

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)



Рахимова Д.А.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации.

Ташкент, Узбекистан

Тиллоева Ш.Ш.

Бухарский государственный
медицинский институт

Бухара, Узбекистан

Набиева Д.А.

Бухарский государственный
медицинский институт

Бухара, Узбекистан

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ



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

АННОТАЦИЯ

По данным Всемирной организации здравоохранения тяжелая бронхиальная астма из-за широкой распространенности и высокого уровня смертности считается медико-социальной проблемой. Тяжелая бронхиальная астма (БА) является одним из причин развития легочной артериальной гипертензии (ЛГ) и составляют более 50% в структуре формирования хронического легочного сердца. Целью исследования явилось изучение состояния психоэмоционального статуса у больных БА, осложненной легочной гипертензией, эффекты воздействия физических факторов при комплексных режимах терапии. В исследование включены 52 больных в возрасте от 36 до 64 лет, страдающих БА, у которых заболевание осложнилось ЛГ. Больные были распределены на 2 группы. В «а» группу вошли 27 больных БА II-III степенью тяжести с ЛГ (средний возраст $53,1 \pm 2,5$ лет) К «б» группе были отнесены 24 больных БА III-IV степенью тяжести с ЛГ (средний возраст $58,2 \pm 2,8$ лет). исследования показали, что у больных БА с ЛГ изменения эмоционально-личностной сферы и физического состояния параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики больных. Прогрессирование легочной гипертензии у больных БА II-III степенью тяжести носит адаптивный характер, у больных БА III-IV степенью тяжести наблюдается дезадаптивное состояние в сфере респираторных и психоэмоциональных факторов регуляции., что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: бронхиальная астма (БА), легочная гипертензия, качества жизни, регуляция психовегетативные факторы.

Rakhimova D.A.

Republican Specialized Scientific and Practical
medical center for therapy and medical rehabilitation.

Tashkent, Uzbekistan

Tilloeva Sh.Sh.

Bukhara State Medical Institute

Bukhara, Uzbekistan

Nabieva D.A.

Bukhara State Medical Institute

Bukhara, Uzbekistan



ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND THE EFFECTS OF COMPLEX THERAPY REGIMENS

ANNOTATION

According to the World Health Organization, severe bronchial asthma is considered a medical and social problem due to its widespread prevalence and high mortality rate. Severe bronchial asthma (BA) is one of the causes of pulmonary arterial hypertension (PH) and accounts for more than 50% in the structure of chronic cor pulmonale. The aim of the study was to study the state of the psycho-emotional status in patients with asthma complicated by pulmonary hypertension, the effects of physical factors in complex therapy regimens. The study included 52 patients aged 36 to 64 years with asthma, in whom the disease was complicated by PH. The patients were divided into 2 groups. The "a" group included 27 patients with BA II-III severity with PH (mean age 53.1 ± 2.5 years) The "b" group included 24 patients with BA III-IV severity with PH (mean age $58, 2 \pm 2.8$ years). studies have shown that in BA patients with PH, changes in the emotional-personal sphere and physical condition are parallel to violations of bronchial patency, pulmonary hemodynamics of patients. The progression of pulmonary hypertension in patients with BA II-III severity is adaptive in nature, in patients with BA III-IV severity there is a maladaptive state in the field of respiratory and psycho-emotional regulatory factors, which should be taken into account when developing a treatment plan for this category of patients.

Keywords: bronchial asthma, pulmonary hypertension, quality of life, psycho-emotional status

Rahimova D.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy terapiya va tibbiy reabilitatsiya uchun tibbiy markaz
Toshkent, O'zbekiston

Tilloeva Sh.Sh.

Buxoro davlat tibbiyot instituti
Buxoro, O'zbekiston

Nabieva D.A.

