнений у больных с КБС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СРАВНЕНИИ С ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ

АТАМУРАТОВ Б.Р.¹, ФОЗИЛОВ Х. Г.¹, ЮЛДАШОВ Б.А.¹, КАХХАРОВ И.И.¹,
ЮЛДАШОВ А.А.¹, АБДУКАМИЛОВ А.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан;

²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка непосредственных результатов стентирования коронарных артерий у больных ОКС с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. Данное одноцентровое проспективное исследование проведено на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК). В исследование были включены 114 больных ОКС с ST элевацией, которые экстренно поступили за период с января 2021 г. по февраль 2022 г. в РСНПМЦК. Все больные имели изменения на ЭКГ в виде элевации сегмента ST. Пациенты имели в анамнезе ангинозные приступы со сроком от 20 минут до 12 часа.

Результаты. Все 114 пациентов были разделены на две группы: в первую группу были включены 71 (62,3%) больной, подвергшийся диагностической коронарографии (КАГ), с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ). Во вторую группу были включены 43 (37,7%) пациента, которым был проведен системный тромболитис. Из 43 пациентов 5 пациентам была первоначально проведена диагностическая КАГ с последующим системным тромболитисом, в виду выявленного выраженного многососудистого поражения коронарного русла и массивного тромбоза коронарных артерий.

Средний возраст пациентов в первой группе составил 60,6±12,3 года. Пациенты, чей возраст был менее 40 лет 9,9% (7 человек), от 41–59 лет составили 40,8% (29 человек), более 60 лет – 49,3% (35 человек), пациенты мужского пола составили 73,2% (52), женского пола – 26,8% (19).

Среди сопутствующих заболеваний в первой группе преобладали артериальная гипертензия (АГ) 81,7% (у 58 пациентов), сахарный диабет (СД) 2 типа 23,9% (17 пациентов), ожирение различной степени 35,2% (25 пациентов).

Во второй группе средний возраст составил 60,1±12,4 года. Пациенты, чей возраст был менее 40 лет составили 6,9% (3 человека), от 41–59 лет – 37,2% (16 человек); более 60 лет – 55,8% (24 человека), пациенты мужского пола составили 55,8% (24), женского пола – 44,1% (19). Среди сопутствующих заболеваний во второй группе также преобладали АГ 69,7% (у 30 пациентов), СД 2 типа 30,2% (13 пациентов), ожирение различной степени 58,1% (25 пациентов).

В первой группе пациентов, подвергшихся ЧКВ при КАГ, было выявлено: у 25 (32,9%) больных 1 сосудистое, у 26 (34,2%) – 2-сосудистое и у 25 (32,9%) больных многососудистое поражение КА, $\chi^2=0,039$, $df=2$, $p=0,98$. В 85,9% (61) случаев выполнялось прямое стентирование КА. В 100% случаев использовали стенты с лекарственным покрытием. По шкале SYNTAX Score 53 (74,6%) больных имели низкий балл (<22), средний балл (23–32) имели 13 (18,3%) и 5 (7%) имели высокий балл (>32 баллов), $\chi^2=96,67$, $df=2$, $p<0,001$. Проанализированы непосредственные ангиографические и клинические результаты первичного ЧКВ у 71 больного. Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 85,9% (61). Осложнения в виде no-reflow развились в 8,45% (6) случаев (во всех случаях кровотоки восстановлены медикаментозно до уровня TIMI III). Острый

тромбоз стента развился в срок от 2 до 6 часов у 4 (5,6%) пациентов, из них 3 пациентам проведен системной тромболизис, 1 пациенту выполнено повторное стентирование. Число повторных инфарктов составило 4 (5,6%), а летальный исход наступил в 3 (4,2%) случаях ввиду исходного крайне тяжелого состояния больных, обусловленного развитием кардиогенного шока. Основная часть больных – 68 (95,8%) отмечали значительное клиническое улучшение после активизации еще на госпитальном этапе. По данным ЭКГ у 62 (87,3%) больных отмечалась положительная динамика в виде снижения сегмента ST.

Во второй группе пациентов, подвергшихся системному тромболизису, летальность составила

6,9% (3), клиническое улучшение отмечали 76,7% (33), инсульт (ишемический либо геморрагический) отмечался в 4,6% (2) случаях, повторный инфаркт миокарда составил 11,6% (5), реваскуляризация за период госпитализации была проведена 53,5% (23) случаев.

Выводы. Первичное ЧКВ является эффективным и безопасным методом лечения больных ОКС с элевацией сегмента ST, характеризующейся хорошей клинической эффективностью со снижением частоты летальных исходов, а также снижением осложнений в виде инсультов и повторных острых инфарктов миокарда на госпитальном этапе по сравнению с системным тромболизисом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

ЖУМАЕВ Ф.А., ШЕРОВ Ж.А., НАРЗИКУЛОВ У.З., ИБРОХИМОВ Ф.Х., САФАРОВ Ф.А.

РИКИАТМ СВМФ

Цель. Анализ эндоваскулярного закрытия большого открытого артериального протока окклюдером.

Материал и методы. Больная Р., 25 лет, поступила в стационарное отделение кардиологии 12.03.2022 г. с диагнозом: врожденный порок сердца: открытый артериальный проток. При поступлении предъявляет жалобы на слабость и одышку при ходьбе. В течение года отмечает появление одышки при ходьбе. Данные эхокардиографии: открытый артериальный проток (диаметр = 14 мм, длина протока=18 мм). Градиент систолического давления Ао/ЛА-60 мм.рт.ст., диаметр ЛА-43мм, КДР-5,1 см, КСР-4,3 см, КДО-156 мл, ФВ-63%. При аускультации выявлен характерный систолодиастолический «машинный» шум во втором-третьем межреберье слева от грудины, иррадиирующий в межлопаточное пространство и сосуды шеи, усиление II тона над легочной артерией. Неинвазивное АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 75 уд/мин., ЧД – 23/мин., SpO₂ – 98%. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 75 уд/мин. ЭОС-нормальная. Учитывая ухудшение самочувствия и появление легочной гипертензии, принято решение о выполнении транскатетерного закрытия ОАП.

Описание операции (15.03.2022). Под местной анестезией пунктированы правая общая бедренная артерия и общая бедренная вена. Катетер проведен в грудной отдел аорты. Выполнена аортография, визуализирован открытый артериальный проток размером 17 мм, соединяющий Ао и ЛА. Перед закрытием ОАП ин-

вазивное P_{ПЖ} = 50 мм.рт.ст, P_{ЛА} = 60 мм.рт.ст и P_{Ао} = 130 мм.рт.ст. Далее через интрадьюсер в правой ОБВ по проводнику через артериальный проток в нисходящую часть аорты заведен катетер. Катетер заменен на доставляющее устройство. Выполнена имплантация окклюдера «Cocoon Duct Occluder» 18 мм с расположением дистального диска окклюдера со стороны аорты, проксимального – со стороны легочной артерии. На контрольной ангиографии позиция окклюдера в артериальном протоке оптимальна, отмечается редукция кровотока по артериальному протоку. Перед отсоединением окклюдера время ожидания 20 – 30 минут, далее повторно измерили давление ЛА. Среднее давление ЛА снизилось на 45 мм.рт.ст. Учитывая снижение давления, плотную фиксацию окклюдера, было решено отсоединить окклюдер от системы доставки. На контрольной аортографии получен хороший ангиографический результат.

На следующий день пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

На повторном обследовании через 6 месяцев на ЭхоКГ определяется полная эпителизация окклюдера. Полное закрытие протока. Градиент давления Ао/ЛА – 83 мм.рт.ст.

Клиника легочной гипертензии регрессировала. Общее состояние пациентки удовлетворительное.

Вывод. Эндоваскулярное закрытие ОАП является методом выбора хирургической коррекции порока у взрослых больных с большим диаметром протока.

**РОТАЦИОННАЯ АТЕРЭКТОМИЯ И ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ****КАРИМОВ Б.Х., РЕДЖАБОВЕВ Х.А., МУМИНОВ А.А., АЗЗАМОВ Ж.А., АКАТОВ А.Р.****НеоМедКардио, г.Ташкент**

Введение. Около 1/3 пациентов, направленных на инвазивное лечение ишемической болезни сердца (ИБС), имеют выраженный кальциноз коронарных артерий (ККА). Установлено, что кальцификация артерий сердца чаще выявляется при распространенном, многососудистом поражении в старшей возрастной группе, в особенности при сочетанных поражениях в других сосудистых бассейнах, т.е. рассматривается как маркер более тяжелого, распространенного атеросклеротического процесса. Проведение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у пациентов с выраженным ККА имеет определенные технические сложности и ассоциировано с более частыми неблагоприятными результатами, такими как рестеноз стента, тромбоз стента и развитие сердечно-сосудистых осложнений — как перипроцедурных, так и отдаленных. Операция коронарного шунтирования (КШ) позволяет восстановить кровоток в коронарных сосудах в обход пораженных кальцифицированных сегментов. Но в последнее время чрескожные коронарные вмешательства с помощью ротатора позволяют «реканализировать» пораженные кальцием коронарные артерии. Кальциноз является маркером наличия атеросклероза и его прогрессирования, играет важную роль в процессе стабилизации атеросклеротической бляшки. Данный обзор включает исследования, описывающие патогенез, диагностику коронарного кальциноза, а также результаты прямой реваскуляризации миокарда с помощью ротационной атерэктомии у пациентов с коронарной болезнью, сопровождающейся кальцинозом;

Клинический случай. Пациент М., 71 год с проявлениями боли за грудиной с иррадиацией в левую руку при незначительных физических нагрузках, одышки при подъеме на второй этаж поступил в клинику НеоМед Кардио для дообследования и дальнейшего лечения. Из анамнеза известно, что больной страдает ИБС и ГБ в течение долгих лет. ПИКС от 2007 года. Максимальные цифры АД 170/110 мм.рт.ст., адаптирован к 120/80 мм.рт.ст.

При эхокардиографическом исследовании. Ao —3,2 см. ЛП-4,0 см, МЖП-0,9 см, ЗСЛЖ-1,1 см, КДО —165,0 мл (<150), КСО-91,0 мл, УО-74 мл, ФВ — 45% (>55). Регионарная сократимость ЛЖ нарушена: гипокинез по ПСЛЖ на уровне средних и базальных сегментов.

Вывод. Снижение общей и регионарной сократимости ЛЖ, ГЛЖ. Дилатация левых отделов

сердца. ДДЛЖ по 1 типу. Склероз стенок аорты, створок АК и МК. НМК, НТК I ст.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, результаты клинико-инструментальных исследований, установлен нижеуказанный предварительный диагноз и рекомендована подготовка к проведению чрескожного коронарного вмешательства

ЭКГ: Ритм синусовый, с ЧСС 71 уд.в.мин. ЭОС горизонтальное. PQ-0.16с, P-0.12с, QRS-0.06с. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Интраоперационно: Выраженный кальциноз коронарных артерий. СЛКА — без изменений. ПНА — субтотальный стеноз в П/З, далее неровность контуров в С/З-Д/З. ОА — неровность контуров. ПКА — неровность контуров, стеноз в С/З до 40%, далее стеноз до 65-70% в Д/З. ЗМЖВ — стеноз в П/З до 40-50%. Тип кровоснабжения миокарда: правый.

Было принято решение выполнить оперативное вмешательство в объеме: Ротационная атерэктомия и чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием передней нисходящей артерии.

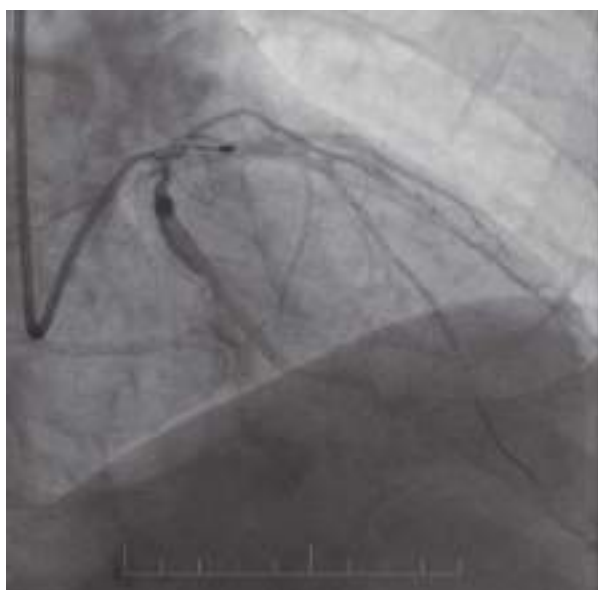
Под местной анестезией (новокаин 0,5% — 10мл) пунктирована правая ОБА. Установлен интродьюсер 7F. Внутривенно введен раствор гепарина (10 тыс. ЕД). Учитывая характер поражения коронарного русла, принято решение выполнить стентирование пораженных артерий. В истоке ЛКА установлен проводниковый катетер EBU JL-3.5 7Fr. Rotawire floppy проведен до Д/З ПНА. Преддилатация баллонными катетерами NC Quantum 2.5*12 mm, 2.75*12 mm, 3.0*12 mm давлением 12-16 атм., без результата. Далее выполнена атерэктомия с помощью Burr 1,75 mm RotaPro, 140-170 k rpm. 4 серии. На контрольной ангиографии признаков диссекции и перфорации не определяется. Далее rewiring на Runthrough. На место остаточного стеноза имплантирован стент Biomatrix alpha 3.5*33 mm, давлением 6 атм. Стент постдилатирован баллонным катетером NC Quantum 3.5*12 mm, давлением 12-30 атм. На контрольной ангиографии остаточного стеноза и признаков диссекции не определяется. Коронарный проводник, проводниковый катетер и интродьюсер удалены. Асептическая давящая повязка. С целью профилактики тромботических осложнений, пациенту п/к сделано клексан 0,8 и рег ос клопидогрель 75 мг.



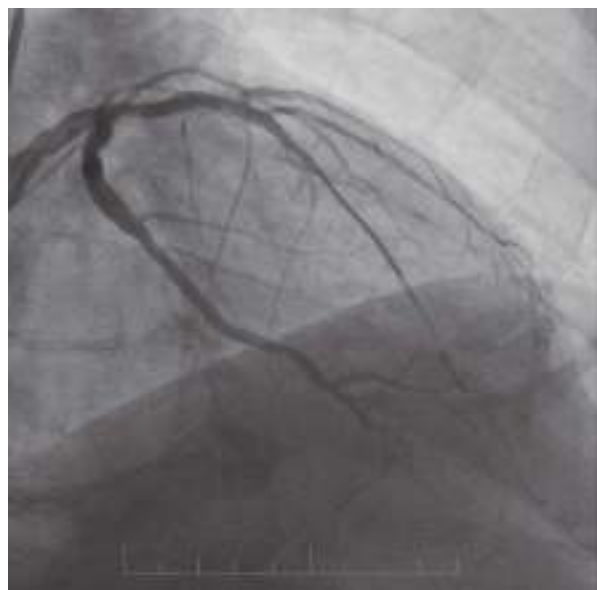
Левая коронарная артерия: стрелкой указан кальцинированный субтотальный стеноз в ПНА



Правая коронарная артерия



Burr 1,75mm RotaPro в ПНА



Конечный ангиографический результат

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ЩЕЛЕВИДНОГО ДМПП ДВУМЯ ОККЛЮДЕРАМИ

**КАРИМОВ Б.Х., МОМИНОВ А.А., РЕДЖАБОВЕВ Х.А., АЗЗАМОВ Ж.А.,
МАРУКЯН Н.В., УМАРОВ Б.Я., АБДУРАХМАНОВ З.М.**

НеоМедКардио, г. Ташкент

Введение. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) является одной из наиболее частых врожденных пороков сердца, встречающихся примерно у 25% детей (1). По последним данным

частота выявления порока составляет 9 человек на 1000. Однако выявляемость имеет географические различия. Чаше пороки диагностируются в странах с развитой медицинской помощью (2).



Данный порок характеризуется наличием сообщения между предсердиями, который позволяет артериальной крови из левого предсердия попадать в правое, что приводит к дилатации правого предсердия и правого желудочка, степень которой зависит от размера и объема шунтирования. Размер дефекта определяет направление и величину шунтирования. В норме давление в правом предсердии значительно ниже, чем в левом предсердии, поэтому кровь течет из левого предсердия в правое. Небольшой дефект, менее 0,5 см в диаметре, может быть гемодинамически и клинически не значимым. Дефект большего размера, более 2 см в диаметре, может обеспечивать значимый сброс крови с перегрузкой правых отделов сердца, приводящей к легочной гипертензии. Значимым считаются шунты, имеющие отношение легочного кровотока (Qp) к системному (Qs) больше 1,5:1 ($Qp/Qs > 1,5$) (3). Следует отметить, что дефекты размером менее 5 мм часто закрываются на первом году жизни самостоятельно (4). Хроническая перегрузка объемом из-за высокого легочного кровотока вызывает ремоделирование легочной сосудистой сети. По мере ремоделирования легочных сосудов в сосудистой стенке увеличивается слой гладкомышечных клеток, приводящий к увеличению легочного-сосудистого сопротивления. Как только давление в легочной артерии становится равным системному давлению, шунтирование через ДМПП реверсируется, и деоксигенированная кровь из правых камер течет в левое предсердие и системно. Это состояние известно как синдром Эйзенменгера (5).

Клинический случай. Пациент П., 14 лет с проявлениями одышки при физических нагрузках поступил в клинику НеоМедКардио для дообследования и дальнейшего лечения. Из анамнеза известно о впервые выявленном ДМПП 2 года назад. О причинах невыполнения оперативного вмешательства недостаточно сведений. В 2022 году пациент начал отмечать снижение толерантности к физической нагрузке и возникновение одышки чаще, чем ранее.

При эхокардиографическом исследовании: фракция выброса левого желудочка по Симпсону 65% без зон а/гипокинезии, начальные признаки дилатация правых камер с умеренным снижением систолической функции правого желудочка – TAPSE 13 мм. Ширина струи шунта до 22 мм в субкостальной позиции, до 8 мм в апикальной. При ЧП Эхо дефект представляется щелевидным, с дефицитом задненижнего и передневерхнего краев. После госпитализации пациенту выполнена катетеризация правых камер сердца с расчетом гемодинамических показателей. Данные

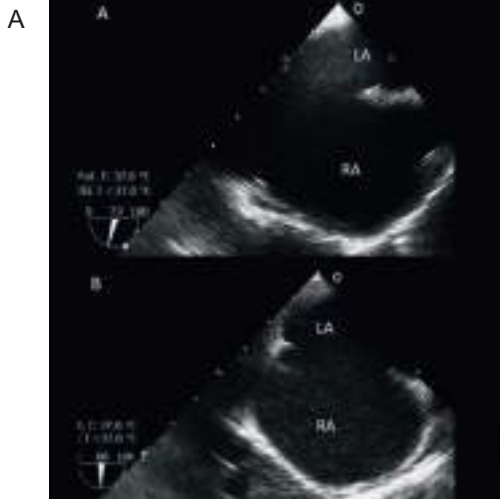
манометрии камер сердца свидетельствовали о неблагоприятном прогнозе. Давление в легочной артерии (сист) – 30 мм.рт.ст., в левом предсердии – 17 мм.рт.ст., в правом предсердии – 15 мм.рт.ст. Соотношение легочного кровотока к системному Qp/Qs – 2.4/1. От выполнения открытой операции в условиях искусственного кровообращения родственники отказались. Принято решение выполнить пациенту эндоваскулярную коррекцию дефекта.

Интраоперационно, для изменения истинных размеров дефекта выполнялась трансторакальная эхокардиография. Измерение с помощью Sizing баллона решено не выполнять для предотвращения травматизации и разрыва перегородки, что могло повлечь аритмологические осложнения в будущем. Из-за отсутствия заднего края имплантации окклюдера большего размера не рассматривалось ввиду высокого риска, отсроченной эрозии задней стенки предсердия. Под контролем ЭХО КГ имплантирован первый окклюдер 13 мм в проекции заднего края дефекта. После выполнения проб на устойчивость окклюдер отделен от системы доставки и в передний край дефекта имплантирован второй окклюдер диаметром 10.5 мм. На контрольной ЭХО КГ непосредственно после операции и на следующий день – сброс через МПП не визуализируется и препятствий работе клапанного аппарата нет.

Выводы. Наличие щелевидного дефекта с дефицитом двух краев не является абсолютным противопоказанием к эндоваскулярной коррекции порока, однако обязательно выполнение ЧП ЭХО КГ или 3D ЭХО КГ (по возможности), для лучшего представления анатомии дефекта и точного подбора диаметра окклюдеров.

Заключение. Ротационная атерэктомия с помощью системы Rotablator – это малоинвазивное вмешательство, при котором внутрь коронарной артерии на кончике гибкого приводного стержня вводится крошечное эллиптическое сверло с алмазным напылением. Результатом движения бура по проводнику и его вращения со скоростью до 190 тыс. об/мин становится разрушение бляшки с образованием мелких частиц, которые удаляются ретикулоэндотелиальной системой организма. Методика применяется перед стентированием у пациентов с тяжелыми поражениями коронарных артерий. В тех случаях, когда расширить просвет артерии не удается при помощи баллонного катетера или стента, выполняют ротационную атерэктомию, за счет чего уменьшается объем атеросклеротической бляшки и процедуру удается завершить стентированием.

ЧП Эхо до операции:

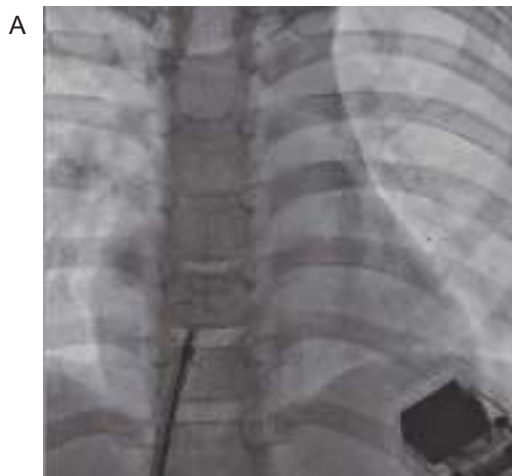


А – дефицит нижней полой вены и задненижнего края

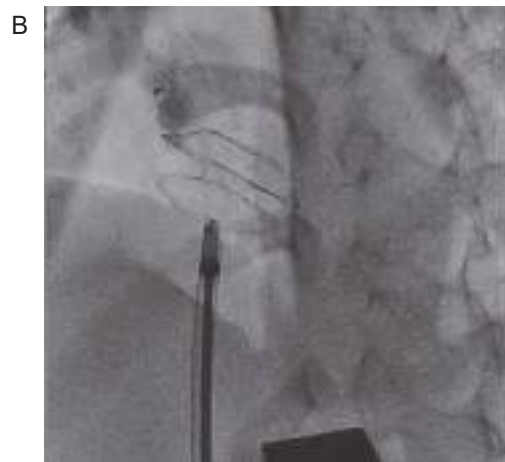


В – дефицит передневерхнего края

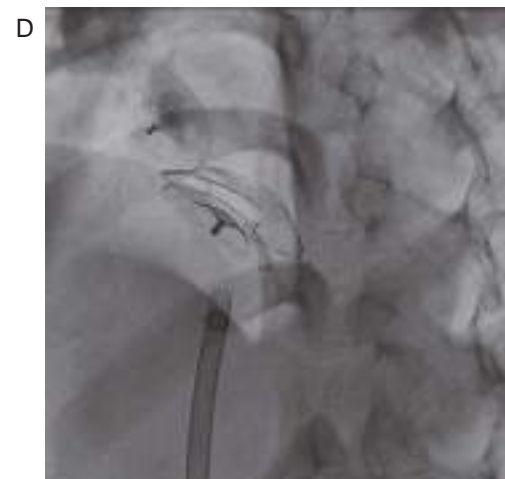
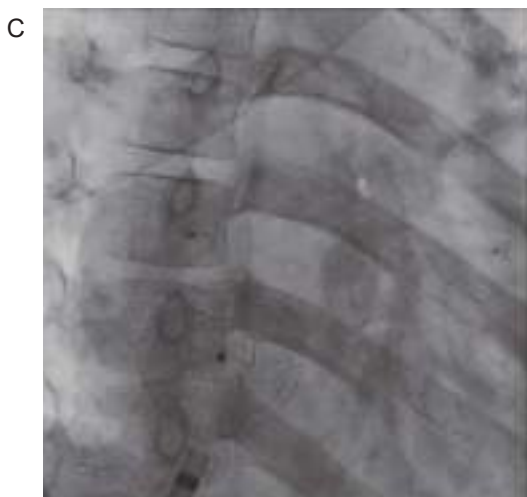
Имплантиция окклюдеров:



А – Имплантиция первого окклюдера;



В – Имплантиция второго окклюдера;

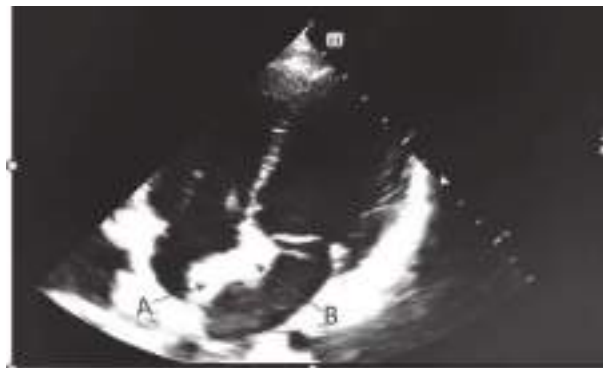


С, D – финальный результат;

Трансторакальная ЭхоКГ после операции:



А – первый окклюдер;



В – второй окклюдер.

ДИНАМИКА ПРОСВЕТА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД СТАТИНОТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

КАРПОВА И.С., СТРИГО Н.П.

ГУ «Республиканский научно-практический центр “Кардиология ”», Минск, Беларусь

Атеросклероз является непрерывно прогрессирующим заболеванием, течение которого можно замедлить либо приостановить с помощью медикаментозной терапии. Использование современных методов визуализации позволяет проводить контроль антиатеросклеротического лечения статинами. Целью исследования явилось изучение динамики коронарного атеросклероза с помощью компьютерной томографии, коронарографии и оптической когерентной томографии венечных артерий в динамике статинотерапии у пожилых пациентов.

Материалы и методы. В исследование было включено 62 пациента с ИБС в возрасте 70,3 (68,0; 73,0) года, не принимавших ранее статины. Определение показателей липидного спектра в сыворотке крови проводили колориметрическим фотометрическим методом с помощью стандартных реактивов фирмы Beckman Coulter на аппарате OLYMPUSAU 400, США. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография коронарных артерий (КТА) на двухэнергетическом 384-срезовом компьютерном томографе премиум-класса Siemens Somatom Force. Сканирование осуществлялось одновременно двумя рентгеновскими трубками с регистрацией данных двумя панелями детекторов. Для оценки просвета коронарных артерий анализировались последовательные поперечные томографические срезы, а также реконструкции изображений: многоплоскостные (MPR), трехмерные (3D) и в проекции максимальной интенсивности (MIP). Десяти пациентам выполнялась коронароангиография (КАГ) по стандартной методике на ангиографическом комплексе Siemens Artis Zee, затем оптическая когерентная

томография (ОКТ) трёх коронарных артерий: передней межжелудочковой ветви, огибающей ветви, правой коронарной артерии. Исследование проводилось на оборудовании St Jude Medical ILUMIEN с помощью катетера для визуализации St Jude Dragonfly OPTIS. С момента включения в исследование пациенты постоянно принимали статины (аторвастатин, розувастатин) в оптимально подобранных дозах. Средний период наблюдения между исследованиями составил $12,1 \pm 1,2$ месяца. Статистическая обработка полученных данных осуществлялись с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты. По данным исходного исследования КТА атеросклероз коронарных артерий отмечался у 79 % пожилых пациентов. Через 12 месяцев при КТА и КАГ не было выявлено дополнительного критического стенозирования или окклюзии коронарных артерий. Степень кальциноза коронарных артерий была в пределах от минимального до умеренного и не претерпела изменений через год статинотерапии. На контрольном ОКТ-исследовании на фоне статинотерапии выявлено увеличение минимальной (с $5,09 \pm 1,82$ мм² до $5,51 \pm 2,04$ мм²) и средней (с $8,62 \pm 2,04$ мм² до $10,39 \pm 2,83$ мм²) площади просвета коронарных артерий, а также уменьшение средней площади интимы в исследуемых участках сосудов (с $5,95 \pm 2,05$ мм² до $5,67 \pm 1,65$ мм²).

Выводы. ОКТ-исследование позволяет объективизировать атеросклеротическое поражение коронарных артерий и свидетельствует об эффективности статинов в предотвращении прогрессирования атеросклероза и кальциноза коронарных артерий у пожилых пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПО ТЕХНИКЕ INOUE

МАТНАЗАРОВ Р.К., МАДАМИНОВ М.Ю., ЮСУПОВ О.А., ИСКАНДАРОВ Ф.А., САГИРОВ А.М.

*Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Цель. Анализ первого опыта выполнения баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) стеноза митрального отверстия (СМО) по технике Inoue.

