

CRR
JOURNAL
OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

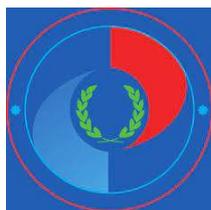
ISSN 2181-0974
DOI 10.26739/2181-0974



Journal of
**CARDIORESPIRATORY
RESEARCH**

Special Issue 1.1

2022



АССОЦИАЦИЯ
ТЕРАПЕВТОВ
УЗБЕКИСТАНА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции
(Самарканд, 22 апрель 2022 г.)

Под редакцией
Ж.А. РИЗАЕВА

ТОМ I

Самарканд-2022

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Жасур Алимджанович РИЗАЕВ
доктор медицинских наук, профессор
(отв. редактор)

Шухрат Худайбердиевич ЗИЯДУЛЛАЕВ
доктор медицинских наук
(зам. отв. редактора)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА
Наргиза Нурмаатовна АБДУЛЛАЕВА
Гуландом Зикриллаевна ШОДИКУЛОВА
Мухайё Бердикуловна ХОЛЖИГИТОВА
Заррина Бахтияровна БАБАМУРАДОВНА
Саодат Хабибовна ЯРМУХАММЕДОВА
Шоира Акбаровна ХУСИНОВА
Ирина Рубеновна АГАБАБЯН

Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 22 апрель 2022 г.) / отв. ред. РИЗАЕВ Ж.А. - Самарканд: СамГМУ, 2022. – 736 с.

В сборнике собраны материалы, которые содержат статьи и тезисы докладов, представленных на международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины», проведенной в СамГМУ 22 апрель 2022 г. Значительная часть материалов отражает современные проблемы внутренней медицины, посвященные поиску эффективных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.

Представленные материалы будут интересны специалистам всех направлений внутренней медицины и широкому кругу читателей, интересующихся вопросами возникновения и профилактики основных заболеваний терапевтического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Главный редактор: Э.Н.ТАШКЕНБАЕВА

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал



ISSN: 2181-0974
DOI: 10.26739/2181-0974



№SI-1.1
2022

Главный редактор:

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

доктор медицинских наук, проф. заведующая кафедрой внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского института, председатель Ассоциации терапевтов Самаркандской области. <https://orcid.org/0000-0001-5705-4972>

Заместитель главного редактора:

Хайбулина Зарина Руслановна

доктор медицинских наук, руководитель отдела биохимии с группой микробиологии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Аляви Анис Лютфуллаевич

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Ассоциации Терапевтов Узбекистана, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>

Бокерия Лео Антонович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Москва), <https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>

Курбанов Равшанбек Давлетович

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>

Michał Tendera

профессор кафедры кардиологии Верхнесилезского кардиологического центра, Силезский медицинский университет в Катовице, Польша (Польша) <https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>

Покушалов Евгений Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по науке и развитию сети клиник «Центр новых медицинских технологий» (ЦНМТ), (Новосибирск), <https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>

Акилов Хабибулла Атауллаевич

доктор медицинских наук, профессор, Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент)

Цурко Владимир Викторович

доктор медицинских наук, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва) <https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>

Абдиева Гулнора Алиевна

ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Медицинского Института <https://orcid.org/0000-0002-6980-6278> (ответственный секретарь)

Ризаев Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор, Ректор Самаркандского государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновациям Самаркандского Государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>

Зуфаров Миржамол Мирумарович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>

Ливерко Ирина Владимировна

доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Республики Узбекистан (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>

Камилова Умида Кабировна

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>

Тураев Феруз Фатхуллаевич

доктор медицинских наук, Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ю.Г. Туракулова

Саидов Максуд Арифович

к.м.н., директор Самаркандского областного отделения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (г. Самарканд)

Насирова Зарина Акбаровна

PhD, ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского Института (ответственный секретарь)



Камолова Диёра Жамshedовна

Ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2022-SI-1-1>

АННОТАЦИЯ

В настоящее время среди беременных женщин актуальной является проблема сердечнососудистой патологии. Были изучены признаки ремоделирования сердца у беременных женщин с АГ, обосновать патогенетическую терапию и провести анализ ее клинической эффективности в аспекте динамического наблюдения. Обследовано 42 беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в отделение патологии беременных 1- клиники СамМИ. Всем женщинам проводили стандартное общеклиническое и акушерское обследование и необходимый комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования. Таким образом, выявленные в нашем исследовании закономерности ремоделирования сердца и сосудов у беременных женщин с различными вариантами артериальной гипертензии являются клиническим проявлением морфо функциональной адаптации и дизадаптации кардиоваскулярной системы и могут служить важным диагностическим критерием в выявлении сердечно сосудистой и акушерской патологии и важным прогностическим фактором, определяющим стратегию акушерскую тактики и патогенетическую терапию. У 10 больных согласно рекомендациям Рабочей группы Всероссийское научное общество кардиологов по высокому АД при беременности и Комитета экспертов ВНОК, гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии, у 9 - ГБ II стадии, у 10 - гестационная АГ (ГАГ), у 8 — гестоз и у 4 - гестоз, наложившийся на ГБ, или сочетанный гестоз.