Buxoro davlat tibbiyot instituti
Buxoro, O'zbekiston

BRONXIAL ASTMASI BO'LGAN BEMORLARNING PSIXOEMOTSIONAL HOLATI VA HAYOT SIFATI HAMDA KOMPLEKS TERAPIYA SAMARASINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, og'ir bronxial astma keng tarqalganligi va o'lim darajasi yuqori bo'lganligi sababli tibbiy va ijtimoiy muammo hisoblanadi. Og'ir bronxial astma (BA) o'pka arterial gipertenziasining sabablaridan biri bo'lib, surunkali kor pulmonale tuzilishining 50% dan ko'prog'ini tashkil qiladi. Tadqiqot maqsadi o'pka gipertenziyasi bilan asoratlangan astma bilan og'rigan bemorlarning psixo-emotsional holatini, kompleks terapiya rejimlarida jismoniy omillarning ta'sirini o'rganish edi. Tadqiqotga BA bilan og'rigan 36 yoshdan 64 yoshgacha bo'lgan 52 bemor ishtirok etdi, ularda kasallik arterial gipertenziyasi bilan asoratlangan. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan. "a" guruhiga arterial gipertenziya bilan BA II-III og'irlikdagi 27 bemor (o'rtacha yoshi $53,1 \pm 2,5$ yil) "b" guruhiga arterial gipertenziya bilan BA III-IV og'irlikdagi 24 bemor (o'rtacha yoshi $58, 2 \pm 2,8$ yil) kiritilgan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, arterial gipertenziya bilan og'rigan BA bemorlarida emotsional-shaxsiy soha va jismoniy holatdagi o'zgarishlar bronxial o'tkazuvchanlik, bemorlarning o'pka gemodinamikasi buzilishiga parallel. BA II-III zo'ravonlik darajasi bo'lgan bemorlarda o'pka gipertenziasining rivojlanishi adaptivdir, BA III-IV zo'ravonlik darajasi bo'lgan bemorlarda nafas olish va psixo-emotsional tartibga solish omillari sohasida noto'g'ri holat mavjud bo'lib, ular rivojlanayotganda e'tiborga olinishi kerak.

Kalit so'zlar: bronxial astma, o'pka gipertenziyasi, hayot sifati, psixo-emotsional holat



По данным Всемирной организации здравоохранения тяжелая бронхиальная астма из-за широкой распространенности и высокого уровня смертности считается медико-социальной проблемой. Тяжелая бронхиальная астма (БА) является одним из причин развития легочной артериальной гипертензии (ЛГ) и составляют более 50% в структуре формирования хронического легочного сердца. В возрасте 35-55 лет бронхиальной астмой страдает до 12% населения в мире. За десять лет заболеваемость бронхиальной астмой увеличилась на 35%, каждый год от 100 до 150 млн. человек заболевают бронхиальной астмой [1,2].

Причиной роста распространенности и смертности от БА осложненной легочной гипертензией, гиподиагностика и позднее выявление. Чтобы наладить раннюю диагностику, адекватную профилактику и лечение ЛГ, необходимо уточнить патогенез этого заболевания. При БА, особый интерес представляет изучение альтернативных методов лечения при различных степенях БА, что важно для разработки комплекса адекватного лечения [3,4]. Одним из немедикаментозных методов терапии больных БА, возможно, является электрофорез бишофита. Так как бишофит оказывает местное противовоспалительное действие, способствует активизации обменных процессов, а физиотерапевтические процедуры усиливают эффект бишофита. Под воздействием тепла, электрического импульса биологически активные компоненты быстрее проникают внутрь тканей и нормализуют биологические процессы. Также работа систем и органов организма активизируется, восстанавливается нормальный кровообмен и предотвращаются застойные процессы в лимфатической системе [6,9,10].

По социально-экономическому ущербу, влиянию на уровень здоровья и качество жизни пациентов, БА входит в число первых трех патологий в структуре заболеваний человека. Хроническое рецидивирующее течение БА, часто проявляющееся в раннем детстве и продолжающееся в течение всей жизни, может быть причиной не только инвалидности, но и смертельных исходов, что определяет необходимость исследования сложных невыясненных механизмов развития данной патологии с целью разработки эффективных методов диагностики и профилактики [Геппе н. А. И др., 2002; под ред. Чучалина А.Г., 2005; GINA, 2011] [1,4].