Материал и методы. Анализированы ближайшие результаты БМВ у 15 больных со СМО в возрасте от 31 до 58 лет (в сред. $44,7 \pm 5,1$). Мужчин было 3 (20,0%), женщин – 12 (80,0%). У 3 (20,0%) пациентов исходно на митральном клапане (МК) имелась регургитация I степени. Мерцательная аритмия имела место у 2 (13,3%) больных. Исходно площадь митрального отверстия (Smo) составляла от 0,7 до $1,45 \text{ см}^2$. У 11 (73,3%) пациентов был СМО III ст., у 4 (26,6%) – СМО IV ст. Показанием к вмешательству служило наличие клинической картины с Smo менее $1,5 \text{ см}^2$ и трансмитральным градиентом более 10 мм рт.ст. Противопоказанием к вмешательству служило наличие митральной регургитации II и более степени, а также наличие тромбов в левом предсердии. Критериями успеха операции по данным интраоперационной ЭхоКГ считали расширение Smo более $1,5 \text{ см}^2$ (как минимум), при отсутствии значимой регургитации на МК.

Результаты. У всех больных удалось произвести успешную БМВ. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с $1,2 \pm 0,2 \text{ см}^2$ до $2,1 \pm 0,5 \text{ см}^2$. Трансмитральный градиент снизился в среднем с $18 \pm 3,7$ до $8 \pm 1,7$ мм рт.ст.

У 3 (20,0%) пациентов без исходной недостаточности МК после успешной БМВ появилась регургитация на МК до I степени. У 2 (13,3%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени последняя увеличилась до II степени, у 1 (6,7%) осталась на прежнем уровне.

Из осложнений на начальном этапе работы в 1 (6,7%) случае имела место ошибочная пункция стенки правого предсердия и устья НПВ осложненного гемоперикардом. Для предотвращения тампонады сердца выполнен перикардиоцентез с эвакуацией крови из полости перикарда. Не удаляя катетер, пациент экстренно переведен в кардиохирургическую операционную, где было выполнено ушивание дефекта стенки ПП. Через 2 месяца этой пациентке успешно была выполнена БМВ. Летальных случаев не было.

Вывод. БМВ по технике Inoue является эффективным и относительно безопасным методом лечения больных со СМО.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

МАТНАЗАРОВ Р.К., ИСКАНДАРОВ Ф.А., ЮСУПОВ О.А., САГИРОВ А.М.

*Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан*

Цель. Анализ структуры эндоваскулярных вмешательств в Приаральском специализированном научно-практическом центре кардиологии и кардиохирургии.

Материал и методы. Изучена структура рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у 6820 больных в возрасте от 2 недель до 96 лет, выполненных в рентгенооперационной Центра с января 2017 г. по июль 2022 г. на ангиографической установке Allura Centron (Philips).

Результаты. Из 6820 больных у 6140 (90,0%) пациентов РЭВ были выполнены у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), у 341 (5,0%) – с

врожденными пороками сердца (ВПС), у 16 (0,2%) – с митральным стенозом ревматической этиологии, у 17 (0,2%) – с экссудативным перикардитом, у 120 (1,8%) – с сосудистой патологией, у 103 (1,5%) – с брадиаритмическими нарушениями сердца, у 86 (1,3%) – с механической желтухой.

Из 6140 пациентов с ИБС диагностическая коронарография выполнена у 4456 (72,6%), коронарная ангиопластика и стентирование – у 1681 (27,4%). Из осложнений у 4 пациентов имел место острый тромбоз стента (повторно выполненна реканализация с ангиопластикой и успешным внутрикоронарным тромболизом), в 1 – перфо-



рация коронарной артерии после стентирования (пациент с расширенным баллоном в артерии и перикардиоцентезом экстренно переведен в кардиохирургическую операционную для коронарного шунтирования). Установка внутриаортального баллонного контрпульсатора выполнена у 3 больных. Интраоперационная летальность составила 1 (0,01%).

Из 341 больного с ВПС диагностическая катетеризация полостей сердца и магистральных сосудов с ангиокардиографией выполнена у 282 (82,7%), операция Рашкинда – у 2 (0,6%), баллонная вальвулопластика клапанного стеноза легочной артерии – у 27 (7,9%), баллонная дилатация (БД) коарктации аорты – у 3 (0,9%), БД подключично-легочного анастомоза – у 1 (0,3%), закрытие окклюдерами ДМПП – у 10 (2,9%), ДМЖП – у 8 (2,4%), ОАП – у 8 (2,4%). В 1 случае закрыть ДМПП окклюдером не удалось, данный пациент направлен на хирургическую коррекцию порока. Летальных случаев не было.

У 16 (0,2%) больных выполнена баллонная митральная вальвулопластика (БМВ) по технике Inoue. Из осложнений в 1 случае при пункции межпредсердной перегородки катетер прошел в полость перикарда, больной выполнено экстренного хирургического ушивание стенки правого предсер-

дия, данной пациентке через 1 месяц выполнена успешная БМВ. Летальных случаев не было.

У 17 (0,3%) больных с экссудативным перикардитом выполнен перикардиоцентез.

Из 120 больных с сосудистой патологией селективная ангиография выполнена у 49 (40,8%) больных. Ангиопластика артерий нижних конечностей выполнена при критической ишемии у 52 (43,3%) больных (в т.ч. у 9 (7,5%) со стентированием), стентирование почечных артерий – у 2 (1,7%), подключичных артерий – у 2 (1,7%), сонных артерий – у 3 (2,5%). Имплантация кава-фильтра выполнена у 12 (10,0%) больных. Летальных случаев не было.

Из 103 больных с брадиаритмическими нарушениями ритма имплантация однокамерного электрокардиостимулятора выполнена у 94 (91,3%), двухкамерного – у 9 (8,7%). Летальных случаев не было.

Наружное дренирование внутривенных желчных протоков при механической желтухе выполнено у 86 (1,3%) больных.

Выводы. Эндоваскулярные вмешательства являются эффективными и относительно безопасными методами лечения больных. Наибольшую долю в структуре эндоваскулярных вмешательств Центра составляют больные с ИБС.

ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРОАНГИОГРАММ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ ПРИ ОКС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

ПРИБЫЛОВА Н.Н., ЛЕОНИДОВА К.О., ПРИБЫЛОВ В.С., ЯКОВЛЕВА М.В., ПРИБЫЛОВ С.А.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Цель. Проанализировать данные коронарографии, показатели липидов крови и оценить влияние коронарного стентирования на показатели артериальной ригидности (АР) у пациентов ИБС, ОКС в сочетании с ХБП 1-3 ст.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ КАГ у 70 больных ОКС в сочетании с ХБП и 70 пациентов ИБС, ОКС без патологии почек. В РСЦ г. Курска в сопоставлении с параметрами АР определяли скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (СЛСИ), центральное систолическое и пульсовое давление (цСАД и цПАД), индекс аугментации (АИ) с помощью объемной сфигмографии на аппарате VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония) при поступлении в РСЦ и через 3 месяца после КС на фоне консервативной терапии ИБС.

Результаты. При анализе данных КАГ на ранних стадиях ХБП 1-2 ст. констатировано частое поражение 1 коронарной артерии у 15% больных (при ИБС без ХБП – 4,5%), а при ИБС с ХБП 3-4 ст. преобладало 2- и 3-сосудистое поражение (25

и 22%), а при ИБС без ХБП (24%), то есть у больных с ХБП 3-4 ст. существенные различия между группами утрачиваются. Также нами установлен факт неравномерного распределения атеросклеротических бляшек в коронарных артериях. При наличии ИБС и ХБП 1-3 ст. гемодинамически значимые стенозы определялись в передней нисходящей артерии в 43% случаев (в группе без ХБП – 22%); в правой коронарной артерии в 37% (без ХБП – 28%); в огибающей артерии в 22% (без ХБП – в 11%). Чаще бляшки определялись в проксимальной трети коронарной артерии у 43% (при ИБС без ХБП у 34%), затем окклюзия средней трети коронарной артерии у 37% (без ХБП – 36%), в дистальной трети – 23 и 20% соответственно. Феномен развития сердечно-сосудистых событий у коморбидных больных без облитерирующего атеросклероза КА действует только на начальных стадиях ХБП 1-3 ст. У пациентов ИБС и ХБП достоверным маркером дислипидемии ($p < 0,01$) является рост апо-В-липопротеидов (до $144 \pm 12,2$, в группе без ХБП – $119 \pm 2,4$ нг/дл), даже при отсут-

ствии гемодинамически значимых стенозов на КАГ. Показатели АР (СРПВ $11,2 \pm 0,12$, в группе без ХБП – $8,3 \pm 0,08$ м/с); (АИ – $1,55 \pm 0,12$ и $1,12 \pm 0,08$); (цСАД – $166 \pm 18,2$ и $130 \pm 11,4$ мм рт. ст.); (цПАД – $49 \pm 10,2$ и $32 \pm 6,3$ мм рт. ст.) были максимальными у больных ОКС, ХБП, что имеет значение в развитии и рецидивах ОКС у 25% этих сложных коморбидных больных, даже при отсутствии гемодинамически значимых стенозов на КАГ на ранних стадиях ХБП. Через 3 месяца после КС у пациентов ИБС в сочетании с ХБП 1-3 ст. происходит достоверное снижение жесткости сосудистой стенки (СРПВ до

$8,25 \pm 0,08$ м/с; АИ до $1,09 \pm 0,12$; цСАД $132 \pm 10,2$ мм рт. ст.; цПАД $31 \pm 4,3$ мм рт. ст.) с элевацией СКФ, падением креатинина крови, что свидетельствовало о выраженной тенденции к улучшению функционального состояния почек.

Выводы. У больных ИБС, ОКС в сочетании с ХБП после КАГ следует проводить КС только на ранних стадиях ХБП (при СКФ не ниже 50–45 мл/мин), когда преобладает атеросклеротическая окклюзия 1 коронарной артерии, что приводит к достоверному снижению АР без усугубления почечной патологии.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

САИДОВ М.А., ИБРОХИМОВ Ф.Х., ЖУМАЕВ Ф.А., ШЕРОВ Ж.А., САФАРОВ Ф.А., НАРЗИКУЛОВ У.З.

Самаркандский областной региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии

Цель работы. Обобщение опыта, анализ возможностей эндоваскулярной хирургии, оценка эффективности выполнения эндоваскулярных вмешательств при поражении ствола левой коронарной артерии.

Материалы и методы. В Самаркандском кардиологическом центре с января 2021 по июль 2022 года выполнены эндоваскулярные вмешательства у 56 пациентов при поражениях ствола левой коронарной артерии. Возраст пациентов колебался от 45 до 70 лет. Трое больных были после аортокоронарного шунтирования (АКШ), 29 больных на момент вмешательства с диагнозом 4 функциональный класс стенокардии по классификации ССС, 18 пациентов – нестабильная стенокардия, у 14 из которых отмечался критический стеноз ствола левой коронарной артерии, у 4 – острый ин-

фаркт миокарда. У 5 пациентов отмечалось ожирение 3 степени. Ангиографический успех процедур имел место у всех пациентов (100%).

Особенности процедур: в трёх случаях после АКШ проведено стентирование ствола ЛКА с переходом ОВ. В связи с коротким ВТК выполнено стентирование ствола ЛКА.

В одном случае было выполнено экстренное стентирование при критическом устьевом стенозе ствола ЛКА, при котором пациент доставлен в рентгеноперационную в крайне тяжелом состоянии с кардиогенным шоком.

Выводы. Наш опыт показывает, что эндоваскулярные вмешательства при поражениях ствола левой коронарной артерии являются эффективной и безопасной процедурой. А в ряде случаев могут являться единственным методом лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО КАРКАСА «MAGMARIS» У БОЛЬНЫХ С «DE-NOVA» ПОРАЖЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

САНАКУЛОВ Ж.М., ХОЛИКОВ С.Ш., ЮЛДОШЕВ Н.П., НАГАЕВА Г.А.

Навоийский областной медицинский многопрофильный центр МЗ Республики Узбекистан

Цель. Сравнительный анализ ангиографических данных и непосредственных результатов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при использовании биodeградируемого каркаса нового поколения – Magmaris у больных с «de-nova» поражениями при остром коронарном синдроме (ОКСбСТ и ОКСсСТ).

Материал и методы. В исследование вошли 25 пациентов (24 мужчины и 1 женщина), средний

возраст = $49,2 \pm 7$ лет. Все пациенты имели диагноз ОКС. Всем были проведены общеклинические и лабораторные исследования, а также диагностическая коронароангиография (КАГ), на основании которой (в случае наличия 1-сосудистых «de-nova» поражений) был проведен отбор больных в данное исследование. В зависимости от формы ОКС были выделены две группы: 1 гр. – 5 больных с ОКСбСТ и 2 гр. – 20 больных с ОКСсСТ. Всем



включенным в исследование респондентам для реваскуляризации были установлены биодеградируемые каркасы нового поколения – Magmaris.

Результаты: Ср. возраст больных 1 гр. составил $47,0 \pm 9,3$ лет и оказался на 2,8 года моложе, чем аналогичный показатель во 2 гр. ($p=0,807$).

КАГ-характеристики в 1 гр. были следующими: ср. балл Syntax-score – $10,1 \pm 2,7$ ед.; кровоток по TIMI = $2,2 \pm 0,4$ балла; поражения ПНА отмечались у 80,0%; поражения ПКА – у 20,0% пациентов; ср. диаметр пораженной артерии = $3,4 \pm 0,3$ мм и ср. длина поражения = $18,5 \pm 1,9$ мм. Во 2 гр. данные показатели составили: ср. балл Syntax-score – $11,2 \pm 5,1$ ед.; кровоток по TIMI = $2,8 \pm 1,0$ балла; поражения ПНА отмечались у 75,0%; поражения ПКА – у 25,0% пациентов; ср. диаметр пораженной артерии = $3,3 \pm 0,3$ мм и ср. длина поражения = $18,7 \pm 4,2$ мм (все $p > 0,05$).

Непосредственный результат ЧКВ в обеих группах составил – 100%-ный ангиографический успех, однако клинический успех у больных 2 гр. оказался несколько хуже, чем у лиц 1 гр. (100% – в 1 гр. и 95% – во 2 гр.). Каких-либо сложностей при установке данного вида устройств или каких-либо осложнений во время процедуры ЧКВ у обследуемых нами респондентов не отмечалось.

Все пациенты взяты на амбулаторный контроль для оценки дальнейших результатов исследования.

Выводы. Сравнительный анализ ангиографических данных и непосредственных результатов ЧКВ при использовании биодеградируемого каркаса нового поколения – Magmaris у больных с «de-novo» поражениями при различных формах ОКС не выявил каких-либо существенных различий. Однако это лишь первые предварительные результаты, что доказывает необходимость дальнейшего углубленного изучения данной проблемы.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТА С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

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

Введение. Полноценную работу биологической структуры – систему сосудисто-тромбоцитарного гемостаза обеспечивают тромбоциты, представляющие собой безъядерные элементы крови. Уменьшение количества тромбоцитов в крови ниже нормальных диапазонов (нормальное количество тромбоцитов в циркуляторном русле крови составляет 150000-400000 в 1 мкл) называют тромбоцитопениями [1].

Однако клинические признаки тромбоцитопении, выражающиеся в повышенной кровоточивости, обычно наблюдаются при снижении числа тромбоцитов ниже 50000 в мкл. Выраженная тромбоцитопения резко повышает госпитальную летальность, особенно у пациентов кардиохирургического, сосудистого профилей. Причины тромбоцитопении у госпитализированных больных многочисленны, и патогенетически могут развиваться в результате как снижения выработки, так и ускоренного разрушения/потребления тромбоцитов. Снижение образования тромбоцитов может быть связано начиная с дефицита Вит. В12 и фолиевой кислоты и заканчивая гематологически злокачественными опухолями, метастатическим раком, лейкозом, вирусной инфекцией, химиотерапией. Повышенное разрушение/потребление тромбоцитов в периферической крови подразделяются на иммунные и неиммунные. Иммунные тромбоцитопении развиваются в результате выработки в

организме ауто- или аллоантител против тромбоцитов (гепарининдуцированные, лекарственные, пострасфузионные тромбоцитопении). Неиммунные формы связаны с внутрисосудистым тромбообразованием и агрегацией тромбоцитов – механическая деструкция (сердечно-легочное шунтирование, аневризма аорты, внутриаортальная баллонная помпа, искусственные клапаны сердца, сепсис), заболевания печени, спленомегалия [2-5].

В приведенном наблюдении нами представлено описание нашего опыта периоперационного ведения (транскатетерная имплантация аортального клапана) у пациента с неиммунной формой тромбоцитопении, проведенного в РСНПМЦК МЗ РУз.

Клинический случай. Пациент 68 лет с аортальным стенозом критической степени поступил в отделение РЭХ РСНПМЦ кардиологии РУз с признаками недостаточности кровообращения III функционального класса (ФК) по Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA). В анамнезе – в течении многих лет страдает болями в сердце, отмечает подъемы артериального давления, сопровождающиеся головными болями, слабостью, чувством нехватки воздуха, особенно при физической нагрузке. Регулярно принимает антигипертензивную терапию, статины, антиагреганты, антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины). В анамнезе артериальная гипертензия, хронический гепатит С. Несколько месяцами ранее пациент

был госпитализирован в клинику РСНПЦ кардиологии для протезирования аортального клапана (АК) в условиях искусственного кровообращения. При плановом заборе крови в ходе предоперационной подготовки была выявлена значительная тромбоцитопения с уровнем тромбоцитов 85 тыс./мкл. Таким образом, была диагностирована симптоматическая тромбоцитопения, в связи с чем оперативное вмешательство было остановлено. Пациенту было рекомендовано выполнение транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК).

Объективный статус при поступлении. Состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренный акроцианоз, отеки нижних конечностей. Рост 178 см, масса тела 80 кг, индекс массы тела 25,7 кг/м². Частота дыхательных движений 19/мин. Аускультативно: жесткое дыхание, ослабленное над всей поверхностью легких с обеих сторон, хрипы не прослушиваются. При аускультации сердца грубый систолический шум во всех точках с эпицентром звучания над устьем аорты и точке Боткина–Эрба, проводящийся на сосуды шеи. Ритм правильный, частота сердечных сокращений 67 уд/мин. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Данные лабораторных исследований: в анализах крови обращало на себя внимание значительное повышение концентрации мозгового натрийуретического пептида – 338 пг/мл, подтверждающее наличие сердечной недостаточности, снижение уровня тромбоцитов до 85 тыс./мкл.

Электрокардиография: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 67 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ).

Рентгенография грудной клетки: венозный застой в легких 2-й степени. Кальциноз АК. Увеличение левых отделов сердца.

Эхокардиография: критический стеноз АК (средний систолический градиент давления на АК 78,5 мм рт. ст., площадь раскрытия 0,5 см²), кальциноз АК 3-й степени. Дилатация левого предсердия, выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная сократительная способность миокарда сохранена (фракция выброса по Симпсону 56%). Нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ по 1-му типу. Легочная гипертензия 1-й степени (систолическое давление в легочной артерии – СДЛА 37 мм рт. ст.). Митральная регургитация 2-й степени.

Коронарография: правый тип коронарного кровоснабжения, коронарные артерии – без гемодинамически значимых стенозов.

Мультиспиральная компьютерная томография аорты: кальциноз трехстворчатого АК. Фиброзное

кольцо АК 23,1*29,6*26,3 мм. Устье левой коронарной артерии расположено на 12,8 мм, устье правой коронарной артерии – на 17,0 мм выше плоскости фиброзного кольца.

Наличие критического декомпенсированного аортального стеноза, высокий риск периоперационных осложнений при проведении протезирования АК в условиях искусственного кровообращения у пациента 68 лет с диагностированной тромбоцитопенией явилось показанием для выполнения ТИАК.

Подготовка к операции. Перед операцией с целью профилактики вторичной инфекции больному введён цефазолин по 1 гр. 2 раза в день. Кроме этого, для стимуляции тромбоцитогенеза были назначены пероральные кортикостероиды.

Преднизолон как начальная терапия назначен в средней суточной дозе 60 мг/м² (что соответствует 2 мг/кг в сутки) по 3 раза в день с учетом суточного биоритма. С целью ангиопротекции сделан дицинон 250-500 мг 2 раза в сутки и ингибиторы фибринолиза – аминокaproновая кислота 0,2-0,5 г/кг в сутки;

Протокол операции. Под общей анестезией выполнен хирургический доступ к правой бедренной артерии. Чрескожная катетеризация левой бедренной артерии, установлен интродьюсер 6F, через который в корень аорты заведен диагностический катетер Pigtail. Выполнена диагностическая аортография. Через интродьюсер в правой общей бедренной артерии проведен жесткий проводник с диагностическим катетером через АК в ЛЖ. По супержесткому проводнику с помощью системы доставки в позицию АК доставлен и имплантирован биологический протез Mu valve 27,5 мм. Проведена контрольная ангиография: коронарные артерии проходимы, запирающая функция клапана осуществляется в полном объеме. Удалены проводники, катетеры, интродьюсеры. Гемостаз. Послойное ушивание раны. Асептические повязки.

Эхокардиография на 5-е послеоперационные сутки: амплитуда раскрытия створок биопротеза в полном объеме, его функциональные показатели удовлетворительные (средний систолический градиент давления 10 мм рт. ст.), регургитация АК 0-й степени. Отмечено снижение СДЛА до 28 мм рт. ст. Пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки после операции.

Обсуждение. Этот случай иллюстрирует один из сложных аспектов интервенционной кардиологии при приобретенной тромбоцитопении, связанный с наличием тяжелого клапанного аортального стеноза и коморбидного состояния (предположительно гепатит С). Целью вмешательства были тяжелый аортальный стеноз, несмотря на имеющийся повышенный риск кровотечения из-за сниженного количества тромбоцитов и потребности в антиагрегантах. С. Ито с соавторами про-

вели оценку данных 2588 пациентов с тяжелым аортальным стенозом, полученных из реестра OCEAN (Оптимизированное транскатетерное клапанное вмешательство) с оценкой прогностического значения исходной тромбоцитопении у пациентов, перенесших транскатетерную имплантацию аортального клапана [14]. Трехлетнее наблюдение показало, что «исходная тромбоцитопения была связана с повышенным риском поздних кровотечений и неблагоприятным прогнозом. Причем, базовый уровень тромбоцитов может быть прогностическим маркером для стратификации риска» [14].

Более ранние наблюдения Флаэрти с соавторами сообщали, что ранее существовавшая тромбоцитопения до TAVI (ТИАК) была связана со статистически значимым повышенным риском сосудистых осложнений (53%), больших кровотечений (42%) и потребностью в переливаниях эритроцитарной массы (75%) [15]. Также целесообразно помнить, что Консорциум академических исследований по высокому риску кровотечений включил умеренную или тяжелую тромбоцитопению в качестве основного критерия у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство. [16].

Оптимальная антитромботическая терапия после TAVI все еще обсуждается. Имеющиеся на сегодняшний день руководства рекомендуют использовать пероральные антикоагулянты только для пациентов с транскатетерно имплантированным биопротезом, у которых есть и другие показания к антикоагулянтной терапии [17]. Результаты исследования POPular TAVI (группа B) подтверждают эту рекомендацию. У пациентов, перенесших TAVI, которые получали пероральные антикоагулянты, монотерапия пероральными антикоагулянтами была лучше, чем пероральные антикоагулянты в сочетании с клопидогрелом в отношении серьезных кровотечений [18]. По результатам исследования POPular TAVI (когорты A) рекомендация антитромботической терапии после TAVI для пациентов без установленных показаний к антикоагулянтной терапии следует получать только аспирин [19]. В этом исследовании пациенты с исходной тромбоцитопенией (особенно умеренной/тяжелой тромбоцитопенией) имели более высокий риск поздних кровотечений. У больных с тромбоцитопенией следует соответствующим образом корректировать подбор антитромботической терапии и ее интенсивность. Другими словами, пациенты, имеющие другие показания к антикоагулянтной терапии, должны получать только антикоагулянтную терапию, а пациенты без установленных показаний к антикоагулянтной терапии должны получать аспирин только с точки зрения оптимизации риска поздних кровотечений.

Тромбоцитопения обычно может быть классифицирована как легкая, умеренная или тяжелая. Легкая или незначительная рассматривается при количестве тромбоцитов $<150 \times 10^9 /л$, но $\geq 100 \times 10^9 /л$. Умеренная $<100 \times 10^9 /л$, но $\geq 50 \times 10^9 /л$, и тяжелая $<50 \times 10^9 /л$. У нашего пациента была умеренная тромбоцитопения, хотя риск кровотечения у пациента может увеличиваться даже при легкой тромбоцитопении, но мы считаем, что количество тромбоцитов $<100 \times 10^9 /л$ является клинически значимым и требует принятия превентивных мер для снижения риска кровотечения (исключить нестероидные препараты, АСК в малых дозах, при необходимости приема антикоагулянтов, избегать тройную терапию).

Какой подход могут использовать клиницисты до тех пор, пока не будут доступны дальнейшие данные рандомизированных испытаний? Мы считаем, что начальное лечение должно начинаться с выявления и коррекции любых обратимых причин тромбоцитопении. При подозрении в качестве провоцирующего фактора следует прекратить прием лекарств, связанных с развитием тромбоцитопении.

Наш пациент на контрольном обследовании находился в удовлетворительном состоянии после вмешательства и при последующем визите через 1 месяц, при этом будучи приверженным к приему базисной и гормонотерапии. Основываясь на рисках постпроцедурного кровотечения в качестве монотерапии антиагрегантами для нашего пациента был выбран аспирин. В первый месяц после ТИАК у нашего пациента не было таких осложнений, как кровотечения или тромбоэмболии.

Контрольная ЭхоКГ показала улучшение функции левого желудочка, с хорошим функционированием протеза аортального клапана. Пациент не отмечал появления признаков кровотечений. Уровень тромбоцитов поднялся до 120 тыс./мкл.

Хотя применение антитромбоцитарной терапии у пациентов, перенесших ТИАК общепринято в мировой практике, отсутствуют рекомендации относительно применения антитромбоцитарной терапии для пациентов с тромбоцитопенией, перенесших ТИАК.

Выводы. ТИАК может быть выполнено безопасно и осуществимо в условиях высокого риска у больных с гематологическими заболеваниями. Взаимное сотрудничество с гематологами предпочтительнее, а предоперационная подготовка больного и осторожное хирургическое вмешательство процедуры может снизить хирургические риски. Кроме того, антитромбоцитарную терапию у пациентов с тромбоцитопенией, находящихся на ТИАК, следует обсудить коллегиально.

**ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РСНПМЦК****ЮЛДАШОВ Б.А., ФОЗИЛОВ Х.Г., АТАМУРАТОВ Б.Р.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии ИЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

Цель работы. Провести анализ собственных результатов эндоваскулярного лечения больных ИБС с поражением ствола левой коронарной артерии (СтЛКА).

Материалы и методы. С 2010 по 2021 г. в РСНПМЦК было выполнено 17391 диагностическая коронарография. По результатам коронарографии гемодинамически значимые поражение (>50%) ствола ЛКА было выявлено у 652 (4%) респондентов. Общее количества ЧКВ за этот период составил 8922 случая, из них в 347 (3,9%) случаях было выполнено стентирования СтЛКА. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 74,9% (260), средний возраст составил 62,5±8,28 года. У 81,6% отмечалась дислипидемия, в 83,9% – артериальная гипертензия, 67% пациентов были курильщиками. Всем пациентам перед вмешательством были выполнены инструментальные и лабораторные методы исследований по стандартному протоколу.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1) стабильная стенокардия (ССН) 36,0% (125) больных; 2) нестабильная стенокардия (НС) 36,6% (127) больных; 3) острый инфаркт миокарда (ОИМ) 27,4% (95) больных. В 1-й группе у трех больных в анамнезе было выполнено АКШ.

Изолированное поражение устья ствола ЛКА наблюдалось у 19,8%. В 23,3% случаев было поражено тело ствола ЛКА и в 56,9% случаев поражение локализовалось в области бифуркации. В 17 (5%) случаях применялась методика «culotte», в 27 (8%) случаях – Т-стентирование. У остальных 303 (87%) больных использовалась стратегия одного стента (provisional stenting). Доминирование левого типа кровообращения обнаружено у 15,6% (54) больных. Оценка риска по шкале Syntax была низкой (<22) у 46,4% (161) больных, у 48,1% (167) больных был средний риск (22-32) и высокий риск составил у 5,5% (19) пациентов, подвергшихся ЧКВ со стентированием ствола ЛКА.

Результаты исследования. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентирование ствола ЛКА в 100% случаев использовали стенты с лекарственным покрытием. Среднее давление имплантации стента составило 13,9±1,6 атм., время имплантации – 17,5±0,6 с. Средней диаметр имплантированного стента составил 3,7±0,34 мм при средней его длине 24,3±9,1 мм.

Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 98,4% в 1 группе, 95,5% во 2-й группе и 95,1% в 3-й группе. У одного больного (0,3%) 1-ой группы развился ИМбпST на фоне окклюзии боковой ветви. В группе больных нестабильной стенокардией ОИМ развился в 3-х случаях (0,94%) и в одном случае (0,3%) острый тромбоз стента с последующей летальностью (0,3%). В 3-й группе повторный ОИМ отмечался в 2-х случаях (0,6%), летальность в 7 случаях (2,0%) на фоне кардиогенного шока.

Отдаленные результаты чрескожных вмешательств у больных с поражением ствола ЛКА прослежены в сроки от 3 месяцев до 4,8 года. После стентирования ствола ЛКА повторная коронарография проводилась у 23% (81). При контрольной коронарографии частота рестеноза составила 14% (48). В 2,3% (8) случаев выполнялось повторное вмешательство по поводу рестеноза ствола ЛКА, 15% (51) пациентов рекомендовано АКШ. Летальность в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 13% (46).