Ключевые слова: Ремоделирование сердца, гипертоническая болезнь, гестоз, ЭхоКГ, левый желудочек, диастолическая дисфункция.

Kamolova Diyora Jamshedovna

Assistant of faculty propaedeutics of internal medicine
Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

ASSESSMENT OF REMODELING OF THE HEART AND BLOOD VESSELS IN PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ANNOTATION

Currently, the problem of cardiovascular pathology is relevant among pregnant women. Signs of cardiac remodeling in pregnant women with hypertension were studied, pathogenetic therapy was justified and its clinical efficacy was analyzed in the aspect of dynamic observation. 42 pregnant women who were on inpatient treatment in the Department of Pathology of pregnant women 1- SamMI clinic were examined. All women underwent a standard general clinical and obstetric examination and the necessary complex of laboratory and instrumental research methods. Thus, the patterns of remodeling of the heart and blood vessels revealed in our study in pregnant women with various variants of arterial hypertension are a clinical manifestation of morpho-functional adaptation and disadaptation of the cardiovascular system and can serve as an important diagnostic criterion in the detection of cardiovascular and obstetric pathology and an important prognostic factor determining the strategy of obstetric tactics and pathogenetic therapy. . 10 had, according to the recommendations of the Working Group of the All-Russian Scientific Society of Cardiologists on High Blood Pressure during Pregnancy and the Committee of Experts of the VNOK,



hypertension (GB) stage I, 9 - GB stage II, 10 — gestational hypertension (GAG), 8 - gestosis and 4 - gestosis superimposed on GB, or combined gestosis.

Key words: Heart remodeling, hypertension, gestosis, echocardiography, left ventricle, diastolic dysfunction.

Kamolova Diyora Jamshedovna

Ichki kasalliklar propedeutika kafedrasida assistenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

O'zbekiston, Samarkand

HOMILADOR AYOLLARDA ARTERIAL GIPERTANZIYA NATIJASIDA YURAK VA QON TOMIRLAR REMODILLANISHINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Hozirgi vaqtda homilador ayollar orasida yurak-qon tomir patologiyasi muammosi dolzarbdir. AG bo'lgan homilador ayollarda yurakni remodillanish belgilari o'rganildi, patogenetik terapiyani asoslash va uning klinik samaradorligini dinamik kuzatish nuqtai nazaridan tahlil qilindi. SamDTI 1 - klinikasining homilador ayollar patologiyasi bo'limida statsionar davolanishda bo'lgan 42 nafar homilador ayol tekshirildi. Barcha ayollar standart umumiy klinik va akusherlik tekshiruvi va laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarining zarur kompleksini o'tkazdilar. Shunday qilib, homilador ayollarda arterial gipertensiya sababli yurak va qon tomirlarning turli xil variantlar bilan remodellanishi yurak-qon tomir tizimi adaptatsiya va dizadaptatsiyalarning klinik namoyon bo'lishidir. Bu homilador ayollardagi yurak-qon tomir va akusherlik patologiyasini diagnostikasi va prognozini baholash uchun muhim mezon hisoblanib, patogenetik davolashda muhim ahamiyatga ega. Arterial qon bosimi yuqori bo'lgan bemorlarda Butunrossiya kardiologlar jamiyati ishchi guruhi va VNOK ekspertlar qo'mitasi tavsiyanomasiga ko'ra 10 nafar GK I bosqichi, 9 nafari II bosqich, 10 nafari gestatsion arterial gipertenziya, 8 nafarida gestoz, 4 nafari gipertoniya kasalligi bilan birgalikdagi gestoz.

Kalit so'zlar: yurakning qayta tuzilishi, gipertoniya, gestosis, EXOKG, chap qorincha, diastolik disfunktsiya.