Одним из основных аспектов в лечении больных с бронхиальной астмой является поддержание адекватного контроля над течением заболевания, то есть достижение состояния, позволяющего больному чувствовать себя практически здоровым. Существуют данные о корреляции тяжести БА с степенью снижения качества жизни пациентов в различных популяциях. Нестабильность течения заболевания может способствовать значительным

по времени пропускам занятий в школе у детей, у взрослых отсутствию на работе, может повредить карьере больного. Основные расстройства могут

сами по себе вызвать недомогание, особенно когда их развитие непредсказуемо. Уровень контроля над течением БА в свою очередь влияет на психо-эмоциональную сферу пациента, возможность выполнения физических нагрузок, на социальную адаптацию пациента в целом, то есть на качество жизни больного с астмой [7].

Целью исследования явилось изучение состояния психоэмоционального статуса у больных БА, осложненной легочной гипертензией, эффекты воздействия физических факторов при комплексных режимах терапии.

Материал и методы. В исследование включены 52 больных в возрасте от 36 до 64 лет, страдающих БА, у которых заболевание осложнилось ЛГ. Больные были распределены на 2 группы. В «а» группу вошли 27 больных БА II-III степенью тяжести с ЛГ (средний возраст $53,1 \pm 2,5$ лет) К «б» группе были отнесены 24 больных БА III-IV степенью тяжести с ЛГ (средний возраст $58,2 \pm 2,8$ лет). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (ЗЛ), сопоставимых по возрасту. Обследованные больные не имели сопутствующих заболеваний.

В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы: 1а подгруппа (14 больных) и 1б подгруппа (12 больных) получали электрофорез бишофита (ЭБ) и стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2017 г), которая включает бронхолитики короткого и/или пролонгированного действия ингаляционные ГКС и муколитики, а также ЛФК и дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, сеанс психотерапии. При наличии признаков внутрибронхиальной инфекции пациентам назначали антибактериальную терапию; 2а подгруппа (13 больных) и 2б подгруппа (12 больных) получали только стандартную терапию. Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.



(Методика проведения процедуры электрофореза бишофита (по С.Б.Вермелю): с 30 мл раствором бишофита смачивают многоразовую токопроводящую прокладку электрода площадью 300 см². Анод (положительный электрод) должен быть установлен на межлопаточную область, два других электрода площадью 150 см² каждый — на область икроножных мышц обеих нижних конечностей, Процедура длится 15-20 минут, ежедневно, на протяжении 10 дней)

Исследования больных проводились в период относительной ремиссии легочного заболевания. Помимо общеклинических исследований у всех пациентов исследованы функция внешнего дыхания, насыщение крови кислородом, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Анализировали вентиляционную способность легких (ВСЛ) с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁, %), жизненной емкости легких (ЖЕЛ, %) и пиковая скорость выдоха (ПСВ, %), также определена сатурация крови кислородом SaO₂. Изучение параметров качества жизни больных БА проводилось по специализированному Сизтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень эмоционального состояния (ЭС), удовлетворенности лечением (УЛ), профессиональной пригодности (ПП), физического состояния (ФС) и данные 6-ти минутной шаговой пробы. Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью теста Спилбергера на выявление реактивной и личностной тревожности.

Гемодинамику малого круга кровообращения изучали с помощью доплерэхокардиографии. Рассчитывали следующие параметры спектра диастолического наполнения ПЖ: E/A — соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения; ВЗ (м/с) — время замедления раннего наполнения; ВИР (м/с) — время изоволюмического расслабления и фракция предсердного наполнения (ФПН, %). Среднее легочное артериальное давление (ЛАД).