Выводы. Стентирование является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения больных с поражением ствола ЛКА. Проведение ЧКВ ствола ЛКА следует проводить согласно принятым рекомендациям, при этом в каждом случае следует рассмотреть возможности альтернативных методов лечения. Для улучшения отдаленных результатов стентирования ствола ЛКА необходимо применение внутрисосудистых методов визуализации.



NEOCUSPIDIZATION OF AORTIC VALVE IN THE MODERN STAGES

NAMOZOV X. S.

Karshi branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology

Introduction. Aortic valve (AV) defects are increasingly common among individuals of young, working age. At present, prosthetics with artificial mechanical and biological heart valves are more often used for stenotic lesion of the AV. A mechanical prosthesis requires constant monitoring of blood rheology, taking anticoagulants, which in turn reduces the patient's quality of life and is associated with complications of anticoagulant therapy. When using biological prostheses, there is a high probability of reoperation in the future, which is associated with an increased risk of complications and mortality. An alternative tactic is plastic reconstruction of the aortic valve by neocuspidization from the autopericardium using the Ozaki technique.

Materials and methods. During 2019 and 2022, 20 plastic reconstructive operations on the aortic valve were performed using the patient's autopericardium according to the Ozaki method in the Department of Cardiac Surgery of the Karshi Branch of the RSNPMCC. Operations were fulfilled under cardiopulmonary bypass and pharmaco-cold cardioplegia. All patients had various pathologies of the aortic valve (1 patient had a unicuspid valve, 6 had a bicuspid valve, and 13 had a degenerative tricuspid valve). The autopericardium was isolated with a size of 12×12 cm, then it was treated with glutaraldehyde, after excision of the AV leaflets, new leaflets were cut out based on Ozaki templates. New AV leaflets were

sutured to the annulus fibrosus, and new commissures were formed. The control was carried out by intraoperative transesophageal echocardiography.

Results. Mean aortic cross-clamping time was 84.3±13.2 minutes, mean EC time was 114±14.5 minutes. In 10 cases, we managed to perform plastic reconstruction of the AV (in 4 cases - bicuspid, in 6 cases - tricuspid). In one case, due to the narrow fibrous annulus of the AC (14 mm), it was not possible to adequately perform neocuspidization, the patient underwent prosthetics with a mechanical prosthesis. There were no cases of complications and mortality. Patients spent an average of 13.4±4.4 hours in the ICU. The duration of hospitalization after surgery was 6.4±1.2 days. In all patients on the control EchoCG, the velocities of the flow to the AV were adequate, the pressure gradient averaged 6–8 mm Hg, and there was no regurgitation.

Conclusion. The modern Ozaki reconstructive technique using the patient's autopericardium for AC neocuspidization allows to effectively and safely restore the hemodynamic characteristics of the AC, enables the patient not to take anticoagulants, and increases the patient's quality of life. Considering the high morbidity of the population with stenotic lesion of the AV, the high efficiency and safety of the Ozaki operation, it should be actively introduced into cardiac surgery.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS COMPLICATED WITH HIGH PULMONARY HYPERTENSION.

SAIGANOV V.I.

Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology and Cardiac Surgery of the Aral Sea Region, Khorezm Region, Republic of Uzbekistan.

Ventricular septal defect (VSD) is the most common congenital heart disease, the hemodynamic disturbance of which is based on the discharge of blood from the left ventricle through the defect into the

right, leading to overflow of the pulmonary circulation and overload of both ventricles.

The purpose of the study: a retrospective analysis of the results of surgical correction of a ventricular

septal defect complicated by high pulmonary hypertension in children of different age groups.

Materials and methods of research: in the period from January 2019 to July 2022, 128 VSD correction operations with high pulmonary hypertension (high PH) were performed at the center. The age of operated children ranged from 3 months to 15 years. Children under 3 years old - 47 (37%), aged 3 to 10 years - 54 (42%), over 10 years old - 27 (21%). Of these, 61 children (48%) are male, 67 children (52%) are female. 71 patients (55%) had an isolated VSD, 35 patients (27%) had a combined VSD with an open foramen ovale, 9 patients (7%) had a combined VSD with aortic valve insufficiency, and 10 patients (8%) had a combined VSD with an open ductus arteriosus, as well as the condition after the Muller operation (narrowing of the pulmonary artery) in 3 patients (2.34%).

The indications for VSD correction were primarily signs of pulmonary hypertension. In the examined 98 patients, the following was revealed: in 74 patients, pulmonary hypertension of the II degree, in 37 patients of the IIIa degree, in 17 patients of the IIIb degree (according to the classification of V.I. Burakovskiy, L.R. Plotnikova, V.A. Bukharin.) 57 (44%) patients in the preoperative period received therapy aimed at reducing pulmonary hypertension.

Results of the study: All patients were operated on under cardiopulmonary bypass and cardioplegia. Most operations were performed under conditions of hypothermic perfusion with the connection of a

heart-lung machine through the ascending aorta and vena cava. Myocardial protection was performed by pharmacological cold cardioplegia through the aortic root. The average duration of the aortic clamping period was 28.7 minutes, the average duration of cardiopulmonary bypass was 43.3 minutes. Access to the defect was carried out through the right atrium by diluting the tricuspid valve leaflets in 85 (67%) patients, in 27 (21%) patients an incision was made - a radial dissection of the septal leaflet from the free edge towards the valve annulus (due to the anatomical location of the defect covering it), in 16 (12%) patients access was made through the incision of the right ventricular outflow tract. In 82 (64%) cases, large defects were closed with a synthetic patch, in 14 (11%) cases with xenopericardium. In 7 (7%) patients, there was a minimal reshunt that did not affect hemodynamics. Three children died in the early postoperative period, all had high pulmonary hypertension. Death was due to acute heart failure. Thus, hospital mortality was 3%.

Conclusions: The presence of high pulmonary hypertension negatively affects the results of surgical treatment and significantly increases the risk of heart failure and death. Patients with VSD should undergo surgical correction of the defect before the onset of high pulmonary hypertension. Patients with large VSD complicated by pulmonary hypertension should undergo surgical correction of the defect in early childhood.

СИМУЛЬТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

АБДИКАРИМОВ А.М., ШАЯХМЕТОВ Е.М., ТУГАНБЕКОВ Т.У., ИСАБЕКОВ И.Ш.

АО «Национальный научный медицинский центр», Республика Казахстан, г. Нур-Султан

В настоящее время вопросы хирургического лечения патологии сердца и злокачественных новообразований различных локализаций остаются актуальными. Прежде всего, это связано со значительным увеличением заболеваемости и смертности от данных нозологий.

Целью данной работы является описание клинической результативности симультанных операций у больных с новообразованиями органов брюшной и грудной полостей, сочетанных с патологией сердца, проведенных с 2018 по 2021 год.

Методы и материалы. Проведён ретроспективный анализ 14 историй болезни пациентов, пролеченных в период 2018–2021 гг. в АО «Национальный научный медицинский центр», которым одномоментно проведены операции при патологии сердца, а также опухолей грудной и брюшной

полостей. В ретроспективном анализе участвуют 4 (28,6%) женщины и 10 (71,4%) мужчин, средний возраст составляет $61,2 \pm 5,7$ года. Кардиохирургические операции включают в себя вмешательства по поводу реваскуляризации коронарных артерий, патологий клапанов сердца и другие. На общехирургическом этапе были выполнены такие операции, как: резекции и иссечения булл лёгкого, спленэктомия, нефроуретерозэктомия, тимэктомия, резекция поджелудочной железы и другие.

Результаты исследования. В результате проведенных симультанных оперативных вмешательств, не отмечалось интраоперационной и послеоперационной смертности и осложнений. Среднее время искусственного кровообращения составило $77,64 \pm 36,29$ минут, в то время как средним временем cross-clamp было $50,21 \pm 28,39$ ми-



нут. Средняя кровопотеря составила $210,71 \pm 32,77$ мл. В 6 из 14 симультанных операций кардиохирургический этап предшествовал общехирургическому. Все операции прошли в штатном режиме, без интраоперационных осложнений. Средний период пребывания в реанимационном отделе в послеоперационный период составлял $3,14 \pm 1,31$ дня (мин=1; макс=8). У 2 пациентов из 14 в результате патолого-морфологического исследования обнаружено злокачественное новообразование – (1) умеренно-дифференцированная аденокарцинома левого легкого (G2) с нагноением и распадом опухолевой ткани, (2) почечно-клеточная карцинома. У остальных пациентов гистологически подтверждены доброкачественные новообразования.

Выводы. Несмотря на небольшое количество пациентов, вовлеченных в ретроспективный

анализ, симультанные оперативные вмешательства не связаны с высокой интраоперационной смертностью, а также критическими послеоперационными осложнениями. По предварительным результатам ретроспективного анализа, первоочередность кардиохирургического либо общехирургического этапа не привела к значительным изменениям в эффективности одномоментного вмешательства, а также увеличению интраоперационных и послеоперационных осложнений. Кроме того, актуальность аспектов этой медицинской проблемы диктует необходимость создания четких алгоритмов ведения пациентов и условий для республиканских медицинских центров для проведения гибридных операций.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ КРАЙНЕ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., РАХМОНОВ К.Х., СОБОЛЕВ А.В., ШМАЛЬЦ А.А., ПУРСАНОВ М.Г., ЖЕБЛАВИ И.А., САБИТОВ А.А.

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) развивается у 0,1-9,1% пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии. В настоящее время для лечения ХТЭЛГ применяется легочная эндартерэктомия (ЭАЭ), баллонная ангиопластика легочных артерий (БАП ЛА) и медикаментозная терапия.

Цель исследования. Показать результаты двухэтапной (предварительно БАП ЛА и затем легочная ЭАЭ) хирургической коррекции у пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

Материалы и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 2017 по 2018 год двухэтапная хирургическая коррекция ХТЭЛГ выполнена 7 пациентам. Возраст больных составил 43–63 ($54,6 \pm 4,8$) года. Все пациенты имели симптомы выраженной сердечной и дыхательной недостаточности. 5 больных находились в III ФК и 2 – в IV ФК по NYHA. Давность заболевания составляла 7–22 ($11,2 \pm 4,4$) месяца. По данным катетеризации, среднее давление в ЛА – 36-63 ($48 \pm 8,1$) мм рт. ст. По ЭхоКГ фракция выброса правого желудочка составила 31–40 ($37,4 \pm 2,6$)%. Тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) смогли выполнить только 5 пациентов. Дистанция составила 247–372 ($313,2 \pm 39,6$) м. Двое пациентов не могли выполнить тест из-за тяжести состояния. По МСКТ у всех пациентов выявлены проксимальные и дистальные поражения ЛА.

Результаты. С учетом клинического состояния больных и крайнего риска ЭАЭ всем больным первым этапом выполнена БАП ЛА. Один сеанс БАП ЛА проведен 6 пациентам (от 1 до 3 сегментов ЛА, в среднем 2,6), 1 больному – три

сеанса БАП ЛА суммарно в 10 сегментах ЛА. После БАП ЛА у всех пациентов отмечалось улучшение ФК (2 пациента перешли из III ФК во II ФК и один пациент перешел из IV ФК в III ФК по NYHA ($p=0,007$)) и увеличение дистанции ТМХ с $313,2 \pm 39,6$ до $362,4 \pm 62,7$ м, ($p=0,004$); Sat O₂ в покое после БАП ЛА увеличилась незначительно – с 84-92 ($86,2 \pm 2,7$)% до 86-96 ($91,1 \pm 2,2$)%, ($p=0,009$). По данным ЭхоКГ, у всех пациентов было выявлено статистически достоверное снижение давления в ПЖ после процедуры ТЛБАП с $86,1 \pm 11,5$ до $69,2 \pm 14,2$ мм рт.ст.

Вторым этапом всем пациентам была выполнена легочная ЭАЭ. Время от БАП ЛА до ЭАЭ составило 7–124 (в среднем $39,1 \pm 14,2$) дня. ЭАЭ выполнялась в условиях ИК. Время искусственного кровообращения составило от 100 до 194 (в среднем $152,7 \pm 26,6$) минут, пережатие аорты от 60 до 108 (в среднем $81,1 \pm 13,2$) минут без остановки кровообращения. Всем пациентам потребовалась коррекция недостаточности трикуспидального клапана. Госпитальной летальности не было. У 4 (57,1%) пациентов отмечались нелетальные осложнения в виде реперфузионного отека легких. Искусственная вентиляция легких составила 6–24 ($14,8 \pm 4,1$) часа. Среднее давление в ЛА в раннем послеоперационном периоде снизилось с $41,3 \pm 9,4$ до $34,1 \pm 9,2$ мм рт.ст., ЛАГ специфическая терапия назначена всем пациентам.

Вывод. Двухэтапный подход к хирургической коррекции – эффективный метод лечения пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

«KISSING» АОРТО-ВЕНОЗНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ТУРАЕВ Ф.Ф.*, АБДУЛЛАЕВ Д.М., САГИРОВ А.М.****Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья,
*ГУ «РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова»**

Цель исследования. Представить новый способ наложения аорто-венозного «kissing» (целующегося) анастомоза при хирургическом лечении больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также с сочетанной клапанной патологией сердца.

Материал исследования. В научно-практическом центре кардиологии и кардиохирургии Приаралья МЗ РУз с января 2020 по январь 2022 года оперирован 221 пациент (214 больных с изолированной ИБС, 7 больных с сочетанной патологией). Мужчин – 157, женщин – 64. Возраст больных составил от 28 до 80 лет ($54,3 \pm 8,8$). Все больные с сочетанной патологией сердца имели НК 2А, ФК по NYHA IV. Причиной порока миксоматоз МК – 4, дегенеративный аортальный порок – 3. Всем больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ до операции $42,3 \pm 4,4\%$.

Результаты. Операции выполнены из полной стернотомии, у всех больных с сочетанной патологией в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии, у 5 больных с изолированной ИБС на параллельной перфузии (ПП). «Kissing» анастомоз был использован у всех 221 пациента. На этапе наложения проксимального анастомоза сосудистым зажимом Сатинского отжимается участок передней стенки восходящей аорты (на 20% от диаметра аорты), в центре 11 скальпелем выполняется разрез длиной 2 мм и далее «панчером» 4.8 выполняется аортотомное отверстие диаметром около 5 мм. Начинается формирование проксимального «Kissing» аорто-венозного анастомоза. Техника выполнения: первым этапом подшивается венозный конduit, идущий на левый контур сердца нитью prolene 6/0. Шов начинается «парашютным» методом, непрерывным швом, с середины левого края вены, с выколом снаружи внутрь на вене, а с аорты изнутри наружу и заканчивается в середине правого края вены. Подтягиванием швов с двух сторон вену опускают («сажают») на аорту, формируя «пятку» анастомоза слева. С контралатеральной стороны аортотомного

отверстия начинается наложение проксимального аорто-венозного анастомоза со вторым венозным кондуитом, идущим на правый контур сердца нитью prolene 6/0. Шов начинается «парашютным» методом, непрерывным швом, с середины правого края вены по направлению снаружи внутрь, а с аорты изнутри наружу и заканчивается в середине левого края вены. Подтягиванием швов с двух сторон вену опускают («сажают») на аорту, формируя «пятку» анастомоза справа. Справа и слева от «посаженных» венозных кондуитов проленовые нити завязываются между собой. Далее начинается формирование «купола» (камеры) «kissing» анастомоза. Одной из проленовых нитей 6/0 (справа или слева) обвивным непрерывным швом соединяются свободные («передние») стенки венозных кондуитов между собой («передняя губа анастомоза»). Таким образом, формируется «Kissing» («целующийся») проксимальный аорто-венозный анастомоз, включающий в себя два венозных кондуита и переднюю стенку восходящей аорты.

У 3 пациентов в раннем п/о периоде на ЭКГ отмечались признаки ишемии миокарда, выполнена экстренная шунтография. В 1 случае выявлен тромбоз дистального анастомоза, больной повторно взят в операционную, дистальный анастомоз перешит, состояние больного удовлетворительное. В двух других случаях шунты и анастомозы, «kissing» анастомоз функционировали удовлетворительно. Больные получили кардиопротективную поддержку, были выписаны в удовлетворительном состоянии. Других осложнений не было.

Вывод. Предложенный способ наложения «kissing» (целующегося) аорто-венозного анастомоза при хирургическом лечении больных с ИБС и сочетанной патологией уменьшает время наложения проксимальных анастомозов, а также даёт возможность одномоментного исследования обоих венозных кондуитов при необходимости шунтографии, укорачивая время для принятия решения о необходимости повторного вмешательства.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА****ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., НАЗАРОВ Х.Б., АБДУЛЛАЕВ Д.М., ТУРАЕВ Ф.Ф.*, САГИРОВ А.М.***Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья,***ГУ «РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова»*

Цель исследования. Оптимизировать тактику и улучшить результаты хирургического лечения больных с клапанными пороками сердца в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал исследования. В РСНПМЦКК Приаралья с 2017 по 2021 г., выполнено 20 операций по поводу сочетанного клапанного порока и ИБС. Мужчин – 14, женщин – 6. Возраст больных составил от 48 до 87 лет ($61,3 \pm 8,8$). Все больные имели НК 2А, ФК по NYHA IV. Причиной порока ревматизм явился в 12 случаях, ИЭ – 1, миксоматоз МК – 4, дегенеративный аортальный порок – 3. Осложненное течение отмечено: ФП – в 10 случаях, ЛГ более 2 ст – 8, СДII типа – 5, ХОБЛ – 1, ОНМК (в анамнезе) – 2. Все больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ до операции $42,3 \pm 4,4\%$. 18 больным (1 группа) – шунтирование коронарных артерий (ШКА) и вмешательство на клапанах сердца выполнено с помощью искусственного кровообращения (ИК), 2 больным (2 группа) – ШКА выполнено на работающем сердце, пластика и/или протезирование клапанов сердца с помощью ИК.

Результаты и обсуждение. Операции выполнены из полной стернотомии, в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии. В 1 группе время ИК составило $169,3 \pm 18,7$ мин., окклюзия аорты – $121,2 \pm 12,1$ мин., во 2 группе время ИК составило $133,3 \pm 14,3$ мин., окклюзия аорты – $95,4 \pm 10,8$ мин. При клапанном пороке выполнены следующие процедуры: протезирование митрального клапана (ПМК) с коронарным шунтированием (КШ) – 12, протезирование аортального клапана (ПАК) с КШ – 3, ПМК+ПАК с КШ – 1, пластика митрального клапана (ПлМК) с КШ – 2, ПлМК и трикуспидального клапанов с КШ – 2. ПлМК выполнена на опорном кольце Карпантье в 4 случаях, а в 13 – в митральную позицию имплантировались механические 2-створчатые протезы. В 3 случаях в аортальной позиции использован 2-створчатый дисковый протез. При коронарном шунтировании выполнялось: в 12 случаях однососудистое, в 5 – 2 шунта, в 2 случаях – 3 шунта и в одном – 4 шунта. Левая внутренняя грудная артерия была использована как шунт к ПМЖВ в 7 случаях. В раннем п/о периоде все пациенты 1 группы нуждались в кардиотонической поддержке двух кардиотоников (адреналин, допамин) в средних дозах, во 2 группе инотропная поддержка потребовалась только лишь

интраоперационно после ИК. Время п/о ИВЛ $12,2 \pm 2,0$ ч. Длительность пребывания в ОРИТ – 2-3 суток. Осложнение ближайшего п/о периода отмечено у 2 больных 1 группы. В 1 случае – больной, 75 л., кальцинозом АК IV ст. (п/о ПАК (био.протез) + АКШ – ПМЖВ) на 2-е сутки – ОНМК по ишемическому типу. У 2-го – на 5-е сутки (п/о ПМК (мех.протез) + МКШ – ПМЖВ, КШ-ВТК-ОВ (секвенциальный шунт), КШ-ПКА) возникло кровотечение из острых эрозий желудка (по Форесту Iб), консервативное лечение с положительным эффектом. Госпитальной летальности нет. 17 пациентов выписаны на $14 \pm 2,0$ сутки под наблюдения кардиолога. В одном случае больной переведён для лечения и реабилитации в неврологическое отделение.

Стратегия КШ на работающем сердце предусматривает последовательное уменьшение зоны ишемии после каждого наложенного дистального анастомоза. Для достижения этой цели принципиально важна следующая очерёдность: первыми выделить внутреннюю грудную артерию (ВГА) и венозные трансплантаты, наложить проксимальные анастомозы, за исключением случаев, когда гемодинамическая ситуация требует быстрого анастомозирования ВГА и передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), шунтировать коллатерализованные коронарные артерии (КА), последними – те, которые «отдают» коллатерали. При равнозначных поражениях и отсутствии коллатералей первой должна шунтироваться ПМЖВ.

Тактика хирургического лечения сочетанной патологии сердца предусматривает в первую очередь выполнение КШ на работающем сердце с последующим выполнением клапанной коррекции с помощью ИК.

Выводы. Пациенты с сочетанной клапанной патологией и ИБС относятся к тяжелой категории, что требует более тщательного подхода в предоперационной подготовке и выборе тактики хирургического лечения. Одномоментный этап хирургической коррекции клапанной патологии и КШ занимает больше времени окклюзии аорты и ИК. Выполнение КШ на работающем сердце с последующей коррекцией клапанной патологии сердца с помощью ИК позволит уменьшить время ИК и ишемию миокарда, снизит риск возникновения сердечной недостаточности и других внесердечных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Данная категория пациентов требует длительного послеоперационного лечения и реабилитации.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА**ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Д.М., САГИРОВ А.М.****Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья**

Эхинококкоз – тяжелое зооантропонозное заболевание, при котором чаще поражаются печень, легкие и селезенка. Последние по праву считаются основными органами-мишенями. В то же время, локализация эхинококковых кист (ЭК) в миокарде или полостях сердца встречается крайне редко, а число сообщений об успешных кистэктомиях в условиях искусственного кровообращения буквально единичны (Adnan С.М. et al., 2006).

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза сердца (ЭС).

Материал и методы. С 1996 по 2016 г. оперированные 12 больных с эхинококкозом сердца (ЭС) с помощью искусственного кровообращения (ИК) в возрасте 8–28 ($22,25 \pm 2,31$) лет включены в 1 группу. 2 больных, оперированные с ЭС на работающем сердце (РС) с 2017 по 2021 г., включены во 2 группу. В 1 группе пациентов мужского пола было 8, женского – 4, во 2 группе каждого пола по одному. Путем эхокардиографии и компьютерной томографии определяли локализацию, размеры и характер кист. Так в 1 группе, в 8 наблюдениях ЭК располагались субэпикардially в миокарде левого (ЛЖ) и в 2 – субэндокардially в полости правого желудочка (ПЖ); в одном случае киста находилась в области путей оттока из ПЖ, создавая препятствие кровотоку; в 2 случаях ЭК располагалась в толще межжелудочковой перегородки (МЖП). В одном наблюдении ЭК были множественными и локализовались в миокарде правого предсердия, ПЖ и ЛЖ. Размеры ЭК сердца в среднем составили $4,3 \pm 0,6$ мм. Все операции в 1 группе выполнялись из срединной стернотомии в условия ИК и кардиоплегии ($61,4 \pm 10,9$ мин и $44,5 \pm 5,2$ мин соответственно). Операция состояла из следующих этапов – ревизия и пункция кисты с аспирацией эхинококковой жидкости, далее стерилизация полости глицерином, затем кистотомия и

удаление хитиновой оболочки и в конце – ликвидация остаточной полости посредством послыонных матрацных или кистетных швов – капитонаж резидуальной полости. Во 2 группе ЭК в обоих случаях находились интрамиокардially, в 1 случае в передне-боковой стенке ЛЖ размером $7 \times 6 \times 5$ см, данной больной в связи со значимым стенозом ОВ ЛКА, выполнено шунтирование вышеуказанной коронарной артерии на РС, во 2 случае задне-базальной стенке ЛЖ размером $4 \times 3 \times 3$ см. Во 2 группе больным операция выполнена на РС, этапы операции были идентичны. Антигельминтную терапию проводили только после операции на сердце, т.к. в дооперационном периоде есть опасность деструкции стенок кисты с перфорацией. В отдаленные сроки после операции рецидивов не наблюдали.

Результаты. Больные в 1 группе находились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) от 2 до 4 суток, 50% из них нуждались в инотропной поддержке, 10 больным интраоперационно или в ОРИТ выполнена гемотрансфузия из-за гемодиллюции во время ИК и повышенного геморрагического выделяемого по дренажам. Во 2 группе больные переведены в отделение кардиохирургии на 1 сутки после операции, в инотропной поддержке и в гемотрансфузии не нуждались.

Вывод. При субэпикардially и интрамиокардially расположении ЭК сердца необходимо выполнить эхинококкэктомию из сердца на РС; эхинококкэктомию из сердца на РС позволит уменьшить возникновение сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, отказ от гемотрансфузии, а также более быстрой активизации пациента и уменьшению времени госпитализации; антипаразитарную терапию необходимо проводить после эхинококкэктомии из сердца.

**РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ
С СД И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ****ЖАЛИЛОВ А.К., АХМАТОВ Я.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., НОМОЗОВ Х.С., ШОДИЕВ И.****Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра кардиологии, Узбекистан**

Достижения последних десятилетий в области совершенствования техники и эффективности интервенционных и открытых хирургических

вмешательств привели к улучшению их конечных результатов. Есть основания предполагать, что эти достижения улучшили результаты коронарных



вмешательств и среди больных СД. Однако, несмотря на это, эти пациенты по-прежнему имеют в целом более худшие результаты по сравнению с общей популяцией больных ИБС.

Цель исследования. Провести анализ непосредственных результатов АКШ на работающем сердце у больных с сахарным диабетом и мультифокальным поражением коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование было включено 150 больных ИБС с многососудистым поражением КА, разделенных на 2 группы: группа 1 – 70 больных ИБС с СД, группа 2 (контроль) – 80 больных ИБС без диабета. В обеих группах преобладали пациенты мужского пола. Возраст больных группы 1 находился в диапазоне 41–72 года и в среднем составил $57 \pm 7,5$ года, что достоверно меньше, чем в контрольной группе 2 диапазон – 45–75 лет, в среднем $62 \pm 11,2$. Также больные группы 1 чаще имели в анамнезе инфаркт миокарда, клинически более тяжелую стенокардию, гемодинамически значимое поражение брахиоцефальных артерий и хроническую почечную недостаточность

Результаты. Всего было выполнено 150 операции прямой реваскуляризации миокарда. Всем

больным выполнено множественное коронарное шунтирование. При анализе послеоперационных результатов на этапе нахождения пациентов в отделении реанимации были выявлены следующие достоверные различия между группами: в сравнении с группой 2, больные группы 1 имели большую продолжительность ИВЛ, в среднем требовали более продолжительной кардиотонической поддержки и более длительного пребывания в ОРИТ. Достоверных различий в отношении частоты гемотрансфузии, а также частоты кровотечений, требовавших повторных операций не обнаружено. Статистически достоверной разницей по показателю летальности в группах не было.

Выводы. Таким образом, было показано, что больные с многососудистым поражением КА и СД являлись клинически и объективно более тяжелыми в сравнении с группой контроля. Не было получено доказательств негативного влияния сопутствующего СД на развитие таких наиболее серьезных осложнений, как смерть, ИМ и инсульт. Однако наличие СД сопровождалось повышением рисков развития инфекционных осложнений медиастинита, а также увеличением продолжительности пребывания в отделении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ (УМЕНЬШЕНИЕ) ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ЖАЛИЛОВ А.К., ПУЛАТОВ О.К., РАХИМОВ С.С., АБДУРАХМОНОВ С.Ш., АХМАТОВ Я.Р., НОМОЗОВ Х.С.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Узбекистан

Введение. По данным литературы, количество больных с митральным пороком сердца, осложненным атриомегалией, составляет до 20% среди всех больных, оперированных по поводу митрального порока сердца. Увеличение полости левого предсердия и перерастяжение его стенок сопровождается развитием фибрилляций предсердия (ФП), в результате чего снижается сердечный выброс и нарастает сердечная недостаточность, вследствие чего создаются условия для тромбообразования в полости левого предсердия, с дальнейшими возможными ишемическими атаками.

Цель. Оценить эффективность объемредуцирующих (атриопластика) методик на левом предсердии при хирургической коррекции приобретенных клапанных пороков сердца и атриомегалии.

Материалы и методы. В данное исследование включены пациенты, оперированные по поводу коррекции митрального клапана с атриопластикой в РСНПМЦ кардиологии КФ с 2019 по 2022 год, выполнено более 125 операций. В анализ

включены все больные с митральным пороком и дилатацией левого предсердия более 5.0 см в зависимости от наличия фибрилляции предсердия и тромбообразования в полости левого предсердия в анамнезе, пациенты разделены на две группы: 1-ю группу составили больные с синусовым ритмом на момент поступления и отсутствием пароксизмов фибрилляции предсердия в анамнезе, которым было произведено протезирование митрального клапана без атриопластики – 60 случаев, во 2-ю группу вошли пациенты с пароксизмальной формой фибрилляции предсердия и наличием тромбов в полости ЛП. В данной группе пациентов произведено протезирование митрального клапана с атриопластикой ЛП – 65 случаев. Во всех случаях выполнена пластика левого предсердия по методу Kawozoe. Средний возраст участников составил $52,40 \pm 3,34$ года (33–64 года). Во всех случаях диагностирован порок митрального клапана. В обеих группах вмешательство на митральном клапане выполнено согласно показаниям.