Актуальность: В настоящее время среди беременных женщин актуальной является проблема сердечнососудистой патологии. Частота заболеваний сердца и сосудов неуклонно возрастает. [Фролова О.Г. и др., 2005; Баранова Е.И., 2006; Савельева Г.М., 2006; Шехтман М.М., 2008; Стрюк Р.И. и др., 2009]. В настоящее время все чаще становятся актуальными в клинической практике сочетание беременности со сложной кардиальной патологией. В результате значительного прогресса в медицинской науке существенно расширились показания для возможности вынашивания беременности у женщин, которым ранее не разрешалось иметь детей. В Рекомендациях ESH, ESC (2007) получила дальнейшее развитие концепция оценки общего сердечно-сосудистого риска, согласно которой АД является лишь компонентом многопрофильного спектра ФР, лишь небольшая часть гипертензивной популяции имеет изолированно повышение АД, в огромном же большинстве случаев есть дополнительные кардиоваскулярные ФР.

Цель исследования: Изучить признаки ремоделирования сердца у беременных женщин с АГ, обосновать патогенетическую терапию и провести анализ ее клинической эффективности в аспекте динамического наблюдения.

Материалы и методы исследования: Обследовано 42 беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в отделение патологии беременных 1- клиники СамМИ. Всем женщинам проводили стандартное общеклиническое и акушерское обследование и необходимый комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования. Последние включали динамический контроль показателей ЭКГ (Изменения интервала ST и зубца T, длительность интервала QT, ЧСС, наличие признаков гипертрофии, перегрузки отделов сердца, нарушения сердечного ритма и проводимости и т. д.), эхокардиографии - ЭхоКГ (структурно-функциональные характеристики камер и клапанного аппарата сердца, восходящего отдела аорты, признаки и выраженность



легочной гипертензии, наличие жидкости в полости перикарда) , ультразвукового исследования (УЗИ) состояния плода и маточно-плацентарного кровотока, клиническое измерение АД (АДкл.), СКАД и СМАД, по показаниям, суточный мониторинг ЭКГ, УЗИ почек и почечных артерий.

Риск беременности определяли по шкале В.И. Медведя, 1998 .Заболевание сердца и сосудов относили к категории болезней, не повышающих риск беременности (I степень), при выполнении всех перечисленных условий. Для установления II, III или IV степени риска было достаточно наличия у больной одного из приведенных в соответствующей графе синдромов (симптомов), причем в случае сочетания нескольких признаков, определяющих принадлежность к разным категориям, степень риска оценивалась как более высокая.

Нами было изучено 42 беременных женщин с различными вариантами АГ. У 10 была согласно рекомендациям Рабочей группы Всероссийское научное общество кардиологов по высокому АД при беременности и Комитета экспертов ВНОК, гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии, у 9 - ГБ II стадии, у 10 - гестационная АГ (ГАГ), у 8 — гестоз и у 4 - гестоз, наложившийся на ГБ, или сочетанный гестоз (в динамике беременности у ряда женщин с ГБ и ГАГ формировался гестоз, что определяло «переход» этих больных в соответствующие группы). Всем женщинам с АГ проводили адекватную длительную индивидуализированную антигипертензивную терапию (АГТ) медикаментозными препаратами, получившими доказательства относительной безопасности для плода в клинических исследованиях. Измерение АД_{кл.} у беременных проводили с учетом рекомендаций Х. Сильвер (1999), ESC (2003), ВНОК (2004) , ESH, ESC (2007) , Рабочей группы ВНОК по высокому АД при беременности , ВНОК (2008) и Комитета экспертов ВНОК

Для суточного мониторирования АД и частоты пульса использовали аппарат (ВАТ41). Регистрацию параметров осуществляли в условиях свободного двигательного режима течение 26 час. с интервалом 20 мин. в утренний период с 7 до 10 час, 30 мин. - с 10 до 22 час. и 60 мин. - с 22 до 7 час. с последующим исключением из обработки первых 3⁴ измерений как показателей адаптационных реакций женщин на исследование.

