

является универсальным механизмом прогрессирования всех заболеваний сердца. Оно развивается в результате гипертрофии, изменении формы и объема камер, функциональных нарушений кардиомиоцитов. Ремоделирование представляет собой компенсаторную реакцию, направленную на поддержание сердечного выброса.

Цель: изучить особенности функциональных нарушений миокарда у больных с ГБ по данным ЭхоКГ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 больных с ГБ, получавших стационарное лечение в клинике СамМИ №1. Из них 54 мужчин и 44 женщин. (Средний возраст составил $48 \pm 8,5$ лет) Наряду с общепринятыми традиционными клиничко-лабораторными методами для подтверждения и уточнения диагноза использовались ЭКГ, ЭхоКГ с доплерографией. Эхокардиографическое исследование осуществлено на ультразвуковом сканере ACCUVIXXQ.

Результаты. За ГЛЖ принимали увеличение толщины стенок ЛЖ более 1,1 см, измеренных в стандартной позиции «М»-режима. Ремоделирование ЛЖ, нарушение внутрижелудочковой проводимости, сопровождающееся перераспределением массы миокарда и приводящее к асинхронной электрической активации желудочков, могут маскировать наличие ГЛЖ. Нами были изучены признаки электрокардиографических изменений в зависимости от ММЛЖ

Для объективной оценки происходящих структурных изменений в ЛЖ при АГ мы вычисляли ММЛЖ, с учетом конституциональных особенностей пациентов – и ММЛЖ, учитывали их пол и возраст. Расчет ММЛЖ проводили по трем выше указанным формулам с целью выбора оптимальной величины. Нами был проведен сравнительный анализ величины ММЛЖ, рассчитанной с использованием этих формул. Выяснилось, что ММЛЖ и ММЛЖ зависят от возраста и пола человека, что свидетельствует и о естественной приросте массы ЛЖ. При изучении полученных эхокардиографических критериев ГЛЖ была выявлена у 52 (53%) мужчин и у 40 (40,8%) женщин. Критерием дилатации ЛЖ служило превышение КДР $-3,2 \text{ см/м}^2$ у женщин и $3,1 \text{ см/м}^2$ - у мужчин). В группе пациентов с увеличенной ММЛЖ наблюдалось примерно одинаковое распределение больных с концентрическим - 48,6% и эксцентрическим (без дилатации ЛЖ) типами гипертрофии ЛЖ - 50%. Эксцентрический вариант гипертрофии с дилатацией полости ЛЖ встречался редко - в 1,4%. Тип ремоделирования

ЛЖ определялся в зависимости от величины ММЛЖ. У больных с нормальной геометрией ЛЖ, II и III типами ремоделирования ЛЖ различия в ММЛЖ по сравнению с контролем и друг с другом не найдено. При V, VI, VII типах наблюдалась выраженная ГЛЖ, которая в большей степени проявилась у больных с концентрическим и эксцентрическим (с дилатацией) типами ремоделирования ЛЖ.

Заключение. У больных ГБ без ГЛЖ маркером повреждения миокарда является изменение геометрии ЛЖ по типу концентрического ремоделирования, изолированной гипертрофии МЖП и наличие ДД. Первым признаком ДДЛЖ является нарушение начальной энергетически зависимой части диастолы, обусловленной процессами активного расслабления миокарда. ГЛЖ сопровождается нарушением процессов расслабления и увеличением упругости стенок ЛЖ различной степени выраженности.

ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ИЗУЧЕНИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АГ

Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. АГ остается актуальной проблемой современной медицины. Данные тканевой доплерографии являются крайне важными для оценки прогноза при АГ, особенно при сопутствующей ХСН.

Цель: оценка структурно-функциональных особенностей сердца у больных АГ на основании тканевой доплерографии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 53 пациента с АГ в возрасте от 45 до 72 лет. Наряду с общепринятыми традиционными методами исследования всем больным проводилась тканевая эхокардиография.

Результаты. На фоне гипотензивной терапии снижение цифр систолического АД у больных АГ с величиной отношения $E/E_m < 8$ составило 9,5% и 12,2%, при $E/E_m > 8$, снижение диастолического АД - 8,3% и 10,4% соответственно. При этом у больных с величиной отношения $E/E_m > 8$ количество пациентов с повышенной утомляемостью сократилось с 42,4% до 24,2% ($p > 0,05$), сердцебиением - с 18,2% до 3,0% ($p > 0,05$) п одышкой - с 30,3% до 21,2%. Так, в обеих группах было отмечено снижение Te_i -индекса по всем стенкам ЛЖ, включая боковую стенку. При этом снижение величины Te_i -индекса было более значимо у больных с исходной величиной комбинированного индекса $E/E_m > 8$, и данная динамика в основном происходила за счет уменьшения продолжительности IVRT. При более подробном анализе динамики E/E_m было

отмечено, что из 53 пациентов с исходной величиной $E/Em < 8$ только у 42 больных (79,2%) данный показатель оставался меньше 8 и составил $6,1 \pm 1,2$, тогда как у остальных 11 (20,8%) пациентов отношение данного показателя претерпевало отрицательную динамику, то есть, величина отношения E/Em стала больше 8 и составила $9,3 \pm 1,08$. Исходные показатели стандартной ЭхоКГ и ДЭхоКГ левого желудочка у больных АГ в зависимости от динамики комбинированного показателя E/Em на фоне гипотензивной терапии.

Закключение. Таким образом, при наличии признаков регионарного нарушения систолической или диастолической функции ЛЖ для дальнейшего улучшения ее показателей необходима более выраженная динамика показателей САД и ДАД. Регулярная гипотензивная терапия особенно при достижении целевого уровня АД не только предупреждает развитие диастолической дисфункции ЛЖ, но и способствует ее нормализации в течение 6 месяцев наблюдения.