Результаты. В группе атриопластика и тромбэктомия из полости ЛП проведены 83% пациентов, во 2 группе тромбэктомии из полости ЛП не было. В 1-й группе по данным ЭХОКГ после операции передней размер ЛП при пликация в среднем уменьшился на 18 мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 8%, 12-х случаях был применен временный ЭКС, который был удален уже в первые сутки после операции. Во 2-й группе по данным ЭХОКГ после операции передний размер ЛП в среднем уменьшился на 5 мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 3%, в 9-ти случаях был применен временный ЭКС, который был удален уже в первые сутки после операции. За период наблюдения в обеих группах не выявлено ни одного случая полной АВ блокады с необходимостью установки постоянного ЭКС. Восстановление синусового ритма в группе с атриопластикой в 1,5 раза больше, чем в группе без атриопластики. По ЭКГ результатам в первой группе пациентов был 100% синусовый ритм, в отдаленном результате (6 месяцев) наблюдалась фибрилляция предсердия в 7%. Во второй группе по данным ЭКГ в отдаленном периоде после операции (6 месяцев) у 67% пациентов восстановился

синусовый ритм и по результатам наблюдения показатели сохранились.

Среднее пребывание в ОРИТ в 1, 2 группах $26 \pm 12 - 24 \pm 13$ часов, время по экстубации $11 \pm 8 - 8 \pm 7$ час. В результате мы можем полагать что при атриопластике ЛП экстубация раньше и время в ОРИТ меньше в сравнении с ПМК без атриопластики.

Пациенты, подвергшиеся протезированию митрального клапана с атриопластикой левого предсердия в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах имели более высокую свободу от фибрилляции предсердий и тромбоэмболических осложнений в сравнении с пациентами с правильным ритмом на момент операции и отсутствием фибрилляции предсердий в анамнезе.

Вывод. Уменьшение полости левого предсердия с помощью пластики ЛП (по методике Kawozoe) у пациентов с митральным стенозом и атеромегалией ЛП в сочетании ФП уменьшает риск возникновения тромба в ЛП в послеоперационном периоде, а также у некоторых пациентов отмечались восстановление синусового ритма и улучшение качества жизни.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СОЧЕТАНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА С РЕДКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЕККЕЛЯ

НУРУЛЛАЕВ Р.Р., СОБУРОВ С.М., ХАЖИЕВ Б.С., САГИРОВ А.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан

Врожденная патология сердечно-сосудистой системы представляет собой все более серьезную проблему в здравоохранении. В последние годы частота заболеваний органов кровообращения в детском возрасте возросла в несколько раз. Это связано, во-первых, с улучшением диагностики при патологии органов кровообращения, во-вторых, с улучшением поиска этиологического фактора сердечной патологии. Если до недавнего времени в качестве ведущей причины рассматривалось влияние вирусов и вредных факторов на кардиогенез с последующим формированием врожденных пороков сердца (ВПС), то научные исследования последних лет свидетельствуют об огромной роли в формировании различной патологии сердца генетических факторов.

Сопутствующая патология может иметь различное влияние на состояние ребенка, часто определяя прогноз более существенно, чем сам ВПС: различные наследственные заболевания могут значительно осложнять развитие ребенка, затруднять хирургическое лечение порока сердца и приводить к осложнениям в пред- и послеоперационном периоде, а в некоторых случаях даже

могут ставить под сомнение целесообразность хирургической коррекции.

Синдром Секкеля (птицеголовые карлики, Seckel Syndrome) – это редкое наследственное заболевание, для которого характерна задержка внутриутробного развития, низкорослость после рождения, очень маленький размер головы (микроцефалия), различная степень умственной отсталости. Синдром Секкеля является неоднородным генетическим заболеванием, которое может быть связано с мутациями в генах, расположенных на хромосомах 3,14,18, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Впервые синдром описали Тревор Мани и Александр Рассел в 1959 году. Гельмут Секкель в 1960 году опубликовал статью, в которой привел результаты обследования двух собственных пациентов и литературные данные о 24 больных, имевших сходные клинические проявления, а термины «птицеголовая карликовость» и «наноцефалия» принадлежат Рудольфу Вирхову. Частота встречаемости в популяции составляет 1:10 000 случаев.

Мы наблюдали больного с редким синдромом Секкеля, у которого диагностирован открытый ар-



териальный проток в сочетании с коарктацией аорты.

Приводим собственное клиническое наблюдение больного Э., 8 лет, 12 кг. Мальчик находился в отделении детской кардиохирургии Специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья с 06.06.2022 г. по 17.06.2022 г. Поступил с жалобами на умеренную одышку при ходьбе, отставания в физическом и умственном развитии, общую слабость. Из анамнеза в раннем детском возрасте выявлено генетическое заболевание и открытый артериальный проток. Была проведена ЭхоКГ: КДР – 48 мм, КСР – 27 мм, КДО ЛЖ – 111 мл, шунт из аорты в легочную артерию, градиент на нисходящей аорты 36 мм.рт.ст. Заключение: ВПС. Открытый артериальный проток. Коарктация

аорты. Консультирован кардиохирургом, врачом генетиком, детским неврологом. Установлен диагноз «ВПС. Открытый артериальный проток с коарктацией аорты. Синдром Секкеля. В 2022 г. в июне месяце больному выполнена операция «Левосторонняя боковая торакотомия, перевязка ОАП». Гемодинамически значимый коарктации аорты не обнаружено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Экстубация через два часа после операции. На вторые сутки переведен в отделение. Выписан в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции. Контрольная ЭхоКГ перед выпиской: КДР – 35 мм, КСР – 21 мм, КДО ЛЖ – 51 мл (исходный – 111 мл).

Вывод. Больные с генетическими заболеваниями должны обследоваться на выявление наличия патологии органов кровообращения.

НИЗКАЯ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПО ТЕХНИКЕ ОРСАВ

РУСТАМОВ Б.Е., ЛИ В.Н., ГАНИЕВ Т.З., САИДНАЗАРОВ А.М., ЖУРАЛИЕВ М.Ж., МУХАММЕДОВ М.С., ГАНИЕВ Р.С.

СП ООО многопрофильный медицинский центр «EzguNiyat» г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнительный анализ операционных данных у больных ИБС с многососудистым поражением, подвергшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ) по технике ОРСАВ, в зависимости от уровня фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Материал и методы. Было обследовано 19 больных с уровнем ФВЛЖ < 50%. Ср. возраст = 58,7±9,9 года. Гендерное соотношение было – 16 мужчин и 3 женщины. Все пациенты страдали ИБС с многососудистым поражением. и всем им было рекомендовано АКШ-ОРСАВ. При ЭхоКГ-исследовании оценивались конечно-диастолический (КДО) и конечно-систолический (КСО) объемы ЛЖ. В зависимости от ФВЛЖ были выделены группы: 1 гр. – 5 человек с ФВЛЖ ≤ 35% и 2 гр. – 14 больных с ФВЛЖ > 35%.

Результаты. ЭхоКГ-показатели составили: КДО в 1 гр. – 198,5±55,9 мл и во 2 гр. – 155,1±39,7 мл (U=54 и p>0,05); КСО в 1 гр. – 133,0±28,6 мл и во 2 гр. – 89,6±27,9 мл (U=56 и p>0,05). Медиана ФВЛЖ в 1 гр.=31,9±3,7% и во 2 гр.=42,7±4,3% (U=0 и p<0,05). Ср. процент стеноза в бассейнах передней межжелудочковой и интермедиальной артерий превалировал в 1 гр., напротив в бассейнах огибающей и правой коронарной артерий (ПКА) ср. процент стеноза был выше во 2 гр. Ср. продолжительность операции в 1 гр.=236,0±30,7 мин и во 2 гр.=249,3±58,3 мин (разница – 13,3 мин;

U=29 и p>0,05). Медиана нахождения на ИВЛ в 1 гр.=489,0±216,1 мин, что на 89,4 мин было дольше, чем во 2 гр. (U=42 и p>0,05). Также в 1 гр. отмечалось большее время нахождения в ОРИТ (U=47 и p>0,05) и послеоперационное время пребывания в стационаре (U=44,5 и p>0,05). Проведение ИК потребовалось лишь в 1 случае (что составило 5,3% от общего числа обследованных или 7,1% – от числа больных во 2 гр.), при этом его продолжительность составила 25 мин. В данном случае ИК было проведено в связи с критическим поражением ствола левой коронарной артерии и окклюзионным устьевым поражением ПКА. Интраоперационная кровопотеря в 1 гр.=430,0±97,5 мл, что на 22,3 мл было больше, чем в группе сравнения (U=40 и p>0,05). Ср. количество наложенных шунтов было сопоставимо в обеих сравниваемых группах и составило 2,8±1,1 ед. – в 1 гр. и 2,8±1,0 ед. – во 2 гр. (p>0,05).

Вывод. Наличие ФВЛЖ ≤35%, несмотря на сравнительно меньшую (на 13,3 мин) продолжительность операции, требовало, большего времени пребывания на ИВЛ и более длительного послеоперационного (в условиях стационарного наблюдения) восстановительного периода, поскольку помимо низкого уровня ФВЛЖ и др. клинических составляющих, характеризовалось большим (на 22,3 мл) объемом интраоперационной кровопотери.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**САГИРОВ А.М., НУРУЛЛАЕВ Р.Р., ХАЖИЕВ Б.С., САЙГАНОВ В.И., САБУРОВ С.М.***Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, Хорезмская область, Республика Узбекистан*

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является самым частым врожденным пороком сердца (ВПС), в основе нарушения гемодинамики которого лежит сброс крови из левого желудочка через дефект в правый, ведущий к переполнению малого круга кровообращения и перегрузки обоих желудочков.

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов хирургической коррекции дефекта межжелудочковой перегородки, осложненной высокой легочной гипертензией у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В период с января 2019 по июль 2022 года в центре выполнено 128 операций коррекции ДМЖП с высокой легочной гипертензией (высокой ЛГ). Возраст оперированных детей – от 3 месяцев до 15 лет. Дети до 3 лет – 47 (37%), в возрасте от 3 до 10 лет – 54 (42%), старше 10 лет – 27 (21%). Из них 61 ребенок (48%) мужского пола, 67 детей (52%) – женского пола. У 71 больного (55%) был изолированный ДМЖП, у 35 пациентов (27%) – сочетание ДМЖП с открытым овальным окном, у 9 пациентов (7%) – сочетание ДМЖП с недостаточностью аортального клапана и у 10 пациентов (8%) ДМЖП сочетался с открытым артериальным протоком, а также состоянием после операции Мюллера (сужение легочная артерии) у 3 больных (2,34%).

Показаниями к коррекции ДМЖП служили признаки легочной гипертензии (ЛГ). У обследованных 98 больных выявлено: у 74 больных легочная гипертензия II степени, у 37 больных IIIa степени, у 17 больных IIIб степени (по классификации В.И. Бураковского, Л.Р. Плотниковой, В.А. Бухарина.) 57 (44%) больным в дооперационном периоде проводилась терапия, направленная на снижение ЛГ.

Результаты исследования. Все больные были оперированы в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. Большинство операций проходили в условиях гипотермической перфузии с подключением аппарата искусственного кровообращения через восходящую аорту и полые вены. Защита миокарда проводилась методом фармакологической холодной кардиоплегии через корень аорты. Средняя продолжительность периода пережатия аорты составила 28,7 минуты, средняя продолжительность искусственного кровообращения – 43,3 минуты. Доступ к дефекту осуществлялся через правое предсердие путем разведения створок трехстворчатого клапана у 85 (67%) больных, у 27 (21%) больных выполнен разрез – радиальное рассечение септальной створки от свободного края в сторону кольца клапана (из-за анатомического расположения дефекта, прикрывающего его), у 16 (12%) больных доступ выполнен через разрез выходящего тракта правого желудочка. В 82 (64%) случаях большие дефекты закрывались синтетической заплатой, в 14 (11%) случаях ксеноперикардом. У 7 (7%) больных отмечался минимальный рещунт, не влияющий на гемодинамику. В раннем послеоперационном периоде умерло трое детей, у всех имелась высокая легочная гипертензия. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. Таким образом, госпитальная летальность составила 3%.

Выводы. Наличие высокой легочной гипертензии отрицательно отражается на результатах оперативного лечения и значительно повышает риск развития недостаточности кровообращения и летального исхода. Больные с ДМЖП должны оперироваться до возникновения высокой легочной гипертензии. Больных с большими ДМЖП, осложненные легочной гипертензией, необходимо оперировать в раннем детском возрасте.

КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ ДВУНАПРАВЛЕННОГО КАВАПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., ТУРДИЕВА Н.С., МАЛЛАЕВ И.У., ШОДМОНОВ А.Б., ШАМРАТОВ Ш.З.****РИКИАТМ СВМФ**

Цель исследования. Анализ результатов операции двунаправленного каваппульмонального ана-

стомоза без использования аппарата искусственного кровообращения.



Материалы и методы. С 2019 года в двух медицинских центрах Самаркандской области (ОДМЦ и РИКИАТМ СВМФ) выполнено 26 операций двунаправленного кавапультмонального анастомоза без использования ИК пациентам со сложными врожденными пороками сердца. Средний возраст $3,6 \pm 2,1$ года, средний вес $9,6 \pm 3,2$ кг. Всем пациентам было проведено стандартное обследование с использованием методов эхокардиографии и ангиографии. Показатели до операции: насыщение артериальной крови кислородом = $55,6 \pm 3,4\%$; среднее давление в ЛА = $9,0 \pm 1,9$ мм.рт.ст.; среднее значение ЛАИ = 280 ± 31 мм/м²; средний диаметр ВПВ = $8,6 \pm 0,6$ мм; Ht = $45 \pm 4,6$; гемодинамически значимая недостаточность на системном АВ клапане отсутствовала. Хирургическая коррекция выполнялась в условиях стандартной анестезии, эндотрахеального наркоза и без использования искусственного кровообращения. Операция проводилась с применением временного шунта между правым предсердием и ВПВ. В исследуемой группе больных не встречалась добавочная левосторонняя ВПВ. Гепаринизация пациентов проводилась из расчёта 100 МЕ на кг/веса.

Результаты. Хирургическая коррекция была эффективна у всех пациентов, сатурация артериальной крови в постоперационном периоде составило $85 \pm 3,1\%$. Время функционирования временного шунта между ВПВ и правым предсердием составило $10 \pm 5,4$ минут. Инотропная поддержка проводилась допамином в средней дозировке $5 \pm 2,1$ мкг/кг. Среднее время искусственной вентилиции лёгких составило в среднем $7 \pm 2,1$ часа. Среднее время пребывания в отделении реанимации составило $21 \pm 2,3$ часа. Среднее время пребывания в стационаре составило $10 \pm 2,1$ дня. Осложнений в раннем постоперационном периоде не отмечалось. Госпитальная летальность в нашей исследуемой группе отсутствовала.

Выводы. По сравнению со стандартным и часто используемым в мировой кардиохирургии методом, операция двунаправленного кавапультмонального анастомоза без использования искусственного кровообращения имеет ряд преимуществ, являясь малотравматичной методикой для пациента. Использование временного шунта между ВПВ и правым предсердием позволяет выполнить хирургическую коррекцию без риска развития постперфузионного синдрома.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

САИДОВ М.А., БОЙМАТОВ Ш.З.

Самаркандский областной региональный филиал РСНПМЦК, Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевания и их осложнение по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре современной соматической патологии (Zeumer U, 2020). Смертность больных, у которых инфаркт миокарда (ИМ) осложнился кардиогенным шоком (КШ), остается высокой даже в случаях раннего выполнения реваскуляризации с помощью чрескожных вмешательств на коронарных артериях (ЧВКА) или коронарного шунтирования (КШ) (Baran D.A., Grines C.L., 2019). Принятие в последние годы новой концепции развития здравоохранения в нашей республики и приобретение новых высокотехнологической медицинской аппаратуры позволило внедрить такие методы лечения для интенсивной терапии при острой сердечной недостаточности. Одним из видов современной интенсивной терапии является внутриортальная баллонная контрпульсация (ВАБК), которая относится к наиболее часто применяемому методу механической поддержки гемодинамики в данной клинической ситуации.

Цель исследования. Описать ведение пациентов с острой сердечной недостаточностью с применением внутриортальной баллонной контрпульсацией (ВАБК).

Материалы и методы. Исследование проводилось у 32 больных в отделениях кардиохирургии и реанимации с января 2021 года по сентябрь 2022 года. В исследование включали больных с развитием ОИМ, который осложнился кардиогенным шоком (КШ) в случае предполагаемого выполнения ранней реваскуляризации миокарда (с помощью рентгенэндоваскулярных вмешательств или коронарного шунтирования). КШ диагностировали, если систолическое артериальное давление (АД) было менее 90 мм рт.ст. в течение более 30 мин или для поддержания систолического АД на уровне более 90 мм рт.ст. требовалась инфузия катехоламинов. Нарушение перфузии устанавливали при наличии хотя бы одного из следующих критериев: нарушение сознания, холодные и влажные кожные покровы, олигурия со снижением скорости выделения мочи менее 30 мл/час; или увеличение концентрации лактата в крови более 2 ммоль/л. Приводился неинвазивный мониторинг артериального давления либо инвазивный в случае гемодинамически значимой аритмии. Исследование центральной гемодинамики методом

ЭХО-КГ или катетеризацией легочной артерии катетером Сван-Ганса с целью оценки ФВ, КДО, КСО.

Результаты. ВАБК была применена у 7 больных посткардиотомной сердечной недостаточностью, развившейся после кардиохирургических и ЧВКА операции.

Показанием к контрпульсации служила невозможность отключения от искусственного кровообращения на фоне высоких доз катехоламинов, среднее давление в аорте – до 63,3-2,3 мм.рт.ст., повышение давления в левом предсердии – до 30,1-2,1 мм.рт.ст., ДЗЛК – 21,4-2,3 мм.рт.ст., давление в правом предсердии повышалось до 14,1-2,1 мм.рт.ст., а давление в легочной артерии составило 41,5-2,1 мм.рт.ст. При этом сердечный выброс снижался до 2,5 л/мин. Повышалось общее периферическое сопротивление до 2102.4+2115 дин\сек\см.куб.

С началом проведения внутриаортальной контрпульсации среднее давление в аорте повышалось до 85.7 +2.1 мм рт.ст., давление в левом предсердии не превышало 11.7+0.2 мм рт.ст., давление в легочной артерии составило 29.9+2.5 мм рт.ст., давление заклинивания легочных капилляров уменьшалось до 11.9+1.7 мм рт.ст., а давление в правом предсердии составило 7.1+0.3 мм рт.ст., при применении внутриаортальной контрпульсации сердечный выброс увеличился до 3.7+0.5 л\мин., а общее периферическое сопротивление снизилось до 1828 -169 дин сек см куб. Подобная картина гемодинамики связана с физиологически-

ми воздействиями ВАБК на сердечно-сосудистую систему. При работе насоса-баллончика не происходит значительных перемещений объёма крови в восходящей части аорты. Однако такие условия могут быть успешно реализованы лишь при сохранении сократительных резервов миокарда. После начала ВАБК на кривой давления в аорте определяется самостоятельный выброс крови левого желудочка сердца. Необходимо избежать совпадения этих выбросов с пиком давления, связанным с работой насоса-баллончика. При соблюдении такого условия кардиодинамики и коронарной перфузии постепенно приводит к нарастанию собственных сокращений левого желудочка сердца, что свидетельствует об улучшении сократительной функции ЛЖ. Работа ВАБК, согласованная с фазой диастолы, должна продолжаться до полного восстановления функции сердца, дыхания и снятия больного с ИВЛ.

Выводы. ВАБК, в том числе в сочетании с ЧВКА с тромболитической терапией, является доступной высокоэффективной методикой лечения кардиогенного шока у больных инфарктом миокарда, и дальнейшее внедрение этого метода представляется важной задачей. Использование ВАБК при развитии осложнений после проведенного коронарного шунтирования является вынужденной процедурой. Также ВАБК показана при нарастающей острой левожелудочковой недостаточности после отключения искусственного кровообращения.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

САИДОВ М.А., БОТИРОВ Д.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., ЮСУПОВ Ж.Т., РАХМОНОВ Ф.С.

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования. Оценить надежность и гемодинамическую эффективность различных вариантов реконструктивных операций на митральном клапане.

Материалы и методы. Изучены результаты реконструктивных вмешательств на митральном клапане у 86 пациентов, прооперированных в период с 01.2021 по 09.2022 года.

Результаты. По этиологии пациенты распределились следующим образом: ревматизм 16 (18,6%) больных, инфекционный эндокардит 7 (8,1%), миксоматозная дегенерация 25 (29%), ИБС 38 (44,18%). Структурное изменение подклапанного аппарата: частичный отрыв хорды ЗСМК – 30 (34,8%), полный отрыв хорды ЗСМК – 6 (6,9%), частичный отрыв хорды ПСМК – 17 (19,7%), Ограничение подвижности створок МК 13 (15,1%), удлинение

хорд 20 (23,2%). Госпитальная летальность составила у двух больных (2,3%).

Виды оперативных вмешательств: открытая митральная комиссуротомия и пластика створок МК 9 (10,4%) больных, треугольная резекция задней створки МК и аннулопластика на мягком опорном кольце 20 (23,2%), резекция задней створки МК с аннулопластикой на жестком опорном кольце 16 (18,6%), резекция участка передней створки МК с аннулопластикой на жестком опорном кольце 17 (19,7%), шовная пластика комиссур МК 10 (11,6%), вальвулопластика по Alfieri 11 (12,8%), пластика перфорации створок из аутоперикарда 2 (2,3%).

Все пациенты оперированы в условиях ИК и фармакоологической кардиоплегии. Доступ к митральному клапану через правое предсердие.



Непосредственные результаты изучены у 80 пациентов. При наблюдении острое нарушение мозгового кровообращения перенес один пациент, которому выполнялась реконструкция МК одновременно с протезированием АК. Прогрессирование митральной недостаточности отмечено у одного больного, которому первично выполнялась пластика хорд МК, причиной такой ситуации явилось прорезывание швов, фиксирующих оторванные хорды.

Выводы:

1) выполнение клапансохраняющего вмешательства является предпочтительным методом хи-

рургической коррекции митрального порока из-за низкой операционной летальности и частоты осложнений.

2) возможность выполнения реконструктивных операций зависит от патоморфологических изменений клапана.

3) В тех случаях, когда реконструкция клапана производится на фоне выраженных его дегенеративных изменений или в зоне отечных тканей, предпочтительно завершать операцию имплантацией опорного кольца, для повышения надежности выполненной пластики.

УМЕНЬШЕНИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В КАРДИОХИРУРГИИ

СЕВРУКЕВИЧ Д.В., КОСТЮКОВИЧ Е.В., УШАКОВА И.И., СЕВРУКЕВИЧ В.И., ГУРИН А.В.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Изучение возможности применения дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПК) и посткондиционирования (ДИпостК) для уменьшения острого повреждения почек (ОПП) при протезировании клапанов сердца и коронарном шунтировании.

Материалы и методы. В период с июля 2019 по май 2018 года включенные в исследование пациенты (n=82) методом случайной выборки были разделены на 2 группы: контрольную группу (КГ, n=41) и основную группу (ОГ, n=41). Пациентам в ОГ перед операцией проводилась процедура ДИПК, заключающаяся в выполнении с помощью манжеты для непрямого измерения артериального давления 4-х последовательных циклов ишемии/реперфузии левой верхней конечности при нагнетании давления в манжете до 200 мм. рт. ст. во время цикла ишемии. Далее выполнялось хирургическое вмешательство по протезированию

клапанов сердца и коронарному шунтированию в условиях искусственного кровообращения (ИК). Через 2 часа после ИК выполнялось ДИпостК. В контрольные точки до операции, 2, 6, 24 часа после окончания ИК были взяты пробы крови для последующего анализа. Выполнена оценка острого повреждения почек по критериям KDIGO 2013.

Результаты. Через 24 часа после операции в исследуемой группе на 24% реже наблюдается повреждение почек 1-й стадии (p=0,013). Через 24 часа после операции повреждение почек 1-й и 2-й стадии суммарно на 22% реже наблюдается в исследуемой группе при сравнении с контрольной (p=0,025).

Заключение. ДИПК и ДИпостК является эффективным дополнительным методом нефропротекции при выполнении операций по коррекции патологии клапанов сердца.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИКСОМОЙ СЕРДЦА

ШАРИПОВ И.М., ХАШИМОВ Х.Р., МАМАЖАНОВ С.Г., ЖАББАРОВ О.О., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К., УРИШБАЕВ Р.Ш.

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

Актуальность. Первичные опухоли сердца встречаются довольно редко и в основном имеют доброкачественный характер. Большинство доброкачественных опухолей сердца представляют собой миксомы. Они могут проявляться широким спектром симптомов: от полного бессимптомного

течения до опасных для жизни осложнений, таких как инсульт, сердечная недостаточность или даже внезапная смерть. Миксомы сердца обычно диагностируются между четвертым и шестым десятилетиями жизни и хирургическое лечение даёт отличную выживаемость. Это исследование обобщает наш

6-летний клинический опыт хирургической резекции опухолей сердца в нашем центре.

Цель исследования. Изучить результаты раннего оперативного лечения больных миксомой сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 26 пациентов, перенесших хирургическое удаление первичной внутрисердечной миксомы в период с 2015 по 2022 год. Восемнадцать (69%) из них были женщинами и восемь (31%) мужчинами. Средний возраст пациентов 55,65±11,07 года (30–73). Опухоли локализовались в левом предсердии (ЛП) у 20 больных (78%), в правом предсердии (ПП) у 4 больных (15%), в левом желудочке (ЛЖ) у одного больного (3,8%) и у одного больного была миксома правого желудочка (ПЖ) (3,8%). Наиболее частым местом в (89% случаях) прикрепления была межпредсердная перегородка. У большинства (88%) пациентов из симптомов отмечалась одышка. Дооперационный диагноз был установлен с помощью трансторакальной эхокардиографии с цветовой доплерографией. Оперативное вмешательство у всех больных выполня-

ли путем срединной стернотомии, после иссечения опухоли прилегающие участки и края аккуратно прижигали с помощью электрокоагуляции. В 7 случаях (27%), когда опухоли прикреплялись широким основанием к межпредсердной перегородке, вместе с опухолью иссекались и пораженные участки межпредсердной перегородки. Эти ятрогенные дефекты были ушиты у 3 пациентов (11%) и закрыты свежей аутологичной перикардиальной заплатой у 4 пациентов (15%).

Полученные результаты. Все 26 пациентов перенесли операцию благополучно. Средний размер опухоли составил 4,6 ± 3,5 см в наибольшем диаметре. Относительно твердые типы миксомы были обнаружены у 17 пациентов (65%), тогда как рыхлые гроздевидные миксомы были обнаружены у 9 пациентов (35%). При последующем наблюдении за этими 26 пациентами периоперационной летальности не отмечено.

Выводы. Так как сердечные миксомы несут риск серьезных системных и сердечных симптомов, быстрое хирургическое удаление дает отличный результат.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА

ШАРИПОВ И.М., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К.

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

Цель. Оценить госпитальные результаты миниинвазивного протезирования митрального клапана.

Материал и методы. С января 2021 года по август 2022 года в РСНПМЦК проведено 40 операций на митральном клапане из мини-доступов. Доступы осуществлены через правую переднебоковую торакотомию (12) и правую вертикальную инфра-аксиллярную торакотомию (22), правую переднебоковую торакотомию с видеоторакоскопической поддержкой (6). Среди оперированных 18 мужчин и 22 женщины. Средний возраст пациентов составил 52,6±11,2 года, средний вес 67,6±18 кг. Средняя ФВ ЛЖ – 48,6±8,5%. Большинство больных исходно находились в ХСН 2-А стадии 24 (60%) и ХСН 2-Б стадии 16 (40%), по NYHA II (40%) и III (60%) функциональные классы. По причине этиологии порока 70% больных имели ревматический генез порока сердца и более 30% пациентов – синдром соединительнотканной дисплазии. По характеру поражения МК преобладала недостаточность у 11 больных (27,5%), стеноз МК выявлен у больных 8 (20,0%), сочетанный порок МК – в 21 (52,5%) случае. Во всех случаях интраоперационно выполнялась ЧПЭхоКГ. Доступ к сердцу осуществлялся из правосторонней переднебоко-

вой миниторакотомии у 12 больных и правой вертикальной инфра-аксиллярной торакотомии в IV межреберье у 22 больных. Средняя длина кожного разреза составила 7,0±2,7 см. Через отдельные проколы вводилась видеокамера (в 6 случаях проводилось протезирование митрального клапана с видеоторакоскопической поддержкой) и зажим Chitwood для пережатия аорты. Использовался специальный набор для миниинвазивной хирургии «Valve XS» фирмы «Aescular». Операции выполнялись в условиях ИК с нормотермической перфузией и холодовой кардиopleгией. Подключение АИК выполнялось через бедренные сосуды. Виды оперативного вмешательства: протезирование митрального клапана – 28, протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана – 8, протезирование митрального клапана и пластика левого предсердия по «Kawazoe» – 3, протезирование митрального клапана, пластика трикуспидального клапана, тромбэктомия из левого предсердия и пластика левого предсердия «Kawazoe» – 1. Среднее время операции составило 220±45 мин. Среднее время ИК составило 95, среднее время пережатия аорты – 60±25,7 минуты.