УЗИ сердца и сосудов осуществлялось на аппаратах "AQQUVIX " (Южная Корея) с регистрацией изображения в одно- (М-) и двухмерном (В-) режимах по традиционной методике, рекомендованной Комитетом по номенклатуре и стандартам Американского общества эхокардиографии. Из парастернального и верхушечного доступов визуализировали клапанный аппарат сердца, измеряли систолический диаметр левого и правого предсердий (ЛП, ГШ, мм), конечный диастолический размер правого желудочка (ПЖ, мм), конечные размеры ЛЖ в систолу и диастолу (КСР, КДР, мм), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСд, мм) и межжелудочковой перегородки (ТМЖПд, мм) в диастолу. Рассчитывали следующие структурно-функциональные показатели ЛЖ. Состояние диастолической функции ЛЖ изучали по трансмитральному доплеровскому кровотоку с определением максимальной скорости в фазе раннего (пик E, early) и позднего, или предсердно-индуцированного (пик A, atrial-induced) наполнения, соотношения E/A, времени замедления раннего наполнения (DTE, E- deceleration time) и времени изовольюмического расслабления (IVRT, isovolumic relaxation time). На основании этих данных определяли характер диастолического наполнения ЛЖ [Мареев В.Ю. и др., 2007]: нормальная диастолическая функция (E/A 1-2, DTE 150-220 мс, IVRT 70-100 мс), незначительная диастолическая дисфункция (I стадия ДД) по типу замедленной релаксации (E/A < 1, DTE > 220 мс, IVRT > 100 мс), умеренная ДД (II стадия) по псевдонормальному типу (E/A 1-2, DTE 150-200 мс, IVRT 70-100 мс в сочетании с максимальной скоростью диастолического ретроградного кровотока в легочных венах >35 см/сек) и тяжелая ДД (III стадия) по рестриктивному типу (E/A > 2, DTE < 150 мс, IVRT < 70 мс).

Результаты исследования: В конце I триместра визуализация сердца у женщин гестации выявила выраженную гипертрофическую перестройку ЛЖ у больных с ГБ. Если среднегрупповой ИММЛЖ при ГБ I стадии ИММЛЖ был увеличен (что, по мнению В.А. Vakili и соавт. (2001), уже повышает риск серьезных сердечнососудистых событий), а при ГБ II стадии — выявлена явная ГЛЖ. Среди геометрических типов ЛЖ в контрольной группе превалировала нормальная геометрия, в группах ГБ — КР и КГ (табл. 1).

Таблица 1:

Характеристика кардиоваскулярного ремоделирования при неосложненной беременности и различных вариантах АГ у женщин I группы(%обследованных)

Срок бер.	Вариант АГ	N	Тип геометрии ЛЖ					Стадия ДД				
			НГ	ЭР	ЭГ	КР	КГ	I	II	III		
Конец триместра	I											
	ГБ I ст	10	14,5	5,2	0	24,57	0	13,2	0	0		
	ГБ II ст	9	14,3	11,4	8,6	22,9	42,8	42,8	5,7	0		
	Здоров.	10	84,4	15,6	0	0	0	3,1	0	0		
Конец триместра	II											
	ГБ I ст	10	36,9	26,3	10,5	26,3	0	18,4	2,6	0		
	ГБ II ст	9	8,6	20,0	20,0	17,1		48,6	5,7	0		
	ГАГ	10	34,3					21,4	0	0		
	Гестоз	8	31,0	42,8	4,8	21,4	0	27,3	9,1	0		
	Сочет.гестоз	8	9,1	9,1	0	54,5	27,3	40,0	20,0	10,0		
	Здоров	10	0	0	0	60,0	6,2	0	0			
			40,0									
			59,4	34,4	6,2	0	0					
Середина триместра	III											
	ГБ I ст	10	19,5	44,4	22,2	11,1		11,1	0	0		
	ГБ II ст	9	2,8					28,6	4,8	0		
	ГАГ	10		1	38,1	19,0		26,3	2,6	0		
	Гестоз	8		14,3	28,6			21,9	6,2	0		
	Соч.гес.	8	18,4	42,1	21,0	13,2		18,8	12,5	6,3		
	Здоров.	10	5,3					6,2	0	0		
			0	6,2	3,1	56,3	34,4					
			0	0	9,3	31,3	59,4					
			28,1	46,9	21,9	3,1						
			0									