О'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BILAN ARTERIAL GIPERTONIYA QO'SHILIB KELGAN BEMORLARDA YURAK QONTOMIR TIZIMIDA KUZATILAYOTGAN O'ZGARISHLAR

Agababyan I.R., Ismailov J.A.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Maqsad. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) arterial gipertoniya bilan birgalikda kechayotgan bemorlarda yurak-qon tomir tizimidagi funktsional o'zgarishlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. O'SOK III – IV darajasi bilan kasallangan, o'rtacha yoshi 50 bo'lgan 30 nafar bemor tekshirildi. Nazorat guruxiga o'rtacha 35 yosh bo'lgan 10 nafar gipertoniya kasalligi bilan og'rikan bemorlar kiritildi. Yurakning qisqaruvchanligi, strukturaviy va gemodinamik parametrlari exokardiografiya yordamida tekshirildi. Barcha bemorlar elektrokardiografik tekshirishdan o'tqazildi $10 \text{ mm} = 1 \text{ mV}$ (3 ta standart, 3 ta kuchaytirilgan, 6 ta ko'krak tarmoqlari).

Natijalar. Arterial gipertoniya va O'SOK qo'shilib kelgan bemorlarda o'pka arteriyasi gipertenziyasini va periferik qon tomirlarining qarshiligini hisobga olsak ushbu patologiyalar chap sorincha orqa devori, qorinchalar aro to'siq gipertrofiyasi bilan birgalikda yurak o'ng bo'limi gipertrofiyasi xam kuzatiladi. Ikkinchi guruxdagi bemorlarda chap qorincha orqa devori, qorinchalar aro to'siq gipertrofiyasi aniqlanadi. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan arterial gipertoniya qo'shilib kelgan bemorlarda chap qorincha gipertrofiyasining remodelyatsiya bo'lishi qiyin turi ko'proq uchraydi 75 %. Ushbu bemorlarda o'ng qorincha restriktiv diastolik disfunktsiyasi 77 % xolatda kuzatiladi. 70 % xolatda o'ng qorincha

diastolic disfunktsiya aniqlanadi. Bu jarayon keyinchalik diastolic buzilishlar va gemodinamik o'zgarishlarga olib keladi.

Xulosa. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan arterial gipertoniya qo'shilib kelgan bemorlarda oqibati yomon remodelyatsiya bo'lishi qiyin bo'lgan chap qorincha konseptik gipertrofiyasi 75% xollarda uchraydi. 77 % xolatda o'ng qorincha restriktiv diastolic disfunktsiyasi kuzatiladi. Yurakning umumiy diastolic disfunktsiyasi 70 xolatlarda uchraydi. Shuning uchun kasallikning dastlabki bosqichlarida gemodinimikaning strukturaviy va funktsional holatini baxolash muhimdir.

JJST TAVSIYA ETGAN PEN PROTOKOLLARI ASOSIDA ARTERIAL GIPERTONIYANI ERTA ANIQLASH VA OLIB BORISH

Raximova X.M., Soleeva S.Sh.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

Kirish. Yurak-qon tomir kasalliklari (arterial gipertoniya), onkologik kasalliklar, o'pkaning surunkali respirator kasalliklari, qandli diabet va boshqa yuqumsiz kasalliklar butun dunyo bo'yicha kasallanish va o'lim holatlarining asosiy sababchisi hisoblanadi. JSST (Jahon soqliqni saqlash tashkiloti)ning ma'lumotlariga ko'ra, har yili butun dunyoda taxminan 57 mln. inson vafot etadi, ulardan 36 mln. (63%) atrofidagi o'lim holatlari yuqumsiz kasalliklarga to'g'ri keladi. Taxminan 14 mln. odam 70 yoshgacha yashamaydi, ya'ni barvaqt o'ladi. Shu bilan birga, JSSTning prognozlariga ko'ra, agar samarali chora-tadbirlar ko'rilmasa, dunyo bo'yicha yuqumsiz kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi og'ishmay o'sib boradi va 2030 yilda deyarli 75%ni tashkil qiladi. Arterial gipertoniya kasalligi barcha mutaxassislar faoliyatida uchrovchi kasallik bulib, ayniksa bu muammo umumiy amaliyot shifokorlari urtasida dolzarb masala bulib koladi, chunki bu bemorlar birinchi bulib poliklinika yoki OSHP (oilaviy shifokorlik punkti)ga murojaat qiladi

Maqsad: OSHP sharoitida arterial gipertoniya bilan kasallangan bemorlarni erta aniqlash va JSST tomonidan tavsiya etilgan PEN (PEN birlamchi tibbiy-sanitariya yordami uchun JSST tomonidan ishlab chiqilgan yuqumsiz kasallikliklar bo'yicha asosiy xizmatlar paketi) protokollari asosida olib borish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Kuzatuvdagi 52 bemorga yoshi, jinsi va nishon organlarining shikastlanish darajasi hisobga olgan holda JSST tomonidan tavsiya etilgan PEN protokollari (4 amal bo'yicha) asosida olib borildi. Bemorlarga davolash tamoyillari davolash doimiy olib borilishi tushuntirildi va tushunganlik haqidagi ma'lumotlar so'rovnoma asosida o'rganildi.

Natijalar. Bemorlarga hayot tarzini o'zgartiruvchi tadbirlar arterial gipertoniyaning bosqichiga ko'ra 6 oydan 12 oygacha buyuriladi. Nomedikamentoz davolash dasturi dorilar bilan