Результаты. В целом неосложненный послеоперационный период наблюдался у 37 (92,5%) больных. В двух случаях наблюдалась острая сердечная недостаточность, что потребовало установки ВАБК. В одном случае наблюдалось постоперационное кровотечение, что потребовало повторной торакотомии с определением и ликвидацией источника кровотечения. Летальный исход – 1 больной (2,5%), причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность.

Вывод. Операции на митральном клапане из мини-торакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на митральном и трикуспидальном клапанах с хорошими результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИЗ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ

ШАРИПОВ И.М., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ХАШИМОВ Х.Р., ЖАББАРОВ О.О., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К.

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

Цель исследования. Оценить госпитальные результаты операции аортокоронарного шунтирования из мини-доступа через левостороннюю торакотомию.

Материал исследования. В РСНПМЦК с 01.01.2021 по 01.09.2022 г. выполнено 22 операции аортокоронарного шунтирования из левосторонней торакотомии. Мужчин было 21, женщин – 1. Возраст пациентов колебался от 40 до 74 лет, в среднем 63 года. Средняя ФВ ЛЖ – 50,6±6,5%, средние значения КДО – 160 мл. В анамнезе ПИКС был у 16 больных, 8 (36,6%) пациентов имели стенокардию ФК II-IV, нестабильная стенокардия диагностирована у 14 (63,6%) пациентов. У всех пациентов наблюдались явления ХСН II А стадии – II (42%) и III (53%) ФК по NYHA. Ожирение I-II степени наблюдалось у 5 больных. Сахарный диабет 2-ого типа регистрировался у 8 больных.

Результаты. Доступ к сердцу осуществлялся из левосторонней переднебоковой мини-торакотомии в IV межреберье. Длина кожного разреза колебалась от 6 до 10 см. Средняя длина кожного разреза составила 6±2,7 см. Операции выполнялись в условиях работающего сердца. Конверсия на ИК и стернотомию нет. Время операции от 260

до 405 мин, в среднем 310 мин. Количество шунтов от 2 до 4, в среднем 2,8. В 18 случаях выполнена ЛВГА-ПМЖВ, в 4 случаях аутовена-ПМЖВ. Композитный графт в 4 случаях (2 аутовена-аутовена, 2 ЛВГА-аутовена). Секвенциальные венозные шунты в 4 случаях. Количество венозных шунтов колебалось от 1 до 3, среднее 2,0. Техника «no-touch aorta» использована в 1 случае. Кровопотеря во время операции в среднем 250 мл. Всем пациентам выполнена интраоперационная флоуметрия. Длительность ИВЛ в послеоперационном периоде в среднем 4,5 часа. Время нахождения в ОРИТ в среднем 20 часов. Интраоперационных и постоперационных осложнений не наблюдалось. Госпитальная летальность составила 0%. Койко-день в среднем составил 9±1,5 дня.

Выводы. При выполнении коронарного шунтирования методом левосторонней переднебоковой мини-торакотомии отмечается уменьшение кровопотери во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде, уменьшение длительности нахождения пациента в реанимации и в отделении интенсивной терапии. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ШАРИПОВ И.М., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАШИМОВ Х.Р., ЖАББАРОВ О.О., ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З., МАМЕДОВА С.Т., МУЛЛАБАЕВА Г.У.

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

Цель. Низкая фракция выброса левого желудочка (ниже 40%) – значимый предиктор операционной летальности у пациентов, подвергшихся

АКШ. Провести сравнительный анализ непосредственных результатов эффективности операций в условиях ИК с КП и на работающем сердце без ИК

у пациентов с сниженной фракцией выброса ЛЖ (ниже 40%), определить факторы риска операции коронарного шунтирования у пациентов со сниженной сократительной функцией миокарда ЛЖ.

Материалы и методы. Выполнено поперечное исследование, включающее 102 больных (сплошная выборка), которым выполнена изолированная операция реваскуляризации миокарда. В условиях ИК и КП оперировано 37 (36,2%) больных, Off pump 65 (63,8%) больных. Группы были сопоставимы по демографическим, клиническим и данным инструментального обследования.

Результаты. Госпитальная летальность в контрольной группе составила 8,1% (3/37), в исследуемой группе – 3% (2/65). Причины летальности в контрольной группе: периперационный инфаркт миокарда и острая сердечная недостаточность – 1; острая сердечная недостаточность – 1, ишемический инсульт – 1; в исследуемой группе: ишемический инсульт – 1.

Осложненный послеоперационный период отмечен у 25 пациентов, оперированных в условиях ИК, и у 8 по методике Off pump.

Выводы. Таким образом, результаты операции аортокоронарного шунтирования на работающем сердце без ИК у больных с низкой сократительной способностью миокарда ЛЖ свидетельствуют о том, что данный метод хирургического лечения безопасен и высоко эффективен, позволяет выполнить оперативное вмешательство без ущерба полноте реваскуляризации миокарда. Множественное коронарное шунтирование на работающем сердце у данной категории больных сопровождается снижением числа осложнений ($p=0,02$) и госпитальной летальности ($p<0,01$). Вероятность развития осложнений зависит от: продолжительности операции (0,9% / 1 мин), длительности ИВЛ (0,5% / 1 мин), времени нахождения в реанимации (47,3% / 1 день), интраоперационной кровопотери (0,7% / 1 мл), дренажной кровопотери (0,3% / 1 мл).

РАЗНОВИДНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ (ОРСАВ)

ШАРИПОВ И.М., ХАШИМОВ Х.Р., МАМАЖОНОВ С.Г., ЖАББАРОВ О.О., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., МАМЕДОВА С.Т., УТЕНИЯЗОВА Х.К., УРИШБАЕВ Р.Ш.

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

Актуальность. Должна ли процедура АКШ выполняться с использованием искусственного кровообращения (ИК) или без него (ОРСАВ), до сих пор остается предметом больших дискуссий. Однако большое количество исследований показало, что реваскуляризация миокарда с работающим сердцем и без искусственного кровообращения может превосходить классическую реваскуляризацию миокарда в отношении снижения послеоперационных осложнений и благоприятных результатов, особенно у лиц с высоким риском. Последние десятилетия у кандидатов на АКШ изменился типичный «профиль» (более возрастные пациенты, пациенты с большим числом сопутствующей патологии, повторная реваскуляризация, отсутствие достаточного количества кондуитов из-за наличия периферической артериальной и/или венозной патологии) вынуждает хирургов менять (адаптировать) хирургическую технику в направлении более частого применения секвенциальных и композитных шунтов при реваскуляризации миокарда. Данная проблема остается малоизученной у больных высокого хирургического риска.

Материал и методы. В отделении кардиохирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кар-

диологии за период 2015–2022 гг. выполнено 1100 операций аортокоронарного шунтирования на работающем сердце. Больные, в зависимости от использования сложных техник шунтирования, были разделены на две группы: I группа – 242 (22,0%) пациента, у которых во время операции использовалась сложная хирургическая техника, и II группа – 858 (78,0%) пациентов, у которых была использована стандартная хирургическая техника.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила около 240 минуты в I группе и 200 минуты во II группе. В обеих группах у всех больных была использована левая внутренняя грудная артерия (при невозможности ее использования – правая). Среднее число дистальных анастомозов на пациента было 3,9 и 3,3 соответственно в I и II группах. Достоверной разницы по частоте осложнений и летальности между группами не отмечено.

Выводы. Использование сложной техники шунтирования при реваскуляризации миокарда у больных группы высокого риска является безопасным и эффективным с точки зрения непосредственных результатов операций. Требуется дальнейшее накопление клинического материала для изучения отдаленных результатов этих операций.



КАРОТИД ЭДАРТЕРЭКТОМИЯ АМАЛИЁТИ БАЖАРИЛГАН БЕМОРЛАРДА, АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЮРАК ИШЕМИЯСИ БИЛАН БОҒЛИҚ АСОРАТЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ

ЮЛБАРИСОВ А.А., ИРНАЗАРОВ А.А., АЛИДЖАНОВ Х.К., НУРМАТОВ Д.Х.,
ДЖАЛИЛОВ А.А., АХМАТОВ О.М., АБДУРАХМОНОВ С.А.

Республика хирургик ангионеврология ихтисослашган маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади: асимптоматик юрак ишемик касаллиги (ЮИК) мавжуд беморларда каротид эндартеректомия (КЭАЭ) амалиётдан кейинги кардиологик асоратларни учраш даражасини ўрганиш.

Материал ва услублар. 2018-2020-йилларда Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази ва Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг қон томир жарроҳлиги бўлимига ётқизилган сурункали бош мия қон айланиши етишмовчилик (СБМҚАЕ) билан касалланган 600 нафар беморларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Амалиётдан олдин коронарография текшируви ўтказилмаган, лекин КЭАЭ амалиётини бажарилган беморлар тадқиқотга олинди. Беморларнинг ўртача ёши $64,5 \pm 2,6$ ёшни ташкил этди. Беморлар орасида эркаклар 344 (57,3%), аёллар – 256 (42,7%) ташкил этади. Барча беморларда шикоятлар ва анамнези тўлиқ тўпланган, қабул қилинган умумий клиник текширув усуллари ўтказилган. Беморлар амалиётдан кейин 6 ойдан – 24 ойгача назоратда бўлган.

Натижалар. 515 та (85,8%) беморда артериал гипертензия (АГ) аниқланган. Ўртача систолик қон босими (СҚБ) $136,6 \pm 22,3$ мм см. уст., диастолик қон босими (ДҚБ) – $85,2 \pm 16,4$ мм см.уст. га тенг. Юракнинг дақиқасига урушлар сони ўртача $78,3 \pm 14,2$ марта. Амалиётдан кейинги эрта даврда ўрганилган 600 нафар бемордан 15 (2,5%) та беморда миокард инфаркти (МИ), 45 (7,5%) та бемор плазмасида кардиоспесифик биомаркерлар миқдорининг сезиларли ўзгариши билан кечмаган ўтиб кетувчи миокард ишемияси кузатилган. Барча инфарктлар амалиётдан кейинги дастлабки 5 кун ичида содир бўлган, 11 та беморда Q тишча-

сиз ва 4 та беморда Q тишчали МИ кузатилган. Ўтиб кетувчи миокард ишемиясини кузатилган беморларнинг аксариятида (45 беморнинг 38 тасида) ишемия белгилари электрокардиограммада (ЭКГ) ST сегментининг горизонтал ёки қийшиқ депрессияси кўринишида ва фақат 7 та беморда – ST сегментининг кўтарилиши билан намоён бўлган. КЭАЭ амалиётдан кейинги узоқ даврда кузатувда бўлган 35 та беморда МИ кузатилган ҳамда 46 та (7,7%) беморда тери орқали коронар аралашув (ТКА) ёки аорта-коронар шунтлаш (АКШ) амалиёти ўтказилган.

Хулосалар.

1. Каротид атеросклерози тасдиқланган беморларни эҳтимолий ЮИК мавжуд беморлар деб ҳисоблаш ҳамда уларнинг даволаш тактикасини танлашда индивидуал ва мултидисциплинар ёндашувни талаб қилади.

2. КЭАЭ амалиётдан кейинги эрта даврларда кузатилган кардиологик асоратлар қуйидаги хусусиятларга эга: миокард инфаркти кўпинча оғриқсиз, Q тишчасиз ва оғир юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келмайди, миокард ишемиясининг аксарият эпизодлари ЭКГда ST сегментининг депрессияси ва оғриқсиз ишемия кўринишида намоён бўлади.

3. Асимптоматик ЮИК мавжуд беморларда КЭАЭ дан олдин тизимли равишда коронарография текширувини ўтказиш ҳамда коронар томирлар ўзгариш аниқланган беморларда ТКА ёки АКШ амалиётини ўтказиш ўз навбатида КЭАЭ амалиётдан кейинги эрта ва кеч даврда кузатилиши мумкин бўлган МИ билан касалланишни сезиларли даражада камайтириши ва беморлар умр давомийлигини ошириши мумкин.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITDA MINERALLAR ALMASHINUVI BUZILISHIDA TIZIMLI ZARARLANISHNI BAHOLASH

PULATOVA SH.B., NABIYEVA D.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: Ankilozlovchi spondiloartrit bilan og'rigan bemorlarda osteotrop minerallar- Magniy (Mg), Kalsiy (Ca) va Ruxning (Zn) tizimli zararlanish ko'rsatkichlari o'zgarishlarini baholash.

Material va usullari: Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-klinikasi revmatologiya bo'limida 102 ta bemor kuzatuvga olindi. Ulardan 95% erkaklar bo'lib yoshi bo'yicha $38,3 \pm 1,3$ yoshda. Kasallikning kechish davomiyligi $11,4 \pm 0,8$ yil. BASDAI $-4,98 \pm 2,34$, ASDAS $-3,33 \pm 1,16$, BASFI $-5,55 \pm 2,74$, BASMI $-3,32 \pm 1,35$. Faollik darajalari bo'yicha I daraja 32% bemorlarda, II daraja 39% ida va III daraja 29% bemorlarda aniqlandi; Barcha bemorlarda klinik tekshiruvlar, EKG, ExoKs va qon zardobida Ca, Mg, Zn va eritrotsitlar tarkibida Mg miqdori aniqlandi. Bemorlar qon tarkibidagi minerallar miqdorini inobatga olinib 2 ta guruhga ajratildi. I guruh qonda minerallar miqdori normada bo'lgan bemorlar va II guruh minerallar miqdori pasaygan bemorlar guruhi.

Natijalari: I guruh bemorlariga nisbatan eritrotsitlarda va qon zardobida Mg, Ca va Zn konsentratsiyalari normadan kam bo'lgan II guruh

bemorlarida kasallikning suyak va bo'g'imlardan tashqari klinik ko'rinishlari, ya'ni tizimli zararlanish ko'rsatkichlari ustunroq bo'ldi. Ularda asosan uveit, ritm va o'tkazuvchanlikning turli ko'rinishdagi buzilishlari hamda kardit belgilari qayd etildi. Ankilozlovchi spondiloartritga chalingan barcha bemorlarda yurak va qon tomir tizimining zararlanishi asosan kardit ko'rinishida kechdi, ayniqsa II guruh bemorlarida karditning uchrash chastotasi I guruhdagi bemorlarga nisbatan ishonarli tarzda yuqori bo'ldi ($p < 0,005$), ammo guruhlar bo'yicha uveit hamda ritm va o'tkazuvchanlikning turli ko'rinishdagi buzilishlarining uchrash chastotasi o'rtasida ishonchli tafovut ko'zga tashlanmadi ($p = 0,74$).

Xulosalar: Ankilozlovchi spondiloartriti bemorlarda tizimli zararlanishi uveit, ritm va o'tkazuvchanlikning turli ko'rinishdagi buzilishlari, kardit belgilari qayd etildi, hamda kardit belgilari qon tarkibida minerallar almashinuvi bilan bog'liqlik aniqlandi, bu esa tizimli zararlanishlar karditni davolashda minerallar korreksiyasini talab etadi.

TIBBIYOT OLIY O'QUV YURLARI TALABALARINI O'QITISHDA TELETIBBIYOT ASOSLARI

XALMUXAMEDOV BOBIR TAXIROVICH, NURILLAYEVA NARGIZA MUXTARXANOVNA

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: Talabalarining tibbiyot sohasidagi axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan xabardorligini o'rganish va tahlil qilish, o'qitish samaradorligiga ta'sir etuvchi omillarni va teletibbiyot maslahatlarini amalga oshirishga munosabatni aniqlash;

Material va metodlar: ilmiy, uslubiy va xorijiy adabiyotlarni tahlil qilish va umumlashtirish, bo'lajak umumiy amaliyot shifokorlari (Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakulteti 6-kurs bitiruvchilari) uchun test anketasi va uning natijalarini tahlil qilish. Tadqiqot tahlili teletibbiyot xizmatlaridan foydalanish

tajribasiga oid 20 ga yaqin xorijiy maqola va qo'llanmalarni o'z ichiga olgan va tahlil qilingan. So'rovda "Davolash" fakultetining "umumiy amaliyot shifokori" mutaxassisliklari bo'yicha 6-bosqich 32 nafar bakalavriatura talabarlari ishtirok etdi.

Natijalar. Test so'rovi oldidan talabalar bugungi kunda sog'liqni saqlashda qo'llanilayotgan turli xil axborot texnologiyalari bilan tanishish bo'yicha 3 kunlik kursni yakunladilar. So'ralgan 32 nafar talabalar orasida teletibbiyot texnologiyalari atamasi bo'yicha 6 kishi (18,8%) to'g'ri javob berishdi, telemeditsina texnologiyalaridan foydalangan holda



tibbiy yordam ko'rsatishda masofaviy o'zaro aloqa ishtirokchilarini identifikatsiya qilish va autentifikatsiya qilish tizimi haqidagi savolga 7 kishi (21,8%) to'g'ri javob berdi. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini ko'rsatishda qo'llanilishi mumkin bo'lgan telemeditsina texnologiyalaridan foydalangan holda tibbiy yordamni tashkil etish va ko'rsatish tartibi to'g'risida 8 nafar (25%) nafar, raqamli fotosuratlar bo'yicha esa 3 nafar (9,4%) bitiruvchilar to'g'ri javob berdi. "Teletibbiyot maslahatining asosiy maqsadi nima?" – Bu savolga 32 respondentdan 9 nafari (28,1%) to'g'ri javob berdi. Respondentlarning qariyb 43% esa teletibbiyot haqidagi asosiy ma'lumot manbai onlayn ta'lim va Internet ekanligini ta'kidladi. Teletibbiyotni organishda kafedrada maxsus tayyorgarlik o'tish kerakligi 52% talabalar uchun juda dolzarb ekanligi aniqlandi, bu borada muvofiq ravishda onlayn ta'lim 26% va Internet resurslar 22% ni tashkil etdi. Talabalar – bo'lajak oilaviy shifokorlar o'rtasida o'tkazilgan so'rov natijalariga (61%) ko'ra, teletibbiyot xizmatlarini amaliyotga samarali tatbiq etish uchun maxsus dasturiy ta'minot, o'qitilgan kadrlar va barqaror aloqa zarur. O'rganilayotgan kontingentning kundalik amaliyotida axborot va raqamli texnologiyalardan foydalanish tahlili shuni ko'rsatdiki, so'rovda qatnashgan Davolash fakulteti talabalarining qariyb 80 foizi internet qidiruv tizimida muntazam ishlaydi, 38% esa o'z faoliyatida elektron pochtdan foydalanadi. Biroq, tibbiyot talabalarining teletibbiyot haqida tushunchasi va uni qo'llash sohalariga yo'naltirishlari

yeterli emas (42%). Aytish joizki, tibbiyot talabalarining aksariyati (67%) teletibbiyot texnologiyalaridan foydalanish samarali va zarur deb hisoblaydilar.

Xulosa. O'quv jarayoniga teletibbiyot texnologiyalarining joriy etilishi shifokorlarni kelgusida shifoxona va poliklinikalarda samarali ishlashga tayyorlash va bemorlarga yuqori sifatli tibbiy yordam ko'rsatishga xizmat qiladi. Tibbiyot ta'limida telemeditsina juda muhim yo'nalish bo'lib, bunday ta'limni o'quv dasturlariga kiritish muhimdir. Tibbiyot talabalar va shifokorlari telemeditsina tibbiy bilim va bemorlar bilan amaliy ishlash sohasidagi asosiy kompetensiyalarni rivojlantirishga hissa qo'shishini ta'kidlashadi. Telemeditsina texnologiyalari ta'lim maqsadlariga erishishga olib boradi, o'qituvchining vazifasi esa ushbu yangi texnologiyalardan samarali foydalangan holda o'qitishni hamkorlikdagi, individuallashtirgan va keng imkoniyatlarni yaratuvchi jarayonga aylantirishdir. Shunday qilib, so'rov natijalarini tahlil qilish asosida universitet miqyosida teletibbiyotni rivojlantirishni ta'minlash maqsadida quyidagilarni taklif qilamiz: – talabalar – bo'lajak oilaviy shifokorlar uchun tibbiy texnologiyalardan foydalanishning nazariy va amaliy asoslari bo'yicha o'quv dasturlarini ishlab chiqish. teletibbiyot xizmatlari (tibbiy maslahat, monitoring va boshqalar); – kompyuter savodxonligini oshirish va teletibbiyot texnologiyalari bilan ishlash ko'nikmalariga ega bo'lish uchun guruhlarini o'qitishning barcha shakllari va usullaridan keng foydalanish.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ARG506GLN ГЕНА КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА V (ЛЕЙДЕНСКАЯ МУТАЦИЯ) У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АБДУГАНИЕВА Э.А., ЛИВЕРКО И.В.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан*

Тромбофилические события являются частой причиной госпитализаций и смертности у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). С точки зрения профилактики тромбозов имеет значение определение встречаемости полиморфизмов и мутаций врожденных генов тромбофилии среди данной категории пациентов.

Целью нашего исследования было изучение частоты встречаемости полиморфизма Arg506Gln гена коагуляционного фактора V (Лейденская мутация) у больных ХОБЛ.

Коагуляционный фактор V, вместе с другими факторами, формирует комплекс, называемый протромбиназой, который превращает протромбин в тромбин. Активированный протеин C расщепляет активированный фактор V и тем самым препятствует неуправляемому расширению процесса

свертывания крови. При наличии полиморфизмов данного гена фактор V становится резистентным к воздействию протеина C, что ведет к необратимым процессам тромбообразования.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 92 пациента с ХОБЛ и контрольная группа здоровых лиц (n = 150). Все пациенты были мужчинами и представителями узбекской популяции. Образцы ДНК, выделенные из этих групп, были генотипированы с помощью метода ПЦР и полиморфизма длин рестрикционного фрагмента (ПДРФ). Полиморфизм Arg506Gln (1691 G>A) (Лейденская мутация) происходит в результате замены аргинина на глутамин в позиции 506, обусловленной заменой гуанина на аденин, в позиции 1691 фактор V становится резистентным к воздействию активированного протеина C (APC-

резистентность). Для развития резистентности к активированному протеину С достаточно наличия даже одного измененного аллеля (аутосомно-доминантный тип наследования). Проведено генотипирование по генотипам AA, AG, GG полиморфизма Arg506Gln гена коагуляционного фактора V.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ распределения частот генотипов полиморфизма Arg506Gln гена коагуляционного фактора V выявил статистически значимые различия между общей группой больных ХОБЛ и здоровыми лицами (старше 40 лет). Мутационный аллель Gln встречался в группе больных в 9,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Мутационный генотип как в контрольной группе, так и группе больных ХОБЛ не был обнаружен. Встречаемость

гетерозиготного генотипа Arg/Gln в контрольной группе равнялась 1,9%, тогда как в группе больных ХОБЛ этот показатель составил 20,7% ($p \leq 0,001$).

Выводы. Согласно результатам исследования установлено, что предрасполагающий к тромбозам мутантный аллель Gln, а также генотип Arg/Gln гена коагуляционного фактора V встречался достоверно чаще среди пациентов ХОБЛ по сравнению с здоровой группой лиц, что может служить обоснованием генотипической опосредованности наличия высокой частоты тромбофилических состояний у данной группы больных. Установление генотипической карты больных ХОБЛ могло бы послужить эффективной профилактической мерой в выделении групп риска и ведении профилактики тромбозов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ В ИСХОДЕ КОВИД-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ.

АБДУЛЛАЕВА Г.Б., КОЖЕВНИКОВА М.В., ФОМИНЫХ Е.В., АВДЕЕВ С.Н., БЕЛЕНКОВ Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Цель работы. Опыт применения длительной глюкокортикоидной терапии в сочетании с высокими дозами N-ацетилцистеина в лечении интерстициального поражения легких в исходе тяжелой ковид-ассоциированной пневмонии в постковидном периоде.

Материалы и методы. Пациент Д., 68 лет, поступил в отделение пульмонологии спустя 2 месяца после начала острой фазы заболевания с жалобами: на одышку в покое и при минимальной физической нагрузке (смена положения тела), потребность в кислородотерапии со скоростью подачи 8-9 л в минуту, сердцебиение, общую слабость, неспособность к самообслуживанию. Из анамнеза: Курение и профессиональные вредности отрицает. С 2000 г. страдает бронхиальной астмой легкого течения. 06.02.21. проведен 1 этап вакцинации вакциной Гам-КОВИД-Вак. С 16.02. повысилась Т тела до 38 °С с ознобом, в дальнейшем появился кашель, одышка при ходьбе. Была выполнена КТ ОГК, при которой выявлена картина двусторонней пневмонии с объемом поражения 75% – правое легкое, 25–50% – левое легкое (рисунок 1). 23.02. госпитализирован в инфекционное отделение УКБ №4 ПМГМУ им. И.М. Сеченова, где находился на лечении с 23.02.21. по 06.04.21., двукратно получен положительный результат ПЦР-исследования на SARS-COV-2. Течение заболевания тяжелое, протекающее с явлениями выраженной дыхательной недостаточности. С

целью купирования цитокинового шторма на 2 сутки поступления вводился олокизумаб 160 мг x 2 раза в сутки, в дальнейшем применялись высокие дозы СГК (метилпреднизолон 1000-500-250-125 мг, дексаметазон), антикоагулянтная и антигипертензивная терапия, проводилась респираторная поддержка (НИВЛ+O₂) в течение 23 дней. На десятый день пребывания в стационаре отрицательная динамика в виде усиления одышки, нарастания дыхательной недостаточности, увеличения объема поражения легких до 80–85% (рисунок 2), однократно вводился тоцилизумаб 800 мг. В связи с сохраняющейся дыхательной недостаточностью, астеническим синдромом был переведен в пульмонологическое отделение УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. При контрольной КТ ОГК сохраняется большой объем поражения легких до 80%, с формированием фиброзных изменений. На момент поступления: общее состояние тяжелое. Пониженного питания ИМТ-19 кг/м². Сатурация O₂ на фоне кислородотерапии со скоростью 8-10 л в мин 98%, на атмосферном воздухе в покое снижалась до 80%. Пациент не способен к самообслуживанию. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной влажности, снижение тургора кожи. Цианоз губ и кончиков пальцев. Пастозность голеней и стоп. Отмечалась гипотрофия мышц. Дыхание через нос не затруднено. ЧДД 28–30 в мин. Тип дыхания смешанный, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Над легкими аускультативно: дыхание

везикулярное ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС=Ps=96уд. в мин. АД 125/60 мм рт. ст. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный. Нижний край печени у реберной дуги. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Очаговой симптоматики нет. На 3 день госпитализации у пациента развилась острая задержка мочи, выполнена катетеризация мочевого пузыря. При исследовании газов артериальной крови отмечалась гипоксемическая дыхательная недостаточность: pO_2 : 42,5 мм.рт.ст.; pCO_2 33,1 мм.рт.ст.; pH: 7,518 \pm ; sO_2 : 83,7%. В клиническом анализе крови эритроцитоз RBC: $6,05 \cdot 10^{12}/л$; Hb – 186 г/л; PLT: $126 \cdot 10^9/л$; WBC: $4,7 \cdot 10^9/л$; Лимфоциты: $2,4 \cdot 10^9/л$; Нейтрофилы: $2,1 \cdot 10^9/л$; СОЭ-5 мм/ч. В биохимический анализ крови: снижение уровня иммуноглобулинов (IG A: 0,37 г/л; IG G: 2,6 г/л; IG M: 0,58 г/л), гипопротейнемия (общий белок 41,4 г/л) и гипоальбуминемия (альбумин 26,9 г/л), гипокалиемия (калий: 3,9 ммоль/л), повышение уровня ЛДГ: 637 ед/л; умеренное повышение С-реактивного белка (10,98 мг/л). При комплексном исследовании функции внешнего дыхания: нарушение вентиляции легких по рестриктивному типу. ОФВ1/ФЖЕЛ-87%. ОФВ1-74%. Статические легочные объемы снижены: ОЕЛ – 52%, ЖЕЛ – 58%, ООЛ – 48%, ФОЕ – 67%. Бронхиальное сопротивление не увеличено. Выраженное нарушение диффузионной способности легких DLCO – 20%. DLCO/VA – 47%.

По данным ЭХО-КГ признаки легочной гипертензии (СДЛА 53–57 мм рт.ст.), при отсутствии дилатации камер сердца, ФВ 59%, клапанной патологии не выявлено.

Учитывая сохраняющиеся интерстициальные изменения в легких, выраженную дыхательную недостаточность, назначена терапия метилпреднизолоном 16 мг в сутки, N-ацетилцистеин 1800 мг, проводилась кислородотерапия (8-10 л в мин).

Продолжена антикоагулянтная (эноксапарин в лечебных дозах с переходом на ривароксабан 20 мг), ритмурежающая (бисопролол 5 мг, ивабрадин 5 мг/сут), заместительная альбуминотерапия, нейропротективная терапия (нейронтин, мильгамма, витамины группы В). На фоне проводимой терапии отмечен регресс явлений дыхательной недостаточности, пациент выписан из стационара спустя 40 дней. На момент выписки потребность в кислородотерапии снизилась до 2–3 л в мин, продолжена стероидная терапия с постепенным снижением дозы метилпреднизолона до 8 мг в сутки, N-ацетилцистеин 1800 мг в сутки, ривароксабан 10 мг в течение 3 месяцев. Спустя месяц после выписки из стационара потребность в кислородотерапии отпала, наблюдалось увеличение физической активности, восстановление массы тела.