Так, у беременных с неосложненной гестацией росла доля пациенток с ЭР и ЭГ ЛЖ (табл 1) что объясняется, с одной стороны, увеличением ОЦК и соответствующей нагрузки ЛЖ объемом (большой КДО позволяет поддерживать высокий УО для сохранения минутного объема кровообращения), с другой развитием физиологической эстроген зависимой, обратимой после родов ГЛЖ [Макаров О.В. и др., 2006; Ткачева О.Н., Барабашкина А.В., 2006]. Увеличение частоты эксцентрической геометрии ЛЖ отмечалось в динамике беременности и у больных ГБ. Адекватная АГТ у беременных женщин с ГБ способствовала регрессу КГ в одной трети случаев [Гайсин И.Р., Однопозова Л.Я., 2002]. Во II половине гестации были сформированы три новые клинические выборки (табл. 1). Беременные с ГАГ имели, преимущественно, схожие с больными ГБ I стадии типы геометрии ЛЖ. У женщин с симптомами гестоза без сопутствующей экстрагенитальной патологии или с гестозом на фоне ГБ ремоделирование сердца проходило, в основном по менее благоприятному, концентрическому типу [Гайсин И.Р., Максимов Н.И., 2008]. В последнем триместре беременности у 2 беременных основной группы с ГБ I стадии, у 14 - с ГБ II стадии и у 4 - с ГАГ появились клинические и лабораторно-инструментальные признаки гестоза, что послужило основанием отнести их к группе больных сочетанным гестозом. При гестозе, характеризующимся значительным повышением ОПСС и гиповолемией [Макаров О.В. и др., 2006], констатировано симметричное утолщение стенок ЛЖ без его дилатации (концентрическая геометрия) и некоторое уменьшение размеров правых отделов сердца. Увеличение ИММЛЖ сопровождалось снижением сократительной способности миокарда ЛЖ, нарастанием миокардиальный стресс в диастолу и тяжести ДЦ (бессимптомной систолической и диастолической дисфункцией), что свидетельствовало о дизадаптивном характере ГЛЖ при гестозе [Гайсин И.Р., Максимов Н.И., 2008]. Следует отметить, что в группах больных ГБ и АГ связь между возрастом и ИММЛЖ была значительно сильнее.

Обсуждение: ДД встречалась при различных типах геометрии ЛЖ, в том числе у практически здоровых беременных (возможно, из-за повышения ЧСС), однако нарушения диастолической функции были значительно выражены у больных с ЭГ. Толщина интимы меди (ТИМ),



определяемая на задней стенке общей сонной артерии, возрастала по мере увеличения степени АГ и достоверно отличалась от показателей группы контроля. Увеличение ТИМ $> 0,9$ мм, являющееся вариантом субклинического поражения органов при АГ [62; Mancía G. et al., 2007], в нашем исследовании закономерно чаще встречалось при ГБII стадии и сочетанном с ГБII стадией гестозе; в 10 случаях обнаружен атеросклероз сосудов. При первом обследовании беременных была отмечена корреляция значений ТИМ с ЭЗВД ($r=-0,48$; $p<0,01$); учитывая центральную вазопротекторную роль эндотелия, можно утверждать, что ВЭД вносит свой вклад в развитие макрососудистых поражений при АГ у беременных. Корреляционный анализ выявил также средней силы прямую связь ТИМ с возрастом женщин (как в основных, так и в контрольной группах) и еще более тесную связь - с ИММЛЖ и длительностью ГБ [Гайсин И.Р., Максимов Н.И., 2008].

Вывод: Таким образом, выявленные в нашем исследовании закономерности ремоделирования сердца и сосудов у беременных женщин с различными вариантами артериальной гипертензии являются клиническим проявлением морфо функциональной адаптации и дизадаптации кардиоваскулярной системы и могут служить важным диагностическим критерием в выявлении сердечно сосудистой и акушерской патологии и важным прогностическим фактором, определяющим стратегию акушерскую тактики и патогенетическую терапию.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Фролова О.Г. и др., 2005; Баранова Е.И., 2006; Савельева Г.М., 2006; Шехтман М.М., 2008; Стрюк Р.И. и др., 2009
2. Ташкенбаева Э. Н., Насырова З. А., Мирзаев Р. З. СТРАТИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПУТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
3. American Society of Echocardiography's (ASE) Nomenclature and Standards Committee) [Lang R.M. et al., 2006].
4. Рыбин М.В. Плацентарная недостаточность при гестозе:патогенез, диагностика, оценка степени тяжести и акушерская тактика: 2007г-46с.
5. Djamsheodovna K. D. ECHOCARDIOGRAPHIC SIGNS F CHF IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2021. – Т. 2. – №. 11. – С. 192-196.
6. Ярмухамедова С. Х., Камолова Д. Ж. Изучение геометрии миокарда у больных гипертонической болезнью по данным эхокардиографии //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 76-80.
7. Хасанжанова Ф. О. и др. Изменение маркеров некроза кардиомиоцитов у больных с инфарктом миокарда в зависимости от возраста //Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент. – 2018. – С. 13-14.
8. Ташкенбаева Э. Н. и др. Прединдикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST //Наука и общество в эпоху перемен. – 2018. – №. 1. – С. 12-15.