

CRR
JOURNAL
OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ISSN 2181-0974
DOI 10.26739/2181-0974



Journal of
CARDIORESPIRATORY
RESEARCH



Special Issue 4.1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал кардиореспираторных исследований

JOURNAL OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

Главный редактор: Э.Н.ТАШКЕНБАЕВА

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

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



N^o SI-4.1
2022

Главный редактор:

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

доктор медицинских наук, заведующая кафедрой внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного медицинского университета, 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>

Шкляев Алексей Евгеньевич

д.м.н., профессор, ректор Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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)

Ризаев Жасур Алимджанович

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

Абдиева Гулнора Алиевна

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

Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновациям Самаркандского Государственного медицинского университета <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>

Цурко Владимир Викторович

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

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 университета (ответственный секретарь)

Bosh muharrir:

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna

*tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 2-sonli ichki kasalliklar kafedrasini mudiri,
Samarqand viloyati vrachlar uyushmasi raisi.
<https://orsid.org/0000-0001-5705-4972>*

Bosh muharrir o'rinbosari:

Xaibulina Zarina Ruslanovna

*tibbiyot fanlari doktori, "akad V. Vohidov nomidagi RIJM davlat institutining mikrobiologiya guruhi
bilan biokimyo kafedrasini mudiri" <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>*

TAHRIRIYAT A'ZOLARI:

Alyavi Anis Lyutfullayevich

*O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, tibbiyot fanlari doktori, professor,
O'zbekiston Terapevtlar uyushmasi raisi, Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy va amaliy tibbiy terapiya markazi va tibbiy reabilitatsiya direktori maslahatchisi
(Toshkent), <https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>*

Bockeria Leo Antonovich

*Rossiya fanlar akademiyasining akademigi, tibbiyot fanlari doktori, professor, A.N. Bakuleva nomidagi yurak-qon tomir jarrohligi ilmiy markazi prezidenti (Moskva)
<https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>*

Kurbanov Ravshanbek Davlatovich

*O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, tibbiyot fanlari doktori, professor,
Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining direktor maslahatchisi (Toshkent)
<https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>*

Shklyayev Aleksey Evgenievich

Tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Izhevsk davlat tibbiyot akademiyasi" Federal davlat byudjeti oliy ta'lim muassasasi rektori

Mixal Tendra

*Katovitsadagi Sileziya Tibbiyot Universiteti, Yuqori Sileziya Kardiologiya Markazi kardiologiya kafedrasini professori (Polsha)
<https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>*

Pokushalov Evgeniy Anatolevich

*tibbiyot fanlari doktori, professor, "Yangi tibbiy texnologiyalar markazi" (YTTM) klinik tarmog'ining ilmiy ishlar va rivojlanish bo'yicha bosh direktorining o'rinbosari
(Novosibirsk) <https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>*

Akilov Xabibulla Ataulayevich

tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi direktori (Toshkent)

Rizayev Jasur Alimjanovich

*tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti rektori
<https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>*

Abdiyeva Gulnora Aliyevna

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti 2-sonli ichki kasalliklar kafedrasini assistenti (mas'ul kotib)
<https://orcid.org/0000-0002-6980-6278>*

Ziyadullayev Shuxrat Xudoyberdiyevich

*tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universitetining fan va innovatsiyalar bo'yicha prorektori (Samarqand)
<https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>*

Zufarov Mirjamol Mirumarovich

*tibbiyot fanlari doktori, professor, "akad V. Vohidov nomidagi RIJM davlat muassasasi" bo'limi boshlig'i"
<https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>*

Liverko Irina Vladimirovna

*tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan fiziologiya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari (Toshkent)
<https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>*

Surko Vladimir Viktorovich

*tibbiyot fanlari doktori, professori I.M. Sechenov nomidagi Birinchi Moskva Davlat tibbiyot universiteti (Moskva)
<https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>*

Kamilova Umida Kabirovna

*tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy ishlari bo'yicha direktor o'rinbosari (Toshkent)
<https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>*