Результаты. При контрольном обследовании через 3 месяца после выписки из стационара отмечено увеличение показателей вентиляционной функции легких: ФЖЕЛ до 80%, ОЕЛ – 67% от долж, ООЛ – 53%, несмотря на это сохранялось выраженное снижение диффузионной способности легких DLCO – 28%. DLCO/VA – 50%. При контрольном ЭХО-КГ признаков легочной гипертензии не выявлено. По данным КТ ОГК повысилась пневматизация легочной ткани, объем поражения снизился до 60%, сохранялись ретикулярные изменения и линейные участки уплотнения (рисунок 3).

Выводы. Опыт применения длительного курса системных глюкокортикоидов в сочетании с высокими дозами N-ацетилцистеина в лечении интерстициального поражения легких в исходе тяжелой ковид-ассоциированной пневмонии продемонстрировал положительный клинический эффект в виде регресса дыхательной недостаточности, улучшения функциональных показателей легких и уменьшения выраженности рентгенологических изменений.



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕКАРДИОЛОГИИ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

АЛЛАБЕРДИЕВ А.А., ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О., ГУРБАНОВ В.А.

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

Актуальность. Сегодня развитие телекардиологии в Туркменистане включено в список национальных приоритетов. Применение и развитие телекардиологии во врачебной практике обусловлено необходимостью обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания населения в удаленных и труднодоступных населенных пунктах, из-за климатических условий, лишенных медицинской помощи, например, в пустынных районах Каракумов, где нехватка кардиологов и кардиохирургов, отсутствие необходимого оборудования и возможностей проведения сложных методов анализа и лечения ощущается особенно остро.

Цель работы. Изучить перспективы развития телекардиологии в Туркменистане

Материалы и методы. Телекардиология подразумевает использование телекоммуникаций для связи кардиологов и кардиохирургов с клиниками, больницами, врачами, оказывающими первичную помощь, пациентами, находящимися на расстоянии, с целью диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии.

Результаты. Использование технологий телекардиологии снижает необходимость поездки к лечащему врачу и позволяет осуществлять постоянный контроль за состоянием пациентов, что значительно снижает стоимость лечения. Одновременно телекардиология способна значительно повысить уровень медицинского обслуживания. Важной составляющей телекардиологии является использование специализированных медицинских технологий, к категории которых относятся системы ввода медицинских данных, например, подключение к информационной системе измерительных приборов, систем оперативного анализа и контроля за лечебно-диагностическим процессом, систем автоматизированного ведения медицинской карты пациента. Системы видеоконференций используются во многих зарубежных и отечественных телемедицинских проектах в учебных целях, для консультирования по поводу различных медицинских и социально-медицинских ситуаций. Кардиологи и кардиохирурги могут в реальном времени обсуждать результаты анализов, пла-



нирывать операции, контролировать проводимые процедуры, т.е. достигается эффект «виртуального присутствия».

Заключение. Создание региональных компьютерных сетей и телекардиологических центров в каждом велаяте поможет в формировании единого информационного пространства по отдельным

направлениям медицины на региональном и общегосударственном уровне. Это позволит решать лечебно-диагностические и информационно-консультативные задачи, поможет в мониторинге состояния здоровья населения и, в конечном счете, улучшить качество жизни каждого гражданина Туркменистана.

ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

БЕРДЫЕВА М.Э., АННАДУРДЫЕВА М.О., АННАОРАЗОВА Д.К., ЧАРЫЕВА Г.К., АННАРЕДЖЕПОВА Ж.Х.

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

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, проявляющееся рассеянной симптоматикой и являющееся одной из частых неврологических причин стойкой инвалидности в возрастной группе от 18 до 45 лет.

Цель исследования. Изучить роль щитовидной железы в механизме развития РС.

Материалы и методы исследования. Клинико-нейровизуализационные и лабораторные исследования проводились на базе Лечебно-консультативного центра им. С.А. Ниязова совместно с кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Государственного медицинского университета Туркменистана им. М. Гаррыева. Функциональное состояние щитовидной железы изучено у 32 больных РС. Из них 20 женщин, 12 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет. Длительность заболевания от 1 месяца до 25 лет. Пациенты были распределены на группы в зависимости от степени тяжести, характера течения и длительности заболевания. Контрольную группу составили здоровые лица (66 человек) в возрасте от 18 до 45 лет.

Функцию щитовидной железы оценивали по уровню тиреотропного гормона (ТТГ) трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4), определяемых радиоиммунологическим методом с использованием стандартных тест-наборов фирмы Corning (США).

Результаты исследования. При определении уровня ТТГ в сыворотке крови указывает на его

увеличение у больных РС. Достоверное увеличение его наблюдалось лишь у больных с I-II степенью тяжести ($4,92 \pm 0,4$ мед/л, $P \leq 0,5$), тогда как при более тяжелых формах его уровень не отличался от значений в контрольной группе. Такие же изменения выявлены нами и при рассмотрении показателей этого гормона у пациентов с различной длительностью болезни. То есть, более высокий уровень имели больные с продолжительностью РС до 5 лет ($4,90 \pm 0,98$ Мед/л, $P \leq 0,5$) с постепенной тенденцией к нормализации его в группах пациентов с давностью болезни от 5 до 10 лет ($14,47 \pm 0,44$ мед/л) и свыше 10 лет. В то же время, независимо от стадии и характера течения, концентрация ТТГ в сыворотке крови обследованных больных была одинаковой.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют, что функция щитовидной железы у больных рассеянным склерозом не нарушается. Низкий уровень Т3 в крови обследованных, видимо, является следствием изменения периферического метаболизма тиреоидных гормонов, связанного с иммунопатологическим процессом и аутоиммунным поражением органов, участвующих в периферической дейодинации тироксина. Следовательно, полученные нами данные расширяют и углубляют представления о патогенезе рассеянного склероза и могут быть использованы для разработки лечебных мероприятий и оценки тяжести заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТОВ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ»

ГЕЛЬДИЕВА Ш.А., КЕРИМОВА М.Д.

*Государственный медицинский университет Туркменистана
имени М. Гаррыева, г. Ашгабад, Туркменистан*

Цель работы. Изучить воздействие процессов Моллакаринских грязевых аппликаций и диадинамотерапии, используемых при лечении хронического холецистита в условиях санатория «Берзенги». Лечебные мероприятия направлены на купирование воспаления и устранение двигательных расстройств в желчном пузыре, нормализуя отток желчи. В последние годы в лечении больных хроническим холециститом все активнее используют Моллакаринские грязевые аппликации. Способность Моллакаринской грязи оказывает противомикробное и противовоспалительное действие. Также является важным физическим фактором диадинамотерапия. Этот метод лечения оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, антиспастическое действие, улучшает моторную функцию желчного пузыря.

Материалы и методы. Под нашим контролем находилось 40 пациентов, получавших лечение в санатории «Берзенги». Диагноз был поставлен на основании объективных и субъективных данных, УЗИ (ультразвуковое исследование) обследования, рентгенологического обследования, общем и биохимическом анализе крови. Всем пациентам была назначена диадинамотерапия и Моллакаринские грязевые аппликации. В процессе диадинамотерапии электроды располагают поперечно над областью проекции желчного пузыря и паравертебрально справа на уровне Th_{x-xi}, частотой 50–100 герц. Продолжительность процесса соста-

вила 10–15 минут на 3–5–8 день лечения, общей продолжительностью 10–14 дней. В процессе пелоидотерапии на область нижней части правого ребра сегментально была наложена глина, температурой 40–44 °С. Продолжительность лечения составила 8–10 минут и последовательно увеличивая время – 20 минут каждый день или сутки, общей продолжительностью 10–12 дней.

Результаты. Для определения эффективности лечения было проведено сравнение симптомов клинического течения болезни и результатов проведенного обследования. После введения и проведения таких процессов, как диадинамотерапия и Моллакаринские грязевые аппликации в условиях санатория «Берзенги», у пациентов наблюдалось регулирование диспепсических симптомов. У 30 пациентов (75%) был достигнут хороший результат, у 10 (25%) – удовлетворительный. При проведении лечения с использованием диадинамотерапии и Моллакаринских грязевых аппликаций никакого вредного воздействия не наблюдалось.

Выводы. Введение и проведение таких процессов, как диадинамотерапия и пелоидотерапия способствуют урегулированию и положительному воздействию на хронический холецистит. Результаты применения таких процессов, как диадинамотерапия и пелоидотерапия при лечении хронического холецистита дает основание для широкого использования данного метода лечения в медицине.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЕМ СЕРОВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ

ГЕЛЬДИЕВА Ш.А., ХУДАЙБЕРДИЕВА ДЖ.П., ДЖЕМШИДОВ А.

*Туркменский государственный медицинский университет
имени Мырат Гаррыева, г. Ашгабад, Туркменистан*

Актуальность. Дискинезия желчевыводящих путей – функциональное заболевание, связанное с нарушением поступления желчи в двенадцатиперстную кишку из-за расстройства моторики мышечного аппарата желчевыводящих путей. У пациентов дискинезия желчевыводящих путей характеризуется широкой распространённостью (30–40%). Ведущая роль в развитии дисфункциональных расстройств принадлежит психоэмоциональным

перегрузкам, стрессовым ситуациям. Дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди могут быть проявлениями общего невроза. В клинической картине выделяют болевой, диспепсический, холестатический и астеновегетативный синдромы. Всё более широкое распространение в практической медицине приобретает использование естественных и преформированных физических факторов.



Цель. Изучить сочетание эффективности гальваногрязелечения и сероводородной минеральной воды в терапии дискинезии желчевыводящих путей.

Материалы и методы. В условиях водолечебницы «Берзенги» были исследованы 43 пациента с дискинезией желчевыводящих путей (мужчины 18 (41,8%), женщины 25 (58,1%) в возрасте 18–55 лет, продолжительностью заболевания 1,5–6 лет. Диагноз поставлен на основании объективных и субъективных данных, ультразвукового исследования желчного пузыря и рентгенологического обследования. Всем пациентам проведены гальваногрязелечение по общепринятой методике и назначена сероводородная минеральная вода для приёма внутрь в течение 15 дней, из расчёта 3 мл на 1 кг веса, за 30–60 минут до еды, термально (40–42°C). Гальваногрязелечение с действием тока 10 мА проведено с расположением электрода на участок желчного пузыря. Длительность про-

цедуры 15 минут, продолжительность лечения непрерывно 15 дней.

Полученные результаты. При лечении дискинезии желчевыводящих путей в условиях лечебницы «Берзенги», после совместного применения сероводородной минеральной воды и гальваногрязелечения у больных наступила нормализация диспептических симптомов. Почти у большинства больных были получены положительные результаты лечения. У 35 (81,3%) пациентов были хорошие результаты, у 5 (11,6%) пациентов удовлетворительные результаты, только у 3 (6,9%) пациентов не было изменений из-за несерьёзного отношения к процедурам.

Выводы. Комбинированное применение сероводородной минеральной воды и гальваногрязелечения, оказывая благоприятный лечебный эффект, приводит к нормализации дискинезии желчевыводящих путей и даёт основание широкого применения данного метода в практической медицине.

ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАЕМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЛАКАРИНСКОЙ ГРЯЗИ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

КЕРИМОВА М.Д. , ГЕЛЬДИЕВА Ш.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана
имени М. Гарыева, г. Ашгабад, Туркменистан*

Цель работы. Изучение значения сочетаемости применения Моллакаринской грязи и иглорефлексотерапии при лечении плечелопаточного периартрита. Одним из современных и широко распространенных методов лечения плечелопаточного периартрита является Моллакаринская грязь. Механизм лечебного воздействия Моллакаринской грязи на организм связан с формированием выраженного спазмолитического, трофического, вазоактивного, репаративно-регенераторного, противовоспалительного, анальгезирующего, метоболического, иммуностимулирующего эффектов. Другим активно применяемым методом реабилитации при боли в плече является иглорефлексотерапия. С помощью рефлексотерапии в очаге поражения и вокруг него восстанавливается микроциркуляция кровотока и лимфообращения, снимаются мышечный спазм и отечность тканей, снижается интенсивность болевого синдрома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе Санатория «Берзенги» получали лечение 31 больной с плечелопаточным периартритом, в возрасте 20–60 лет; из них мужчин – 12 человек, женщин – 19. Основные жалобы больных были в области плечевого сустава при движении и ограниченности движения, затруднение и болезненность кругового движения руки. Диагностика заболевания осуществлялась на основании объективных и субъективных данных, результатов МРТ

(магнитно-резонансной томографии), показателей углометрии и динамометрии. Все больные в области пораженного сустава (на площади 10–15 см, а иногда до 20 см площади) получали аппликацию Моллакаринской грязи. Продолжительность процедуры 20–30 минут, курс лечения 10–15 процедур. Иглорефлексотерапия проводилась тонизирующим методом. Курс лечения 7–10 процедур. Иглы ставились в области воротниковой зоны и плечевого сустава на следующие точки: IG-9, IG-13, TR-12, TR-14, GI-11, GI-12, GI-14, GI-15, P-5, P-7.

Результаты. Почти у всех больных получены положительные результаты, т.е. уменьшились болевые синдромы и ограниченность движения. У 18 (58,1%) больных боли исчезли, у 12 (38,7%) – боли уменьшились, у 1 (3,2%) больного – положительного эффекта не было. Несмотря на различные виды патологических процессов, вызывающих болевой синдром в области плеча, лечение Моллакаринской грязью и иглорефлексотерапией является одним из основных мероприятий по реабилитации и восстановлению нормальной двигательной активности этого сустава.

Вывод. Таким образом, грязелечение и иглорефлексотерапия являются эффективным лечебным методом физиотерапии и рекомендуются для широкого применения лечения плечелопаточного периартрита.

**УПРАВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ СОБЫТИЯМИ В КЛИНИКЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА****КУЩ О.В., ДАНИЛЬЧЕНКО Я.В.****ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия**

Цель. Разработать и внедрить модель управления нежелательными событиями (НС) в клинике учреждения.

Методы исследования. Аналитический, моделирования, экспертных оценок, наблюдения и опроса.

Результаты. Разработана и внедрена модель управления НС в виде четырехуровневой системы управления качеством оказания медицинской помощи (МП): 0-й уровень: контроль качества (КК) осуществляет лечащий врач; 1-й уровень: КК осуществляют заведующие отделениями; 2-й уровень: КК осуществляют заместитель главного врача по медицинской части, специалисты отдела качества, врачи – клинические фармакологи, госпитальные эпидемиологи, ответственные по направлениям внутреннего КК и безопасности; 3-й уровень: КК осуществляют главный врач, врачебная комиссия (ВК), совет по качеству Института. Внедрение системы управления НС в Институте проводилось поэтапно. На I этапе ведущими специалистами по основным направлениям деятельности разработан справочник НС с учетом специфики деятельности учреждения по группам: неинфекционные хирургические и госпитальные НС, инфекции, связанные с оказанием МП, организацией ухода и сестринскими манипуляциями, нарушением идентификации, трансфузиологией, применением лекарственных препаратов и НС, объектами инфраструктуры. На II этапе определены методика и инструменты регистрации НС. Все НС, связанные непосредственно с пациентом, регистрируются в разделах медицинской информационной системы (МИС): в протоколах анестезии, оперативных вмешательствах, врачебных и сестринских манипуляций, в листах наблюдений за пациентом и пр. сотрудниками, принимающими непосредственное участие в оказании помощи пациенту. НС, связанные с объектами инфраструктуры, регистрируют на корпоративном портале учреждения в ПО «Сервисная служба»,

доступном любому сотруднику. В каждой группе НС выделены события, требующие немедленного реагирования: повторная операция, связанная с кровотечением или с неудачей первичной операции, инсульт и т.д. Классифицированы возможные исходы НС: излечение, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть вследствие НС, а также факторы управляемости НС: персонал, лекарственные препараты, оборудование, коммуникации. На III этапе утвержден порядок мониторинга НС. Контроль своевременности и полноты регистрации НС в МИС осуществляет лечащий врач, который по завершении случая разбора фиксирует его исход, формулирует окончательный диагноз. Заведующий отделением подтверждает каждый случай НС в МИС, определяет факторы управляемости. Сведения о каждом случае НС поступают в сводную таблицу мониторинга с расчетом относительных величин в виде доли НС в том или ином подразделении, доли вида НС в общем числе случаев. Мониторинг НС в непрерывном режиме осуществляет отдел качества Института. Специалисты отдела проводят тематические экспертизы качества оказания МП совокупности случаев НС (экспертная оценка случаев периоперационного инсульта, инфекции ложа электрокардиостимулятора и т.д.). Помимо этого, задача отдела заключается в проведении внутренних аудитов, в том числе в форме прямого наблюдения процессов, опроса пациентов и членов их семей. ВК рассматривает результаты для принятия управленческих решений. Сроки рассмотрения зависят от характера НС. Так, НС, представляющие угрозу жизни и здоровью пациента, разбираются незамедлительно, каждый случай отдельно. НС, не требующие немедленного реагирования, анализируются не реже 1 раза в квартал.

Вывод. Таким образом, в учреждении разработана и внедрена методология, позволяющая осуществлять учет, мониторинг и управление рисками развития НС.



ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАЛЮМИНАЛЬНОГО ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М.Н., БОЙКО Е.В., КОРЕНЬ Л.П., ХАСАНОВ Ш.Т.,
АБДУСАМАТОВ Н.Т., РАХМАТУЛЛАЕВ Б.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*

Цель работы. Изучение роли раннего обнаружения тромбозов почечной и нижней полой вены при почечно-клеточном раке на результаты хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование вошли результаты обследования и хирургического лечения 52 больных почечно-клеточным раком (ПКР) с опухолевым тромбом магистральных сосудов. Всем пациентам выполнена радикальная нефрэктомия с тромбэктомией. Возраст больных был в пределах от 18 до 73 лет (в среднем – 59,3±2,83 лет), в трудоспособном возрасте (до 60 лет) было 87% больных. Всем больным проведено стандартное общеклиническое обследование: лабораторные анализы, лучевая диагностика включала УЗИ органов брюшной полости, почек с доплерографией зоны интереса вовлеченных в процесс магистральных сосудов, эхокардиография, МСКТ с в/в контрастное усиление, МРТ органов брюшной полости, ПЭТ.

Результаты. Основной целью изучения магистральных сосудов явилось уточнение уровня поражения сосуда опухолевыми массами.

В исследованной группе больных на этапе диагностики показатели выявления опухолевого тромбоза были следующими: верхняя граница тромба располагалась ниже печеночных вен у 21 (51,9%), в подпеченочном сегменте у 10 (25%), в полости правого предсердия у 7 (17,3%), у 2 (5,8%) больных опухолевый тромбоз распространялся Т-образно с антеградным расположением. Размеры опухолевого узла у большинства пациентов 36 (68%) по данным УЗИ/МСКТ составляла ≥ 8 см. Поражение забрюшинных лимфоузлов диагностировано до операции в 16 наблюдениях, наличие опухолевых масс в сосудах до операции выявлено у 40 (76,5%) больных.

Обширная лимфаденэктомия как стандарт выполнения радикализма этих операций выполнена

всем пациентам. Лимфодиссекция начиналась от ножки диафрагмы и продолжалась вдоль нижней полой вены и аорты вплоть до их бифуркации. Иссечение забрюшинной клетчатки с лимфатическими узлами проводилось по методике en block, что уменьшало лимфорею в интраоперационном и в раннем послеоперационном периоде. У 12 (23%) больных опухолевый тромб обнаружен во время операции. У всех этих пациентов отмечались пораженные регионарные лимфоузлы в проекции почечного синуса. В связи с изменением объема операций увеличилась продолжительность операции и количество незапланированной интраоперационной кровопотери. 5 пациентам проведена кровозамещающая терапия. У одного больного в послеоперационном периоде наблюдался парез желудочно-кишечного тракта, успешно разрешившийся на фоне проводимой консервативной терапии и не повлекший нарушений метаболизма. Летальных исходов не отмечено. Всем пациентам с N+ после операции назначена иммуно-таргетная терапия.

Выводы. В ряде случаев асимптомное течение почечно-клеточного рака приводит к местному распространению опухоли и диагностируется поздно. Одним из таких вариантов течения опухолевого процесса является тромбоз почечной и нижней полой вены. Наиболее точными методами диагностики тромба при раке почки являются ультразвуковой с обязательным изучением сосудов, возможно вовлеченных в опухолевый процесс, МСКТ с в/в контрастным усилением, МРТ.

Дооперационная верификация тромбозов почечной и нижней полой вены при почечно-клеточном раке, проведение соответствующей дооперационной подготовки позволяет снизить риск осложнений и смертности при хирургическом лечении данного заболевания.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М.Н., БОЙКО Е.В., ХАСАНОВ Ш.Т., АБДУСАМАТОВ Н.Т., РАХМАТУЛЛАЕВ Б.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан*

Введение. Внедрение малоинвазивных видеоассистированных операций в лечении опухолевых заболеваний почек приводит к тем же онкологиче-

ским результатам, что и выполнение радикального вмешательства лапаротомным доступом.

Материалы и методы. В урологическом отделении РСНПМЦОиР за период 2018–2021 гг. лапароскопических операций на почке выполнено 247 пациентам. Из них на ранних стадиях нефрэктомии и резекций почки выполнена у 197 больных. В 9 случаях в связи с локализацией опухолевого узла в верхнеполюсном сегменте и его размером объем вмешательства расширен до радикальной нефрадреналэктомии. Все нефрэктомии выполнялись чрезбрюшинным доступом. В 3 случаях, учитывая размеры опухоли до 5 см, локализацию по задней поверхности почки, без признаков инфильтрации в чашечно-лоханочную систему и капсулу почки, лапароскопическая резекция выполнена забрюшинным доступом и без ишемии органа. Из 247 пациентов 51,67±4,08% составили мужчины, 49,33±4,08% – женщины. Средний возраст для мужчин составлял 56,0±1,02 года, для женщин – 61,0±2,47 года. Все пациенты обследованы в объеме стандартных клинико-лабораторных исследований, включая обязательную оценку функции почек.

Результаты. У 7 пациентов была выполнена паллиативная лапароскопическая нефрэктомия по жизненным показаниям. Причиной необходимости к данной операции явился комплекс, отягощающий общее состояние пациентов, а именно: не купируемая консервативными методами макрогематурия и постгеморрагическая анемия, выраженный болевой синдром, субфебрильная лихорадка. Продолжительность лап. нефрэктомии составляет от 43 до 85 мин, продолжительность резекции почки – от 65 до 120 мин. Средний объем кровопотери составил 150 мл. Трансфузия компонентов крови с заместительной целью потребовалась 5. пациентам: 1 – при отрыве почечной артерии, 1 – при тробэктомии из НПВ, и плазмозамещение

3 – после резекции почки. Основное кол-во интраоперационных осложнений зарегистрировано в 1-й год, так называемый период внедрения лапароскопических операций, и отмечено у 17 (6,8%) из 247 пациентов: дефект НПВ – 3 случая (в 1-м случае удалось своевременно установить гемостатический шов эндоскопически); ранение почечной вены – 5 случаев; отрыв надпочечниковой вены – 3 случая; отрыв почечной артерии – 2 (в 1-м случае удалось клипировать эндоскопически) дефект 12 п.к. – 1 случай; повреждение селезенки – 2 случая (в 1-м случае выполнена лап.спленэктомия); дефект диафрагмы – 1 случай. Конверсия выполнена у 4-х пациентов (1,6%), все случаи зарегистрированы в период первых 5 месяцев лапароскопической практики. Послеоперационные осложнения отмечались у 7 пациентов (все они разрешились). Средний послеоперационный койко-дней составил 6,2 дня. Летальных исходов не отмечено. За наблюдаемый период общая выживаемость достигла 100%, безрецидивная выживаемость равна 97,9% (у 4-х пациентов развились отдаленные метастазы, они по программе получают таргетную терапию).

Вывод. Таким образом, лапароскопические операции при локализованном раке почки в объеме резекции органа или радикальной нефрэктомии являются малоинвазивным и эффективным методом лечения ПКР. Радикализм оперативного пособия, короткий период пребывания в стационаре и время реабилитации пациента, уменьшение применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, косметический эффект – все это позволяет судить о несомненных преимуществах лапароскопической хирургии в лечении почечно-клеточного рака.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М.Н., БОЙКО Е.В., ХАСАНОВ Ш.Т., АБДУСАМАТОВ Н.Т., РАХМАТУЛЛАЕВ Б.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение. Внедрение малоинвазивных видеоассистированных операций в лечении опухолевых заболеваний почек приводит к тем же онкологическим результатам, что и выполнение радикального вмешательства лапаротомным доступом.

Материалы и методы. В урологическом отделении РСНПМЦОиР за период 2018–2021 гг. лапароскопических операций на почке выполнено 247 пациентам. Из них на ранних стадиях нефрэктомии и резекций почки выполнена у 197 больных. В 9 случаях в связи с локализацией опухолевого узла в верхнеполюсном сегменте и его размером объем вмешательства расширен до радикальной нефрадреналэктомии. Все нефрэктомии выполнялись чрезбрюшинным доступом. В 3 случаях, учи-

тывая размеры опухоли до 5 см, локализацию по задней поверхности почки, без признаков инфильтрации в чашечно-лоханочную систему и капсулу почки, лапароскопическая резекция выполнена забрюшинным доступом и без ишемии органа. Из 247 пациентов 51,67±4,08% составили мужчины, 49,33±4,08% – женщины. Средний возраст для мужчин составлял 56,0±1,02 года, для женщин – 61,0±2,47 года. Все пациенты обследованы в объеме стандартных клинико-лабораторных исследований, включая обязательную оценку функции почек.

Результаты. У 7 пациентов была выполнена паллиативная лапароскопическая нефрэктомия по жизненным показаниям. Причиной необходимо-



сти к данной операции явился комплекс, отягощающий общее состояние пациентов, а именно: не купируемая консервативными методами макрогематурия и постгеморрагическая анемия, выраженный болевой синдром, субфебрильная лихорадка. Продолжительность лап. нефрэктомии составляет от 43 до 85 мин, продолжительность резекции почки – от 65 до 120 мин. Средний объем кровопотери составил 150 мл. Трансфузия компонентов крови с заместительной целью потребовалась 5. пациентам: 1 – при отрыве почечной артерии, 1 – при тромбэктомии из НПВ, и плазмозамещение 3 – после резекции почки. Основное кол-во интраоперационных осложнений зарегистрировано в 1-й год, так называемый период внедрения лапароскопических операций, и отмечено у 17 (6,8%) из 247 пациентов: дефект НПВ – 3 случая (в 1-м случае удалось своевременно установить гемостатический шов эндоскопически); ранение почечной вены – 5 случаев; отрыв надпочечниковой вены – 3 случая; отрыв почечной артерии – 2 (в 1-м случае удалось клипировать эндоскопически) дефект 12 п.к. – 1 случай; повреждение селезенки – 2 случая (в 1-м случае выполнена лап.спле-

нэктомия); дефект диафрагмы – 1 случай. Конверсия выполнена у 4-х пациентов (1,6%), все случаи зарегистрированы в период первых 5 месяцев лапароскопической практики. Послеоперационные осложнения отмечались у 7 пациентов (все они разрешились). Средний послеоперационный койко-дней составил 6,2 дня. Летальных исходов не отмечено. За наблюдаемый период общая выживаемость достигла 100%, безрецидивная выживаемость равна 97,9% (у 4-х пациентов развились отдаленные метастазы, они по программе получают таргетную терапию).

Вывод. Таким образом, лапароскопические операции при локализованном раке почки в объеме резекции органа или радикальной нефрэктомии являются малоинвазивным и эффективным методом лечения ПКР. Радикализм оперативного пособия, короткий период пребывания в стационаре и время реабилитации пациента, уменьшение применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, косметический эффект – все это позволяет судить о несомненных преимуществах лапароскопической хирургии в лечении почечно-клеточного рака.

КАРДИО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М.Н., АБДУРАХМОНОВ Д.К., БОЙКО Е.В., ХАСАНОВ Ш.Т., АБДУСАМАТОВ Н.Т., МАХКАМОВ Т.Х., ГАИПОВ Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены (НПВ) и правого предсердия.

Материалы и методы. За 2004–2022/08 гг. в РСНПМЦОиР РУз выполнено 1158 нефрэктомий, из них 181 (15,6%) нефрэктомии с тромбэктомией.

У 89 (49,2%) больных опухолевый тромб определялся в каваренальном сегменте НПВ, у 37 (20,4%) тромбоз – в подпеченочном сегменте, у 32 (17,6%) – в ретропеченочном отделе. У 23 (12,7%) пациентов тромб располагался в правом предсердии. У всех пациентов выполнялось УЗИ органов брюшной полости, почек, сердца, доплерография интересующих сосудов, КТ легких. Последние три года такой категории больным для выявления отдаленных метастазов выполнялась ПЭТ. Для определения уровня тромба проводилась МРТ и КТ с 3D-реконструкцией. После проведенной дооперационной подготовки у всех пациентов показатели лаб.анализов соответствовали норме. У 37 (20,4%) пациентов диагностирован (N+). У 14 (7,7%) обнаружены единичные отдаленные метастазы,

которым в последующем выполнена метастазэктомия с назначением иммуно-таргетной терапией.