Результаты и обсуждение. По данным ФВД до лечения наблюдалось снижение вентиляционно-перфузионного состояния бронхолегочной системы у всех больных БА с ЛГ. Так, показатель ОФВ₁ составлял в 1б группе 58,2±0,5%, во 2б группе 66,1±1,6%, (p<0,005), SaO₂ соответственно, в 1б 85,1±5% и во 2б 89,6±1,4% (p<0,05), что характерно для нарастания обструкции бронхов. У больных БА II-III степенью тяжести с легочной гипертензией по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности, а у больных БА III-IV степенью тяжести с ЛГ отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением (p<0,05),

До комплексной терапии обнаружили, что у всех больных БА с ЛГ наблюдается психоэмоциональное перенапряжение, так реактивная тревожность и личностная тревожность в 1а и 2а подгруппах высокая чем в 1б и 2б подгруппах. Однако, в динамике лечения у больных сохраняется относительно высокая напряженность симпатoadреналовых звеньев в адаптивных реакциях организма.

Проведенным сравнительным анализом вентиляционных показателей в группе больных, получавших электрофорез бишофита на фоне СТ через 10 дней терапии отмечается прирост объемных показателей. Также данные 6-ти минутной шаговой пробы показали параллельный прирост выполняемой пробы на 12%.

При сравнении внутри подгруппы, у больных БА II-III степенью тяжести в 1а и 2а подгруппах параметры вентиляционной способности легких: ОФВ₁ и ПСВ улучшились соответственно на 25% и 22%, у больных БА III-IV степенью тяжести в 1б и 2б подгруппах, ОФВ₁ и ПСВ улучшились соответственно на 20% и 18%.

Сравнительный анализ влияния комплексной терапии электрофорезом бишофита + СТ на качество жизни показал улучшение параметров ФС; ЭС; ПП и УЛ соответственно на: 11,2; 8,1; 6,8 и 9,3, в группе больных получавшие только процедуры СТ соответственно на: 8,2; 6,1; 4,3 и 5,2. При сравнении внутри подгруппы, улучшение параметров качества жизни и психоэмоциональный статус, у больных БА II-III степенью тяжести 1а и 2а подгруппы оказались несколько существеннее, чем у больных БА III-IV степенью тяжести 1б и 2б подгруппы.

В динамике лечения, определили уменьшение ВЗ, ВИР, ФПН и ЛАД_{сер}, а также повышение E/A (p<0,05, достоверность различия с показателями до лечения). Полученные нами факты показывают, что у обследованных больных снижение давления в легочной артерии ведет к уменьшению давления в ПЖ сердца. В результате происходит уменьшение диастолической дисфункции: продолжительности ВИР, ВЗ и ФПН и снижение градиента давления между желудочками.

При проведении корреляционного анализа между параметрами КЖ, индексов легочной гемодинамики отмечено, что с улучшением бронхиальной проходимости ОФВ₁ улучшились ФС, ЭС, ПП и УЛ на (r=0,64; 0,45;



0,26 и 0,21, $p < 0,03$). Улучшение уровня $ОФВ_1$ приводило к улучшению ФС, ЭС, ПП и УЛ на ($r = -0,74$; $-0,65$; $-0,58$ и $-0,27$, $p < 0,01$). Установлена взаимосвязь между повышением ПСВ и ФС, ЭС, ПП и УЛ ($r = -0,57$; $-0,49$; $-0,38$ и $-0,19$, $p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА электрофореза бишофита на фоне стандартной терапии позволяет повысить вентиляционную способность легких, снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца тем самым, улучшит структуру диастолы ПЖ сердца. Нужно отметить, что после проведенных процедур снижается тяжесть течения болезни и параллельно повышается КЖ этих пациентов.

Таким образом, исследования показали, что у больных БА с ЛГ изменения эмоционально-личностной сферы и физического состояния параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики больных. Прогрессирование легочной гипертензии у больных БА II-III степенью тяжести носит адаптивный характер, у больных БА III-IV степенью тяжести наблюдается дезадаптивное состояние в сфере респираторных и психоэмоциональных факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1, 11].