Результаты. Всем пациентам выполнена радикальная нефрэктомия с тромбэктомией из НПВ и предсердия. Во всех случаях первым этапом выполнялась расширенная лимфадиссекция НПВ и брюшной аорты на уровне от диафрагмы до бифуркации последних. В случаях тромбоза подпеченочного сегмента НПВ и выше операция начиналась с мобилизацией правой почки, независимо от стороны пораженной почки. При поддиафрагмальных тромбах после перевязки мелких печеночных вен и пережатии над уровнем тромба верхних и нижних отделов НПВ, вены противоположной почки, выполнялась резекция НПВ с извлечением тромботических масс. Аналогичным способом с помощью катетера фoley извлекался опухолевый тромб над диафрагмой в подсердечном сегменте НПВ. В случаях наличия опухолевого тромба в правом предсердии мы использовали вариант шунтирования правых отделов сердца с канюляцией ВПВ и НПВ и направлением кровотока с помощью насоса в легочную артерию.

При этом правые отделы сердца полностью отключаются от кровообращения. У 31 пациента с признаками инвазии в сосуд НПВ резецирована с ушиванием ее дефекта. Из них в 2 случаях из-за полной инвазии участка НПВ выполнена резекция сегмента магистрала с наложением анастомоза конец в конец. И в 2-х случаях – субтотальная кав-эктомия. Продолжительность операции составила от 3,5 до 11 часов. Средняя продолжительность 5,7 часа. Общая кровопотеря составила от 260 мл до 6 литров. Общее количество осложнений после тромбэктомии составило 26%. 1 случай острого тромбоза нижней конечности. 3 смертных случая: 2 в связи с тромбоэмболией, 1 в связи с развившимся ДВС синдромом. 57 (14%) пациентов

достигли 5-летней выживаемости, 23 (12,7%) больных пережили 10-летний порог.

Выводы. Объем операции при интратюмиальной опухоли зависит от уровня распространения опухолевого тромба. На этапе организованной работы двух полей опытных хирургов и анестезиологов-реаниматологов выполнение хирургических вмешательств на НПВ с удалением опухолевого тромба из магистральных сосудов и предсердия, сопровождающееся обильным кровотечением, не приводит к большому количеству ранних послеоперационных осложнений. Радикальная нефрэктомия с полным удалением опухолевых масс из НПВ и правого предсердия показывает хорошие результаты локального контроля местно-распространенных форм рака почки.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

*ТРИПОТЕНЬ М.И., ПОГОРЕЛОВА О.А, КУЧИЕВ Д.Т.,
АУШЕВА А.К., ПОГОСОВА Н.В., БАЛАХОНОВА Т.В.*

ФГБУ НМИЦ кардиологии им. академика Е.И. Чазова МЗ РФ, г. Москва, Россия

Целью нашего исследования являлась оценка частоты возникновения тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей у больных коронавирусной инфекцией COVID-19 в период заболевания и в течение полугода после госпитализации.

Материалы и методы. Все пациенты были обследованы в нашем COVID-стационаре с 15 апреля по 15 июня 2020 года. Показаниями для ультразвукового исследования (УЗИ) вен нижних конечностей являлось: значительное повышение уровня D-димера (более чем в 5-6 раз, или более 3мг/мл, или более 2500 нг/мл); нарастание уровня D-димера в последующих анализах крови (оценивается индивидуально); наличие клинической симптоматики ТГВ; постельный режим более 5 дней; пребывание в блоке интенсивного наблюдения (БИН) более 3 дней.

Результаты. В исследование было включено 114 пациентов (51% мужчины), которым, в соответствии с показаниями, было проведено УЗИ вен нижних конечностей. ТГВ был выявлен у 31 пациента (27%), из которых 54,8% составили проксимальные тромбозы, 38,7% – дистальные. Больные с ТГВ были достоверно старше ($72 \pm 16,19$ против 67 ± 13 лет, $p=0,05$), среднее число дней госпитализации было достоверно больше ($21,8 \pm 9,8$ против $18 \pm 7,2$ дня, $p=0,03$) по сравнению с пациентами без тромбоза. Частота летальных исходов у пациентов с ТГВ за время госпитализации составила 19%, 6 из 31 пациента (против 7% (6 из 83) у пациентов без тромбоза,

$p=0,02$). Пациенты с ТГВ достоверно чаще находились в БИН (26% против 8,4% $p=0,03$) и на постельном режиме (45% против 21,7% $p=0,02$). Пациенты с ТГВ в анализах крови имели достоверно более высокие уровни СРБ (145,9 [62,7; 161,3] против 90,6 [41,7; 150,9], $p=0,06$ (мг/л)), D-димера (2596 [1416; 4395] против 1000 [469; 2500], $p<0,001$ (нг/мл)), АЧТВ (51,95 [36,25; 79,95] против 36,6 [29,8; 44,6] $p<0,02$ (сек)). ROC-анализ показал, что значение D-димера 2497нг/мл с чувствительностью 62,1% и специфичностью 74,1% предсказывает развитие тромбоза (площадь под ROC кривой 0,707, 95% ДИ 0,61-0,79 ($p<0,001$)). После выписки из стационара через 3-6 месяцев обследовано 91 из 102 выписанных пациентов. Выявлен 1 новый случай тромбоза; умерло 26,9% (5 из 19 пациентов) группы с ТГВ, против 7% (5 из 72) у пациентов без тромбоза ($p=0,05$).

Выводы. Частота выявления тромбоза в исследуемой группе больных COVID-19 составила 27%. К факторам риска возникновения ТГВ можно отнести: пребывание пациента в БИН и постельный режим. Значение D-димера 2497 нг/мл с чувствительностью 62,1% и специфичностью 74,1% предсказывает развитие ТГВ на госпитальном этапе. У пациентов, перенесших ТГВ в остром периоде, установлена высокая (26,9%) частота смертельных исходов в период отдаленного наблюдения после госпитализации по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19.



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19

ТУХТАБАЕВ А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние внутривенного кровотока, выявить возможные гемодинамические и анатомо-функциональные изменения в левых отделах сердца плода путём эхокардиографии.

Материалы и методы. Проведено ультразвуковое исследование с доплерометрией плаценты в III триместре 91 беременной, которые были разделены на 3 группы, из которых 67 женщин перенесли COVID-19 во время беременности. I (n=24) группа беременных, перенесших COVID-19 и не имеющих осложнений на сердечно-сосудистую систему. II (n=36) группа беременных, перенесших во время беременности ОРВИ, после которого развился миокардит. III (n=31) группа беременных, перенесших COVID-19, после которого развился миокардит. Данная серия наблюдений была выполнена на аппарате Hitachi-aloка prosound alpha 6 (ALOKA, Япония) с использованием конвексно-дуплексного датчика 3,5-5 МГц.

Результаты исследования. Внутривенный кровоток представляет интерес у данной категории исследуемых в связи с определением нарушения маточно-плацентарного кровотока и его взаимосвязью для выявления причин, которые приводят к синдрому задержки развития плода.

В I группе число плацентарных сосудов на единицу площади (VI) было максимальным по отношению к другим группам исследования ($p>0,05$), при этом объем кровотока (VFI) был сопоставим со II группой; выявлено повышение индексов с увеличением количества сосудов и объема кровотока на 61 и 62,4%; показатели кровотока были наиболее интенсивными в центральной зоне.

Во II группе выявлено повышение индексов с увеличением количества сосудов (на 71 и 32% соответственно) и объема кровотока (на 100%), и показатели кровотока были наиболее интенсивными в центральной зоне.

В III группе выявлено некоторое увеличение количества сосудов и объема кровотока в центральной зоне, с уменьшением интенсивности кровотока в центральной, парацентральной и краевых зонах по отношению к I группе на 14, 135 и 92% соответственно ($p>0,05$).

Выводы. Гемодинамические изменения, которые были определены при внутривенной доплерометрии в нашем исследовании, показывают адаптационные возможности самой плаценты на фоне нарушения гемодинамики в маточно-плацентарном русле, путём ускорения кровотока в центральной части плаценты.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗИСЫ

**«ОТ ПРОФИЛАКТИКИ ДО ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ:
ДОСТУПНАЯ КАРДИОЛОГИЯ ВО ВСЕХ РЕГИОНАХ СТРАНЫ»(ХИВА – 2022)
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

<i>Abdulayeva K.KH., Bakhriddinova N.M., Kodirov Kh.N.</i> THE SEVERITY OF BENDOPNEA AS A PROGNOSTIC MARKER OF DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE <i>Scientific supervisor-candidate of medical sciences, associate professor Uzbekova N,R department of faculty therapy Andijan state medical institute</i>	3
<i>Daminova K.M., Alieva R.B., Asrarova Z.D., Yusupova D.D., Akhmedova Sh.S., Khoshimov Sh.U., Shek A.B.</i> DYNAMICS OF BLOOD LIPIDS AND PCSK9 IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND HETEROZYGOUS FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA. <i>RSSPCC, Tashkent Uzbekistan</i>	4
<i>Kodirov Kh.N., Abdulayeva K.KH, Bakhriddinova N.M., Uzbekova N,R.</i> THE ROLE OF METABOLIC THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE <i>Andijan state medical institute</i>	5
<i>Makhamova M.M., Nurillaeva N.M.</i> ANALYSIS OF CLINICAL AND LABORATORY DATA ASSOCIATED WITH ADVERSE OUTCOMES IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION DUE TO NEW CORONAVIRUS INFECTION <i>Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan</i>	6
<i>Namozov X.S.</i> NEOCUSPIDIZATION OF AORTIC VALVE IN THE MODERN STAGES <i>Karshi branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology</i>	6
<i>Saiganov V.I.</i> ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS COMPLICATED WITH HIGH PULMONARY HYPERTENSION <i>Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology and Cardiac Surgery of the Aral Sea Region, Khorezm Region, Republic of Uzbekistan</i>	7
<i>Saidov M.A., Achilova Sh.S., Kushnazarov R.S.</i> DAPAGLIFLOZIN IN MILD HEART FAILURE REDUCED OR STORED EJECTION FRACTIONREPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL <i>Medical Center for Cardiology Samarkand branch</i>	8
<i>Абдуллаев Т.А., Худойбергенов О.К., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш., Мирзарахимова С.Т.</i> ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПКМП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	8
<i>Амиркулов Р.Ж., Фозилов Х.Г., Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Султанов Б.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОСТОРОННИМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ (ДПЖС) <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	9
<i>Бекметова С.И., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	10
<i>Бекташев И.И., Кодирова Г.И.</i> РОЛЬ «ТАЙМЕРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО КОРОБКА» В ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Андижанский государственный медицинский институт</i>	10



<i>Зикриллаев Ф.А., Рахматова Д.Б.</i> ҚАРИЯЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИ АСОРАТЛАРИ <i>Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон</i>	11
<i>Кароматов С.И.</i> ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ <i>Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии</i>	12
<i>Қурбонов Ҳ.Ш., Рахматова Д.Б.</i> АҲОЛИ ЎРТАСИДА МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИ <i>Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон</i>	13
<i>Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.</i> РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР <i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан</i>	13
<i>Мухтарова Ш.Ш.², Тригулова Р.Х.¹, Икрамов А.А.³, Исмаилов С.И.², Алимова Д.А.¹, Расулова Ш.Х.², Илёсова С.Ш.², Джамалдинова Д.Ш.²</i> АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИБС С СД2 С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СООБЩЕНИЕ 2) <i>¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан ²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан ³Институт математики им. Романовского АН РУз</i>	14
<i>Мухтарова Ш.Ш.², Тригулова Р.Х.¹, Икрамов А.А.³, Исмаилов С.И.², Алимова Д.А.¹, Расулова Ш.Х.², Илёсова С.Ш.², Джамалдинова Д.Ш.²</i> АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СД2 С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СООБЩЕНИЕ 1) <i>¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан, ³Институт математики им. Романовского АН РУз</i>	15
<i>Пайзулла Б.Н.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮГА КАЗАХСТАНА <i>ЮКМА, г. Шымкент, Республика Казахстан, Научный руководитель: М.Т. Серикбаева</i>	16
<i>Ражабова Р.Ш., Нуриллаева Н.М.</i> ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ АСПЕКТЛАРИ <i>Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон</i>	16
<i>Стребкова Е.Д.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ <i>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия</i>	17
<i>Турсунов Э.Я., Закиров Н.У., Кеворков А.Г.</i> МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН ЧАП ҚОРИНЧА ҚОН ОТИШ ФРАКЦИЯСИ САҚЛАНГАН БЕМОРЛАРГА СИНТАКС 2020 ШКАЛАСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАХОЛАШ <i>Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон</i>	18
<i>Халикова А.О., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ ЕГО НАЗНАЧЕНИИ В УЯЗВИМУЮ ФАЗУ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент</i>	19
<i>Хлямов С.В., Маль Г.С., Артюшкова Е.Б.</i> КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ГУМАНИЗИРОВАННЫХ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ТЕРАПИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ПРИМЕРЕ ФЕНОМЕНА БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Российская Федерация</i>	19



<i>Шамансурова И.А., Юсупалиева Г.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДМЖП У ПЛОДА <i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан</i>	20
<i>Шарапов О.Н.^{1,2}, Даминов Б.Т.^{1,2}</i> ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ КОМОРБИДНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ ¹ <i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан</i> ² <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан</i>	21
<i>Ширинов Ш.Ш., Рахматова Д.Б.</i> ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан</i>	22
<i>Эрназарова М.М.</i> СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА <i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан</i>	22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

<i>Mamasaliev N.S., Nuridinov Sh.B., Abduraxmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P, Oxunov U.K,</i> «ARTERIAL GIPERTONIYANI KVINTESSENSIYASI» GIPERTONIYA KRIZINI VODIY SHAROITIDA EPIDEMIOLOGIK TAFSILOTLARI VA PROFILAKTIKASINING XUDUDIY YO'NALISHLARI <i>RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston</i>	24
<i>Mamasaliev N.S., Nurmatova T.S., Usmonov B.U., Abdurahmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P.</i> BALOG'AT YOSHIDA BO'LGAN AXOLI POPULYATSIYASIDA ARTERIAL GIPOTONIYANING KLINIK KECHISHI <i>RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston</i>	24
<i>Mamasaliev N.S., Usmonov B.U. Abdurahmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P, Jumaboyev O.T.</i> MIOKARD INFARKT «EPIDEMIOLOGIK YO'L» VODIY IQLIMIY SHAROITIDA O'ZIGA XOSLIGI <i>RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston</i>	25
<i>Mamasaliev N.S., Nurmatova T.S., Abdurahmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P, Oxunov U.K,</i> O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPOTONIYANING ZAMONAVIY «KONSTRUKSIYASI» (EPIDEMIOLOGIK TEKSHIRUVLAR) <i>RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston</i>	25
<i>Бадалбоева Н. М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА РАННЕГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан</i>	26
<i>Жидкова Е.А.^{1,2}, Гутор Е.М.², Орлова А.А.³, Джоиева О.Н.^{1,3}, Гуревич К.Г.^{1,4}, Драпкина О.М.^{1,3}</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА И МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГ И МЕТРОПОЛИТЕНА НИЖНЕГО НОВГОРОДА ¹ <i>ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва</i> ² <i>Центральная дирекция здравоохранения – филиал ОАО «РЖД», Москва Россия</i> ³ <i>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия;</i> ⁴ <i>ГБУ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Россия</i>	27
<i>Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Усманов Б.Б.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан</i>	27
<i>Одилова Н.Қ., Мавлонов Н.Х.</i> АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА АТЕРОСКЛЕРОЗ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА КЎРСАТМАЛАР <i>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро вилоят минтақавий филиали Бухоро давлат тиббиёт институти</i>	28



Седых Д.Ю., Петрова Т.С., Хрячкова О.Н., Кашталал В.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА НИИ КПССЗ, Россия, Кемерово	29
Таиров М.Ш. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии	30
Таштемирова И.М., Бахриддинова Н.М., Қодирова Г.И., Узбекова Н.Р. КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон	30
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	
Абдуллаева Г.Ж. ¹ , Раджапова Г.М. ¹ , Пулатова М. ¹ , Шербадалова Н. ¹ , Закирова Д.В. ² , Ибрагимова И.А. ¹ , Шукурова Д.Ю. ¹ , Машкурова З.Т. ¹ , Абдуллаев А.А. ² АССОЦИАЦИЯ G894Т ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан ² Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан	32
Абдуллаева Г.Ж. ¹ , Раджапова Г.М. ¹ , Пулатова М. ¹ , Шербадалова Н. ¹ , Закирова Д.В. ² , Ибрагимова И.А. ¹ , Шукурова Д.Ю. ¹ , Машкурова З.Т. ¹ , Абдуллаев А.А. ² ВЗАИМОСВЯЗЬ T786С ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан ² Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан	33
Абидова Д.Э. ¹ , Мухамедова М.Г. ² , Хаджаева М.Т. ² АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА СКРИНИНГНИНГ АҲАМИЯТИ ¹ Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистан ² Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон.....	33
Абидова Д.Э. АЁЛЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ДАРАКЧИЛАР Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистан.....	34
Абидова Д.Э. ¹ , Мухамедова М.Г. ² . ЎРТА ЁШЛИҚДА АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ПРЕДИКТОРЛАРИ ¹ Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистан, ² Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон.....	35
Аллабердиева Б.А., Аннаев Б.Х., Човдуров О.Г., Бердиев К.Х. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашгабат, Туркменистан.....	36
АТАНИЯЗОВ Х.Х. ¹ , ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А. ² . ОРОЛ БЎЙИ АҲОЛИСИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ТУРИНИ УРАПИДИЛ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК-ГЕМОДИНАМИК САМАРАДОРЛИГИ ¹ Қорақалпоғистон Республикаси Эллиққалъа ТТБ, ² Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази.....	37
АТАНИЯЗОВ Х.Х. ¹ , ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А. ² . ОРОЛ БЎЙИ АҲОЛИСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ ГИПЕРТОНИК КРИЗ БИЛАН КЕЧИШИДА НИШОН АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИГА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ ¹ Қорақалпоғистон Республикаси Эллиққалъа ТТБ, ² Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази.....	37



АТАНИЯЗОВ Х.Х.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.² ОРОЛ БЎЙИ АҲОЛИСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ ГИПЕРТОНИК КРИЗ БИЛАН КЕЧИШИДА НИШОН АЪЗОЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИГА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ ТАЪСИРИ ¹ Қорақалпоғистон Республикаси Элликқалъа ТТБ, ² Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази.....	38
Бекташев И.Б., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М. ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.....	39
Гельдиева Ш.А., Худайбердиева Дж.П., Керимова М.Д. ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (АГ) В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ» Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, Ашгабад.....	40
Джураева Н.О. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И ЭХОКГ-КРИТЕРИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.....	40
Дуйсенбаева А.И., Миракбарова К.А., Срождинова Н.З. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	41
Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Абдукодирова Н.М., Саидов Х.Х., Сагадова Х.М., Муминов С.Дж. АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРАРНИНГ ШИФОКОРЛАРНИНГ ДАВО КЎРСАТМАЛАРИГА МАЖБУРИЯТИ ВА АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИЛГАН ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАСИНИНГ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.....	42
Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Турсунов Х.Х., Абдукодирова Н.М., Толипова Ю.Ш. АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН АМБУЛАТОР КУЗАТУВ ШАРОИТИДАГИ БЕМОРАРДА «АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ» МАКТАБИДАН КЕЙИНГИ САМАРАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.....	43
Кароматов С.И. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАННОЙ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.....	43
Кдырбаева Ф.Р. СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.....	44
Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Турсунов Х.Х., Абдурахмонов Б.М. ЕНГИЛ, ЎРТАЧА ОҒИР ВА ОҒИР АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ ЖИҲАТЛАРИ Андижон давлат тиббиёт институти.....	45
Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Турсунов Х.Х., Абдурахмонов Б.М. ЯККАЛАНГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ Андижон давлат тиббиёт институти.....	45
Машарипов Ш.М.¹, Абдуллаева Г.Ж.¹, Хамидуллаева Г.А.¹, Курбанов Р.Д.¹, Закирова Д.В.², Абдуллаев А.А.² ВЛИЯНИЕ G894Т ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 И РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан; ² Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан.....	46
Машарипов Ш.М.¹, Абдуллаева Г.Ж.¹, Хамидуллаева Г.А.¹, Курбанов Р.Д.¹, Закирова Д.В.², Абдуллаев А.А.²	



ВЗАИМОСВЯЗЬ T704C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА AGT С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан; ²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан</i>	47
<i>Машкурова З.Т., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Шербадалова Н.Х., Сафаров Ж.Б.</i> ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	48
<i>Машкурова З.Т., Абдуллаева Г.Ж., Бекметова С.И.</i> КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ С ИНДАПАМИДОМ И НИТРЕНДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан</i>	49
<i>Муллабаева Г.У., Максудова Л.О., Таиров М.Ш.</i> ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК) Бухарский областной территориальный филиал РСНПМЦК Бухарский медицинский институт</i>	49
<i>Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Абдукадирова Н.М.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан</i>	50
<i>Танрыбердиева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Мезилова Дж.Г.</i> ЗНАЧЕНИЕ ФИТОСБОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, Ашгабат</i>	51
<i>Файзуллаев Б.Р., Абдуллаев А.И., Реймбергенов Ж.И.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА АМЛОСАРТАН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан</i>	52
<i>Халмухамедов Б.Т., Муллагалиева Ф.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ <i>Ташкентская медицинская академия, Узбекистан</i>	52
<i>Хамраев Р.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ВЫСОКО НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТ. <i>Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии</i>	53
<i>Чапау А.Х., Оразмаммедова Ш.М., Оджарова Б.Г., Шихмурадова Г.А., Гурбаналыев С.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Государственный медицинский университет Туркменистана, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан</i>	54
<i>Юлдашева А.Д., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Ибрагимова И.А.</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ/ВАЛСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан</i>	54



- Юлдашева А.Д., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М.
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ 3-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ДВОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ
КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИН/ВАЛСАРТАН У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан..... 55
- Юлдашева А.Д., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Бекметова С.И.
ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ АМЛОДИПИН/ВАЛСАРТАН: ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ВАЗО-
И КАРДИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНЗИЕЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан..... 56
- ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗ**
- A. Marza Florensa¹, I. Vaartjes¹, K. Klipstein-Grobusch^{1,2}, I. Graham³, DE. Grobbee¹
RISK FACTOR RECORDING AND MANAGEMENT IN CORONARY HEART
DISEASE PATIENTS FROM 32 COUNTRIES: SURF CHD II
(1) University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands (2) Division of Epidemiology & Biostatistics,
School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Witwatersrand,
South Africa (3) Trinity College Dublin, Dublin, Ireland 57
- Olimjonov D.D. Abdurasulov L.I.
AMBULATOR SHAROITDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA
DISLIPIDEMIA NAZORATINING SAMARADORLIGI
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Toshkent, O'zbekiston 58
- Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Далимова Д.А., Узоков Ж.К., Азизов Ш.И., Бабаев М.А.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»
Центр передовых технологий Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан..... 58
- Абдуллаев Р.Ф.¹, Кулиева А.Д.¹, Абдуллаева Р.Р.^{1,2}
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЕЙ МАГНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1
В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
¹НИИ кардиологии, им. Дж. Абдуллаева; ²Азербайджанский медицинский университет, г. Баку..... 59
- Абдуллаев Р.Ф.¹, Кулиева А.Д.¹, Абдуллаева Р.Р.^{1,2}
УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ НАГРУЗОЧНЫХ
ПРОБАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
¹НИИ кардиологии, им. Дж. Абдуллаева; ²Азербайджанский медицинский университет, г. Баку..... 60
- Акалаев А.И., Сагиров А.М., Аллаберганов О.Х.
НЕОБХОДИМОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ССЗ И ИЗМЕНЕНИЯМИ ПАРАМЕТРОВ
БИОХИМИИ КРОВИ
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан..... 60
- Алиева Р.Б., Шек А.Б., Хошимов Ш.У., Мусабаев М.М., Кан Л.Э., Ким А.Р., Ахмедова Ш.С., Ходиметова Ш.А.
ВЛИЯНИЕ КУРЦЕТИНА НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
ПОСЛЕ COVID-19 («ДОЛГИЙ COVID»)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан 61
- Алиева Р.Б., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Мусабаев М.М., Тригулова Р.Х., Низамов У.И., Шек А.Б.
ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА 10-ЛЕТНИЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОВЫШЕННЫМ
УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИНА (А)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан 62



- Алиева Р.Б.¹, Абдуллаев А.А.², Закирова Д.В.², Срождинова Н.З.¹, Кан Л.Э.¹,
Хошимов Ш.У.¹, Ким А.Р.¹, Тригулова Р.Х.¹, Шек А.Б.¹
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫХ МЫШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ
У БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕГУЛЯЦИИ МЕТАБОЛИЗМА
И ТРАНСПОРТА СТАТИНОВ В ПЕЧЕНИ
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
²Центр передовых технологий Министерства инновационного развития, г. Ташкент, Узбекистан 62
- Аляев Б.А., Узоков Ж.К.
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАРДА СТЕНТЛАШ
АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА СУР2С19 ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА ИНТЕРЛЕЙКИНЛАР
ЎРТАСИДАГИ БОЎЛИҚЛИК
«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация
илмий амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон..... 63
- Ачилова Х.Б., Таиров М.Ш.
ГИСС ТУТАМИ ЧАП ОЁЧАСИ БЛОКАДАСИНИНГ НОСТАБИЛ
СТЕНОКАРДИЯ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Бухоро вилоят минтақавий филиали, Бухоро, Ўзбекистон;
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон..... 63
- Бобоев М.М., Бекташев И.Б.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОРОНАТЕРА» У БОЛЬНЫХ
СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан..... 64
- Бобоев М.М., Бекташев И.Б.
АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ НЕИНВАЗИВНЫХ БИОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ
КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан..... 65
- Джафаров С.М., Муллабаева Г.У., Суннатова Р.Д.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
ООО «Акфа Медлайн», Ташкент, Узбекистан..... 66
- Джумаев Д.Л., Таиров М.Ш.
ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА
КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Бухоро вилоят минтақавий филиали, Бухоро, Ўзбекистон..... 67
- Котелкина О.С., Мамедова С.И., Николаев К.Ю., Урванцева И.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.
Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Окружной
кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,
Сургут, Россия; Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия 67
- Олимов И.О., Кодирова Г.И., Уктамов Н.Т., Мадаминов И.
СВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА
У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан..... 68
- Орзиев Д.З., Пайзиев Дж.Ж.
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН 2 ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТЛИ
БЕМОРЛАРДА ТИКОГРЕЛОЛНИНГ ТАҚҚОСЛАМА САМАРАДОРЛИГИ
Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация
илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон 69
- Орзиев Д.З., Пайзиев Дж.Ж., Мухамедова М.Г.
ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАРДА СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ҲАМДА 2 ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА
ТИКОГРЕЛОЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИ
Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий амалий
тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон; Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон..... 70



<i>Пайзиев Дж. Дж., Аляви Б.А., Узоков Ж.К.</i> КАМ УГЛЕВОДЛИ РЕЖИМНИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАР СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДАГИ ЛИПИДЛАР ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРГА ТАЪСИРИ <i>Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон</i>	71
<i>Пайзиев Дж. Дж., Аляви Б.А., Узоков Ж.К.</i> ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН ТОЖСИМОН АРТЕРИЯЛАР СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАМ УГЛЕВОДЛИ РЕЖИМНИ ИНТЕРЛЕЙКИНЛАРГА ТАЪСИРИ <i>Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон;</i> <i>«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация</i> <i>илмий амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон</i>	72
<i>Узоков Ж.К., Аляви Б.А.</i> ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА СУР2С19 ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ КЛОПИДОГРЕЛ САМАРАДОРЛИГИГА ТАЪСИРИ <i>«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация</i> <i>илмий амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон</i>	72
<i>Уктамов Н.Т., Кодирова Г.И., Олимов И.О., Мадаминов И.</i> ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан</i>	73
<i>Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А., Шарипов И.М., Цой И.А.</i> ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФВЛЖ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ OFF PUMP <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский</i> <i>центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	74
<i>Хасанжанова Ф.О.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ <i>Самаркандский государственный медицинский университет; Самаркандский филиал РНЦЭМП</i>	75
<i>Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВАРГИНА У МУЖЧИН С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ВАРИАНТАМИ СТЕНОКАРДИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ <i>Самаркандский государственный медицинский университет; Самаркандский филиал РНЦЭМП</i>	76
<i>Юсувалиев М.Д., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Лутфуллаев У., Кодиров Х.Н.</i> РАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СТАТИНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон</i>	76
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	
<i>Mamasaliev N.S., Abdurahmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P, Jumaboyev O.T, Oxunov U.K.</i> VODIY AXOLISIDA O'TKIR MIOKARD INFARKTINING «ZAMONAVIY QIYOFALANISHI» <i>RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston</i>	78
<i>Shoalimova Z.M., Jalilov Sh.</i> RISK FACTORS IN YOUNG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION <i>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan</i>	78
<i>Tursunov E.Ya., Kevorkov A.G., Zakirov N.U., Nabibullaeva Sh.Z.</i> THE EFFECT OF REVASCULARIZATION ON HEART RATE TURBULENCE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND PRESERVED EJECTION FRACTION <i>Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent Uzbekistan</i>	79
<i>Аляви А.Л., Кенжаев С.Р.</i> РЕПЕРФУЗИЯ САМАРАДОРЛИГИГА ҚАРАБ ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ <i>РШТЁИМ. Ўзбекистон, Тошкент</i>	80



- Джуманиязов Д.К., Муллабаева Г.У.
ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С УРОВНЕМ
ФЕРМЕНТА ST2 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии 81
- Зикриллаев Ф.А., Рахматова Д.Б.
ҚАРИЯЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИ АСОРАТЛАРИ
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро шаҳар, Ўзбекистон 81
- Каретникова В.Н.^{1,2}, Осокина А.В.¹, Мотова А.В.², Голубовская Д.П.²,
Олейник И.Р.¹, Барбараш О.Л.^{1,2}
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 2 ТИПА
¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых
заболеваний», Россия; ²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный
медицинский университет», Россия..... 82
- Каретникова В.Н.^{1,2}, Осокина А.В.¹, Мотова А.В.², Голубовская Д.П.², Олейник И.Р.¹, Барбараш О.Л.^{1,2}
АЛГОРИТМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА
¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», Россия
²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Россия 83
- Каретникова В.Н.^{1,2}, Осокина А.В.¹, Мотова А.В.², Голубовская Д.П.², Олейник И.Р.¹, Барбараш О.Л.^{1,2}
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ
В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА
¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», Россия
²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Россия 84
- Кенжаев С.Р.
ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШОШИЛИНЧ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯНИНГ САМАРАСИГА
БОҒЛИҚ ҲОЛДА РЕПЕРFUЗИОН АСОРАТЛАР ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази. Ўзбекистон. Тошкент..... 85
- Кодирова Г.И., Хайдарова Н.Б., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М., Уктамов Н.Т.
ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан..... 86
- Мухамедова Б.Ф., Назарова М.Х., Казаков Б.О.
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ
«ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА» В РНЦЭМП
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан..... 86
- Мухамедова Б.Ф., Назарова М.Х., Жалолов Б.З., Казаков Б.О.
ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ В РНЦЭМП
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан..... 87
- Мухамедова Б.Ф., Назарова М.Х., Б.З. Жалолов, Казаков Б.О.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛО ВЫПОЛНЕНО ЧРЕСКОЖНОЕ КРОНАРНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан..... 88
- Турсунов Е.Я., Закирова Н.Ю., Кеворков А.Г.
МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН ЧАП ҚОРИНЧА ҚОН ОТИШ ФРАКЦИЯСИ САҚЛАНГАН
БЕМОРЛАРГА СИНТАКС 2020 ШКАЛАСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ
Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази,
Тошкент, Ўзбекистон..... 88
- Шадрин А.А., Бессонов И.С., Сапожников С.С.



ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «ДВЕРЬ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ <i>Тюменский кардиологический научный центр; Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия</i>	89
<i>Юлдошев Н.А.¹, Ахматов Я.Р.¹, Бекметова Ф.М.², Дониёров Ш.Н.²</i> ST ЭЛЕВАЦИЯСИЗ ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ДИАСТОЛИК ФУНКЦИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қарши филиали¹ Қарши ш., Ўзбекистон; Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази², Тошкент ш., Ўзбекистон</i>	90
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	
<i>Kodirov Kh.N., Bakhridinova N.M., Uzbekova N.R</i> QUALITY OF LIFE AND COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND ANAEMIC SYNDROME <i>Andijan state medical institute</i>	91
<i>Nosirova G.A., Mukhamedova M.G.</i> ASSESSMENT OF BIOCHEMICAL MARKERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19 <i>Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan</i>	91
<i>Nosirova G.A., Mukhamedova M.G.</i> INFLUENCE OF ANGIOTENSIN RECEPTOR-NEPRILYSIN INHIBITORS IN BIOCHEMICAL MARKERS PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19 <i>Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan</i>	92
<i>Nosirova Guzal Alisherovna</i> QUALITY OF LIFE AND COURSE OF DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER COVID-19 <i>Center for Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan</i>	93
<i>Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Мирзарахимова С.Т., Худойбергганов О.К., Курбанов Н.А.</i> ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии</i>	93
<i>Абдуллаев Т.А., Гулямов Х.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш.</i> ДИНАМИКА ЭХОКГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ИНFUЗИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ <i>ГП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз</i>	94
<i>Абеитова С.Р., Аскарлов М.Б., Кульмырзаева Н.К., Латипбаева М.С., Мажанова А.Т., Кушекбаева А.Е., Серикбаева М.Т.</i> ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент; Национальный Научный Медицинский Центр, г.Астана. Республика Казахстан</i>	95
<i>Беркелиева М.М., Халмурадова М.Х., Оразбердыев Я.О.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАЛСАРТАН/САКУБИТРИЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ <i>Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, Ашгабат</i>	95
<i>Изюмов А.Д., Федин М.А., Ерусланова К.А., Котовская Ю.В., Ткачева О.Н.</i> ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРШЕ 65 ЛЕТ <i>Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва</i>	96



<i>Нарзуллоева Д.С., Мухамедова М.Г., Насирова Г.А.</i> ИШЕМИК ЭТИОЛОГИЯЛИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ ГИБЕРНАЦИЯЛАНГАН МИОКАРД ҲАЖМИГА ТАЪСИРИ <i>Бухоро Давлат Тиббиёт Институтини, Бухоро, Ўзбекистон</i>	97
<i>Саидов М.А., Ачилова Ш.С., Рахматуллаев А.А., Истамова С.С.</i> ДАПАГЛИФЛОЗИН ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СО СНИЖЕННОЙ ИЛИ СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>РИКИАТМ СВМФ, Самарканд</i>	97
<i>Усманова Н.А., Абдуллаев Т.А., Салимова Н.Р., Махкамova Н.У.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	98
<i>Файзуллаев Б.Р., Абдуллаев А.И., Реймбергaнов Ж.И.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА (ЮПЕРИО) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан</i>	99
<i>Файзуллаев Б.Р., Абдуллаев А.И., Реймбергaнов Ж.И.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН (ЮПЕРИО) У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан</i>	100
<i>Халикова А.О., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i> ВЛИЯНИЕ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРА SGLT 2- ЭМПАГЛИФЛОЗИНА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент</i>	101
<i>Халикова А.О., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ ЕГО НАЗНАЧЕНИИ В УЯЗВИМУЮ ФАЗУ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент</i>	102
<i>Цой Л.Г., Сабиров И.С.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан</i>	102
<i>Цой Л.Г., Сабиров И.С.</i> ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан</i>	103
НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	
<i>Rasulova N.Z., Abdullayev T.A., Tsoy I.A.</i> GIPERTROFIK KARDIOMIOPATIYA TASHXISI QO'YILGAN BEMORLARDA KONSERVATIV TERAPIYA EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH <i>Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi</i>	104
<i>Расулова Н.З., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.</i> ГИПЕРТРОФИК КАРДИОМИОПАТИЯ ТАШХИСИ ҚЎЙИЛГАН БЕМОЛРАДА ЎТКАЗИЛГАН МОПРОУ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ЮРАК АНТИРЕМОДЕЛЛАНИШИДА САМАРАДОРЛИГИ <i>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий- амалий тиббиёт маркази</i>	104
<i>Худойбергaнов О.К., Абдуллаев Т.А., Мирзарахимова С.Т., Цой И.А.,</i> ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИПАТИЯДА ЮРАК АРИТМИЯЛАРИ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИ <i>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Узбекистан</i>	105



Худойбергандов О.К., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш., Мирзарахимова С.Т. ПЕРИПАРТАЛ КАРДИОМИОПАТИЯДА ЧАП ҚОРИНЧА ГЕМОДИНИМИК ПАРАМЕТРЛАРИНИ АРИТМИЯЛАР УЧРАШ ЧАСТОТАСИ БИЛАН ЎЗОРО БОҒЛИҚЛИГИ БАХОЛАШ Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тибийёт маркази, Тошкент, Ўзбекистан	105
--	-----

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Alyavi A.L., Ubaydullaev Sh.A. ASSESSMENT OF ENDOTHELIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19 Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan	107
Alyavi A.L., Ubaydullaev Sh.A. ASSESSMENT BIOCHEMICAL PARAMETERS OF BLOOD IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19 Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan	107
Mukhamedova M.G., Nosirova G.A. OBESITY AS A PREDICTOR FOR SEVERE COURSE OF DISEASE IN COVID-19 IN CARDIOVASCULAR DISEASE Center for the development of professional qualification of medical workers, Tashkent, Uzbekistan	108
Ubaydullaev Sh.A., Alyavi A.L. FUNCTIONAL STATE OF THE CENTRAL HEMODYNAMIC INDEXES IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND TYPE TWO DIABETES MELLITUS AFTER COVID-19 Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan	109
Yarmuxamedova D.Z., Nuritdinova N.B., Abdixamidova COVID-19 BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA XAVOTIRLI-DEPRESSIV BUZILISHLAR RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston	109
Т.А. Абдуллаев, З.Х. Алиева, И.А. Цой, Х.Г. Фозилов РАННИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ ДОКСОРУБИЦИНОМ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан	110
Абдуллаева С.Я., Муллабаева Г.У., Якуббеков Н.Т. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ВЫПОЛНЕННАЯ В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан	110
Алиева З.Х., Абдуллаев Т.А., Цой И.А. КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан	111
Алимова Д.А. ¹ , Мухтарова Ш.Ш. ² , Тригулова Р.Х. ¹ , Икрамов А.А. ³ , Исмаилов С.И. ² , Расулова Ш.Х. ² , Илёсова С.Ш. ² , Джамалдинова Д.Ш. ² СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН И ПЕРЕНЕСЕННЫЙ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ: ДВУХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ¹ ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан ² Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан ³ Институт математики им. Романовского АН РУз	112
Ачилов Ф.К., Хашимов А.А., Абдукадирова Н.М., Талипова Ю.Ш.	



- ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РИСКА РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ
У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра
кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан* 113
- Бадридинова Б.К.*
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
Бухарский медицинский институт 114
- Байрамова Д.С., Акмурадова М.Х., Иламанова Д.К., Чарыева А.К., Мухаммедова З.Р.*
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
*Государственный медицинский университет Туркменистана
имени Мурада Гаррыева, г. Ашхабад* 115
- Беркелиева М.М., Халмурадова М.Х., Оразбердыев Я.О.*
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, г. Ашгабат..... 115
- Даминова Л.Т.¹, Муминов Д.К.²*
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 В РАННЕМ
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
*¹Ташкентский государственный стоматологический институт;
²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан* 116
- Исмаилов У.С., Хамидов Ф.К.*
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан 116
- Каримов Ш.А., Полатова Д.Ш., Ганиев А.А., Кадилов Х.*
ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРДА КИМИОТЕРАПИЯНИНГ КАРДИОТОКСИК НОЖЎЯ
ТАЪСИРИНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ
*Республика ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Тошкент давлат стоматология институти, "Ихлос" хусусий клиникаси*..... 117
- Лутфуллаев У., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Мухаммаджонов И.М.*
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БОР COVID 19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ
ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИДЛАНИШИНИ БАХОЛАШ
Анджон давлат тиббиёт институти, Андижон 118
- Өмірсерік К., Шахметов Е.М., Цой Б., Берикбол Д.К., Отыншиев Р.Т.*
ОЦЕНКА РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
*ТОО «Международный онкологический центр томотерапии «Umit»
г. Астана, Республика Казахстан* 119
- Полатова Д.Ш.^{1,2}, Каххаров А.Ж.²*
ВЛИЯНИЕ ТАРГЕТНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИММУННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК НА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
*¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр онкологии и радиологии;
²Ташкентский государственный стоматологический
институт, г. Ташкент, Узбекистан*..... 119
- Полатова Д.Ш.*
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И
ПРОБЛЕМЫ КАРДИООНКОЛОГИИ
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр онкологии и радиологии; Ташкентский государственный стоматологический институт
г. Ташкент, Узбекистан* 120
- Прибылов В.С.*
АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ
ФГБОУ ВО КГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, г. Курск, Россия 120
- Сулеймангульев Ш.М., Ягшисахедов Ш.Я., Тойлиев С.Т.,
Ходжакулиев Б.Г., Аннабердыев Ю.А.*



ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИБС С ВЕРИФИКАЦИЕЙ СТАДИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Научно-клинический центр кардиологии, г. Ашгабат, Туркменистан</i>	121
<i>Уктамов Н.Т., Кодирова Г.И., Олимов И.О., Мадаминов И.</i> ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Анджжанский государственный медицинский институт, Узбекистан</i>	122
<i>Уринов О.У., Курбанова Р.А.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ПЛАНОВОМУ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан</i>	122
<i>Уринов О.У.</i> ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ИНДЕКСУ CHARLSON <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан</i>	123
<i>Уринов О.У.</i> ОЦЕНКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан</i>	124
<i>Халмухамедов Б.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ЛЕГКИХ <i>Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан</i>	125
<i>Хашимов А.А., Бақкаев И.К., Ачилов Ф.К., Тулабоева Г.М.</i> ИЗУЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. <i>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии</i>	125
<i>Хидоятова М.Р.¹, Каюмов У.К.²</i> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ COVID-19 <i>¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан; ²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан</i>	126
<i>Шарапов О.Н.^{1,2}, Даминов Б.Т.^{1,2}</i> ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ КОМОРБИДНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ <i>¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан ²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан</i>	127
<i>Эрназарова М.М.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА <i>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан</i>	128

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИО-ЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ

<i>Авазбеков Б., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Кандилбеков Д.</i> ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Анджжанский государственный медицинский институт</i>	129
<i>Амиркулов Б.Д., Амиркулов Р.Ж., Эркабаев Ш.М., Султанов Б.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>РСНПМЦК, г. Ташкент, Узбекистан</i>	130
<i>Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Ж., Султонов Б.А.</i>	



РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	130
Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Ж., Султонов Б.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	131
Ачилов Ф.К., Хашимов А.А., Абдукадирова Н.М., Талипова Ю.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РИСКА РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Узбекистан</i>	132
Ачилова Ш.С., Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Истамова С.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ WPW (С НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ДЕЛЬТА-ВОЛНОЙ НА ЭКГ) С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>РИКИАТМ СВФ, Самарканд</i>	133
Кадырова М., Стребкова Е.Д., Новиков М.А., Ялова Е.В., Ревшвили А.Ш. РОЛЬ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия</i>	134
Халикова А.Б., Абдуллаев Т.А., Цой И.А. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	134
Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Аскарлов И.К., Ачилова Ш.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ИЗ ВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Самарканд РИКИАТМ СВМФ</i>	135
Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Истамова С.С. ОСОБЕННОСТИ РЧА ДПЖС У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ <i>Самарканд РИКИАТМ СВМФ</i>	136

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Махкамова Н.У., Хасанова К.М. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРИДА УЙҚУДАГИ ОБСТРУКТИВ АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СИНДРОМИНИ АНИҚЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ <i>Республика кардиология иқтисослаштирилган илмий амалий тиббиёт маркази Тошкент шаҳри</i>	137
Усманова Н.А., Салимова Н.Р., Махкамова Н.У. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ЭСЦИТАЛОПРАМА ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	138
Хасанова К.М., Махкамова Н.У. КАРДИОЛОГИЯ АМАЛИЁТИДА УЙҚУ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ СКРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ <i>Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>	138
Юлбарисов А.А., Ирнараров А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов О.М., Муминов Р.Т., Джалилов А.А., Джуманиязова Д.А., Йулжураев А.А. ВИЛЛИЗИЙ АЙЛАНАСИ АНОМАЛИЯЛАРИ ВА УМУРТҚА АРТЕРИЯСИ ГИПОПЛАЗИЯСИ МАВЖУД БЕМОРАЛДАРДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ. <i>Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази</i>	139

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

- Ахмадалиев Б.К., Исаков У.И., Рузибоев А.А., Олимов М.А.
КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФОММЦ
Ферганский областной многопрофильный медицинский центр, г. Фергана 141
- Бахрамов С.Т.
НАШ ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
Анджжанский филиал РСНПМЦК 141
- Бекметова Ф.М., Илхомова Л.Т., Дониёров Ш.Н.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии 142
- Дониёров Ш.Н., Бекметова Ф.М., Илхомова Л.Т., Бекметова С.И., Каримов Б.С.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И SYNTAX SCORE У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан 143
- Жемуратова Р.Е.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Каракалпакстанский республиканский территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Нукус Республика Каракалпакстан, Узбекистан 143
- Икрамов А.И.^{1,2}, Джуроева Н.М.², Максудов М.Ф.^{1,2}, Абдухалимова Х.В.², Турсунова Л.Н.^{1,2}
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ КТ-КОРОНАРОГРАФИИ И КТ-ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА
¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
²ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан 144
- Китъян С.А., Узбекова Н.Р., Бадалбаева Н.М.
ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Анджжанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан 145
- Курбанова Б.Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ МОСТИКОВ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 145
- Муаззамов Б.Б., Тураев Р.Т.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОКАРДИОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ
Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан 146
- Рогожкина Е.А., Максимова О.А., Ангарский Р.К., Джиеева О.Н., Дралкина О.М.
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва 147
- Саидов М.А., Маллаев И.У., Темиров М.Б., Истамова С.С.
РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, Узбекистан, Самарканд 147
- Трисветова Е.Л.¹, Апинон О.В.², Юдина О.А.³
ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск;
²Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель;
³Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь», г. Минск, Республика Беларусь 148



Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А., Шарипов И.М., Бекбулатова Р.Ш. ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФВЛЖ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (Ташкент, Узбекистан).....	149
Цоколов А.В., Шаймухаметова Р.Ю., Жуков Д.Е., Калёнов И.В., Забазнов А.И., Перепечаев М.А., Вертёлкин А.В. МЕТОДИКА 4D-ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Калининград, Россия	150
Шаймухаметова Р.Ю., Цоколов А.В., Жуков Д.Е., Калёнов И.В., Забазнов А.И., Перепечаев М.А., Вертёлкин А.В. ФЕНОМЕН «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МАТОВОГО СТЕКЛА» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19 ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Калининград, Россия	150
Шамансурова И.А., Юсупалиева Г.А. ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДМЖП У ПЛОДА Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.....	151
Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Джуманиязова Д.А., Муминов Р.Т., Нурматов Д.Х., Абдурахмонов С.А., Арипова Ф.М. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДВУХСТОРОННИХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии	152
Юсупалиева Г.А., Шамансурова И.А., Абзалова М.Я. ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.....	153

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСУДАХ И ПРИ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

Ismailov U.S., Khomidov F.K. SHORT-TERM OUTCOMES AFTER BALLOON ANGIOPLASTY OF THE PERIPHERAL ARTERY DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan	154
Karimov B.H. ¹ , Mominov A.A. ¹ , Azzamov J.A. ¹ , Marukyan N.V. ² , Abdurahmanov Z.M. ³ O'ZBEKISTONDA SURUNKALI TROMBOEMBOLIK O'PKA GIPERTENZIYASINI ENDOVASKULAR USULDA DAVOLASHNING BIRINCHI TAJRIBASI. 1. NeoMed Cardio shifoxonasi, Toshkent shaxri, O'zbekiston Respublikasi 2. V. A. Almazov nomidagi milliy tibbiy tekshiruv instituti, Sankt-Peterburg, Rossiya federatsiyasi 3. Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, Buxoro viloyati, O'zbekiston Respublikasi	154
Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Курмаева Д.Н., Бабаев М.А., Ш.И. Азизов ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр передовых технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.....	157
Атамуратов Б.Р. ¹ , Фозилов Х. Г. ¹ , Юлдашов Б.А. ¹ , Каххаров И.И. ¹ , Юлдашов А.А. ¹ , Абдукамилов А. ² РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СРАВНЕНИИ С ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан; ² Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.....	158
Жумаев Ф.А., Шеров Ж.А., Нарзикулов У.З., Иброхимов Ф.Х., Сафаров Ф.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА РИКИАТМ СВМФ	159



<i>Каримов Б.Х., Реджабоев Х.А., Муминов А.А., Аззамов Ж.А., Акатов А.Р.</i> РОТАЦИОННАЯ АТЕРЭКТОМИЯ И ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ <i>НеоМедКардио, г.Ташкент</i>	160
<i>Каримов Б.Х., Моминов А.А., Реджабоев Х.А., Аззамов Ж.А., Марукян Н.В., Умаров Б.Я., Абдурахманов З.М.</i> ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ЩЕЛЕВИДНОГО ДМПП ДВУМЯ ОККЛЮДЕРАМИ <i>НеоМедКардио, г. Ташкент</i>	161
<i>Карпова И.С., Стриго Н.П.</i> ДИНАМИКА ПРОСВЕТА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД СТАТИНОТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>ГУ «Республиканский научно-практический центр “Кардиология”», Минск, Беларусь</i>	164
<i>Матназаров Р.К., Мадаминов М.Ю., Юсупов О.А., Искандаров Ф.А., Сагиров А.М.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПО ТЕХНИКЕ INOUE <i>Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан</i>	165
<i>Матназаров Р.К., Искандаров Ф.А., Юсупов О.А., Сагиров А.М.</i> СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, г Ургенч, Узбекистан</i>	165
<i>Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Прибылов В.С., Яковлева М.В., Прибылов С.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРОАНГИОГРАММ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ ПРИ ОКС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. <i>ГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск</i>	166
<i>Саидов М.А., Иброхимов Ф.Х., Жумаев Ф.А., Шеров Ж.А., Сафаров Ф.А., Нарзикулов У.З.</i> НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ <i>Самаркандский областной региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии</i>	167
<i>Санаккулов Ж.М., Холиков С.Ш., Юлдошев Н.П., Нагаева Г.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО КАРКАСА «MAGMARIS» У БОЛЬНЫХ С «DE-NOVA» ПОРАЖЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Навоийский областной медицинский многопрофильный центр МЗ Республики Узбекистан</i>	167
<i>Юлдашов Б.А., Фозилов Х.Г., Атамуратов Б.Р.</i> ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТА С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан</i>	168
<i>Юлдашов Б.А., Фозилов Х.Г., Атамуратов Б.Р.</i> ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РСНПМЦК <i>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан</i>	171

КАРДИОХИРУРГИЯ

<i>Namozov X. S.</i> NEOCUSPIDIZATION OF AORTIC VALVE IN THE MODERN STAGES <i>Karshi branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology</i>	172
<i>Saiganov V.I.</i> ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS COMPLICATED WITH HIGH PULMONARY HYPERTENSION. <i>Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology and Cardiac Surgery of the Aral Sea Region, Khorezm Region, Republic of Uzbekistan</i>	172
<i>Абдикаримов А.М., Шаяхметов Е.М., Туганбеков Т.У., Исабеков И.Ш.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА <i>АО «Национальный научный медицинский центр», Республика Казахстан, г. Нур-Султан</i>	173



Горбачевский С.В., Рахмонов К.Х., Соболев А.В., Шмальц А.А., Пурсанов М.Г., Жебляви И.А., Сабитов А.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ КРАЙНЕ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА	174
Джуманиязов А.А., Тураев Ф.Ф.*, Абдуллаев Д.М., Сагиров А.М. «KISSING» АОРТО-ВЕНОЗНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, *ГУ «РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова»	175
Джуманиязов А.А., Назаров Х.Б., Абдуллаев Д.М., Тураев Ф.Ф.*, Сагиров А.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, *ГУ «РСНПМЦЭ им. акад. Ё.Х. Туракулова»	176
Джуманиязов А.А., Абдуллаев Д.М., Сагиров А.М. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья.....	177
Жалилов А.К., Ахматов Я.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Номозов Х.С., Шодиев И. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С СД И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Узбекистан	177
Жалилов А.К., Пулатов О.К., Рахимов С.С., Абдурахмонов С.Ш., Ахматов Я.Р., Номозов Х.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ (УМЕНЬШЕНИЕ) ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Узбекистан	178
Нуруллаев Р.Р., Собуров С.М., Хажиев Б.С., Сагиров А.М. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СОЧЕТАНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА С РЕДКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЕККЕЛЯ Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан.....	179
Рустамов Б.Е., Ли В.Н., Ганиев Т.З., Саидназаров А.М., Журалиев М.Ж., Мухаммедов М.С., Ганиев Р.С. НИЗКАЯ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПО ТЕХНИКЕ ОРСАВ СП ООО многопрофильный медицинский центр «EzguNiyat» г.Ташкент, Узбекистан.....	180
Сагиров А.М., Нуруллаев Р.Р., Хажиев Б.С., Сайганов В.И., Сабуров С.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, Хорезмская область, Республика Узбекистан	181
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Турдиева Н.С., Маллаев И.У., Шодмонов А.Б., Шамратов Ш.З. КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ ДВУНАПРАВЛЕННОГО КАВАПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ РИКИАТМ СВМФ.....	181
Саидов М.А., Бойматов Ш.З. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ Самаркандский областной региональный филиал РСНПМЦК, Узбекистан.....	182
Саидов М.А., Ботиров Д.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Юсупов Ж.Т., Рахмонов Ф.С. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНА: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии	183
Северукевич Д.В., Костюкович Е.В., Ушакова И.И., Северукевич В.И., Гурин А.В. УМЕНЬШЕНИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В КАРДИОХИРУРГИИ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь.....	184



Шарипов И.М., ХАШИМОВ Х.Р., Мамажанов С.Г., Жаббаров О.О., Хайруллаев У.Т., Мамедова С.Т., Утениязова Х.К., Уришбаев Р.Ш. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИКСОМОЙ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	184
Шарипов И.М., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., Джуманиязов А.А., Вахидов Т.З., Мамедова С.Т., Утениязова Х.К. ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ МИНИ-ТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	185
Шарипов И.М., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., ХАШИМОВ Х.Р., Жаббаров О.О., Джуманиязов А.А., Вахидов Т.З., Мамедова С.Т., Утениязова Х.К. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС ИЗ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МИНИ-ТОРАКОТОМИИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	186
Шарипов И.М., Хайруллаев У.Т., Мамажанов С.Г., ХАШИМОВ Х.Р., Жаббаров О.О., Джуманиязов А.А., Вахидов Т.З., Мамедова С.Т., Муллабаева Г.У. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	186
Шарипов И.М., ХАШИМОВ Х.Р., Мамажонов С.Г., Жаббаров О.О., Хайруллаев У.Т., Мамедова С.Т., Утениязова Х.К., Уришбаев Р.Ш. РАЗНОВИДНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ (ОРСАВ) Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.....	187
Юлбарисов А.А., Ирناзаров А.А., Алиджанов Х.К., Нурматов Д.Х., Джалилов А.А., Ахматов О.М., Абдурахмонов С.А. КАРОТИД ЭДАРТЕРЭКТОМИЯ АМАЛИЁТИ БАЖАРИЛГАН БЕМОРЛАРДА, АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЮРАК ИШЕМИЯСИ БИЛАН БОҒЛИҚ АСОРАТЛАРИНИҢ ТАҲЛИЛИ Республика хирургик ангионеврология ихтисослашган маркази, Тошкент, Ўзбекистон.....	188
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ	
Pulatova Sh.B., Nabiyeva D.A. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITDA MINERALLAR ALMASHINUVI BUZILISHIDA TIZIMLI ZARARLANISHNI BAHOLASH Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston.....	189
Xalmuxamedov Bobir Taxirovich, Nurillayeva Nargiza Muxtarxanovna TIBBIYOT OLIIY O'QUV YURLARI TALABALARINI O'QITISHDA TELETIBBIYOT ASOSLARI Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston.....	189
Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ARG506GLN ГЕНА КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА V (ЛЕЙДЕНСКАЯ МУТАЦИЯ) У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан.....	190
Абдуллаева Г.Б., Кожевникова М.В., Фоминых Е.В., Авдеев С.Н., Беленков Ю.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ В ИСХОДЕ КОВИД-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.....	191
Аллабердиев А.А., Танрыбердиева Т.О., Гурбанов В.А. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕКАРДИОЛОГИИ В ТУРКМЕНИСТАНЕ Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мурада Каррыева, г. Ашгабат, Туркменистан.....	193



Бердыева М.Э., Аннадурдыева М.О., Аннаорова Д.К., Чарыева Г.К., Аннареджепова Ж.Х. ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан.....	194
Гельдиева Ш.А., Керимова М.Д. ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТОВ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ» Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, г. Ашгабад, Туркменистан	195
Гельдиева Ш.А., Худайбердиева Дж.П., Джемшидов А. ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛечения И ПРИМЕНЕНИЕМ СЕРОВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева, г. Ашгабад, Туркменистан.....	195
Керимова М.Д., Гельдиева Ш.А. ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАЕМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЛАКАРИНСКОЙ ГРЯЗИ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА Государственный медицинский университет Туркменистана имени М. Гаррыева, г. Ашгабад, Туркменистан	196
Куц О.В., Данильченко Я.В. УПРАВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ СОБЫТИЯМИ В КЛИНИКЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия	197
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Корень Л.П., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х. ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАЛЮМИНАЛЬНОГО ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.....	198
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.....	198
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.....	199
Тилляшайхов М.Н., Абдурахмонов Д.К., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Махкамов Т.Х., Гаипов Д.А. КАРДИО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.....	200
Трипотень М.И., Погорелова О.А., Кучиев Д.Т., Аушева А.К., Погосова Н.В., Балахонова Т.В. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 ФГБУ НМИЦ кардиологии им. академика Е.И. Чазова МЗ РФ, г. Москва, Россия	201
Тухтабаев А.А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан	202