Взаимное отягощение и прогрессирование кардиореспираторных нарушений основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие обструкции, гипоксии головного мозга и нарушений легочной микроциркуляции [5]. Нами было отмечено параллельное улучшение состояния вентиляционной способности легких, а также параметров психоэмоционального, физического статуса у больных БА с ЛГ, наступающее после стандартного лечения с включением электрофореза бишофита.

Выводы.

1. У больных БА III-IV степенью тяжести с ЛГ отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, а у больных БА II-III степенью тяжести с легочной гипертензией по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.
2. В основе возникновения и развития легочной гипертензии у больных БА II-III степенью тяжести лежат адаптивные, а у больных БА III-IV степенью тяжести дезадаптивные состояния в сфере психоэмоциональных факторов регуляции, что свидетельствует о длительном снижении ВСЛ и гипоксии головного мозга.
3. Применение электрофореза бишофита на фоне стандартной терапии способствует улучшению вентиляционной способности легких, который положительно коррелирует качеством жизни и психоэмоциональным статусом больных БА.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Тиллоева Ш.Ш., Назирова М.Х., Эшқораев А.Т. Юрак ўнг қоринча диастола дисфункцияси ривожланиши ва бронх-ўпка тизими вентиляция-перфузия функционал ўзгаришларнинг боғлиқ кечиши // Ўзбекистон терапия ахборотномаси. - 2019. - №1. - Б. 66-71.
2. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш. Нарушения психоэмоционального статуса и респираторных показателей у больных с легочной гипертензией, эффекты воздействия комплексных режимов терапии при бронхиальной астме// Проблемы биологии и медицины - 2019. - № 2 (109). - С.15-18.
3. Гаглошвили Я.К. Клинико-патогенетические особенности формирования легочной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений у больных с бронхиальной астмой. // Автореферат диссертация кандидата медицинских наук : Москва. 2009. С- 126
4. Rakhimova D.A., Tilloeva S.Sh. Study a comparative analysis of the relationship between disorders quality of life and psychoemotional status of patients at different steps of severity of bronchial asthma relating to arterial hypertension and efficiency of various modes of complex therapy // Asian Journal of Multidimensional Research. Reviewed International Journal (AJMR). - 2019. - Vol.8. Issue 10. - P. 5-10.
5. Тиллоева Ш.Ш. Взаимосвязь между параметрами кардиореспираторной системы, легочной гипертензией и функциональным статусом больных бронхиальной астмой// III Международной



научно-практической конференции. «Наука и образование в современном мире: Вызовы XXI века». - 2019. - С.107-109.

6. Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш. Нарушения вегетативного статуса и взаимосвязь структурно – функциональных показателей правого желудочка сердца у больных бронхиальной астмой с легочной гипертензией // Материалы 80-й межрегиональной научно-практической конференции с международным участием студенческого научного общества им. Профессора Н.П. Пятницкого Кубанского государственного медицинского университета. - 2019.- С. 392.
7. Карунас, А.С. Анализ ассоциации полиморфных вариантов генов цитокинов с бронхиальной астмой . // Цитокины и воспаление. 2007. № 4. – С-22-28
8. С.А.Прибылов, Н.Н.Прибылов и др.. Современный подход к оценке контроля и терапии различных Фенотипов бронхиальной астмы по данным показателей Эндотелиальной дисфункции. //Архив внутренней медицины . Россия. № 1. 2017.С-36
9. Сысуев Б.Б., Митрофанова И.Ю., Степанова Э.Ф. Перспективы и проблемы создания На основе минерала бишофит эффективных лекарственных форм. //Fundamental research №6, 2011.С-218-220?
10. А.Б. Строк, С.Б. Баширова. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой. //Качественная клиническая практика №3 2008 г.С-53.
11. Хрусталева М.И. Комплексная оценка легочно-сердечной гемодинамики у больных бронхиальной астмойхрусталева маргарита игоревна. Кандидата медицинских наук. // Санкт-Петербург. 2008. С- 123.