Turayev Feruz Fatxullayevich

*tibbiyot fanlari doktori, akademik Y.X.To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi direktori
<https://orcid.org/0000-0002-1321-4732>*

Saidov Maqsud Arifovich

tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyat mintaqaviy filiali direktori (Samarqand)

Nasirova Zarina Akbarovna

Samarqand davlat tibbiyot instituti 2-sonli ichki kasalliklar kafedrasini assistenti, PhD (mas'ul kotib)

Chief Editor:

Tashkenbaeva Eleonora Negmatovna

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Internal Diseases No. 2 of the Samarkand State Medical University, Chairman of the Association of Physicians of the Samarkand Region.
<https://orcid.org/0000-0001-5705-4972>

Deputy Chief Editor:

Xaibulina Zarina Ruslanovna

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Biochemistry with the Microbiology Group of the State Institution "RSSC named after acad. V. Vakhidov", <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Alyavi Anis Lutfullaevich

Academician of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chairman of the Association of Physicians of Uzbekistan, Advisor to the Director of the Republican Specialized Scientific - Practical Center of Therapy and Medical Rehabilitation (Tashkent)
<https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>

Bockeria Leo Antonovich

Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor, President of the Scientific Center for Cardiovascular Surgery named after A.N. Bakuleva (Moscow)
<https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>

Kurbanov Ravshanbek Davletovich

Academician of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Advisor to the Director Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, (Tashkent)
<https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>

Shklyayev Aleksey Evgenievich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Michal Tendera

Professor of the Department of Cardiology, Upper Silesian Cardiology Center, Silesian Medical University in Katowice, Poland (Poland)
<https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>

Pokushalov Evgeny Anatolyevich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director General for Science and Development of the Clinic Network "Center for New Medical Technologies" (CNMT), (Novosibirsk)
<https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>

Akilov Xabibulla Atullaevich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Center for the development of professional qualifications of medical workers (Tashkent)

Rizaev Jasur Alimjanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of the Samarkand State Medical University
<https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Abdieva Gulnora Alievna

Assistant of the Department of Internal Diseases No. 2 of the Samarkand State Medical University
<https://orcid.org/0000-0002-6980-6278>
(Executive Secretary)

Ziyadullaev Shuhrat Khudoyberdievich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Vice-Rector for Science and Innovation of the Samarkand State Medical University (Samarkand)
<https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>

Zufarov Mirjamol Mirumarovich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of the State Institution "RSNPMTSH named after acad. V. Vakhidov"
<https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>

Liverko Irina Vladimirovna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director for Science of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Phthysiology and Pulmonology of the Republic of Uzbekistan (Tashkent)
<https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>

Tsurko Vladimir Viktorovich

Doctor of Medical Sciences, professor Of Moscow State Medical University by name I.M. Sechenov (Moscow)
<https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>

Kamilova Umida Kabirovna

Doctor of Medicine, professor, deputy director of Scientific unit of the Republican specialized scientific and practical medical center for therapy and medical rehabilitation (Tashkent)
<https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>

Turaev Feruz Fatxullaevich

Doctor of Medical Sciences, Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Yu.G. Turakulova

Saidov Maksud Arifovich

Candidate of Medical Sciences, Director of the Samarkand Regional Department of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology (Samarkand)

Nasyrova Zarina Akbarovna

PhD, Assistant of the Department of Internal Diseases No. 2 of the Samarkand State Medical University (Executive Secretary)

Алимов Дониёр Анварович
доктор медицинских наук, директор
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи

Янгиев Бахтиёр Ахмедович
кандидат медицинских наук,
директор Самаркандского филиала
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи

Абдуллаев Акбар Хатамович
доктор медицинских наук, главный
научный сотрудник Республиканского
специализированного научно-практического
центра медицинской терапии и
реабилитации
<https://orcid.org/0000-0002-1766-4458>

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой терапии ФПДО,
Самаркандского Государственного
медицинского института

Алиева Нигора Рустамовна
доктор медицинских наук, заведующая
кафедрой Госпитальной педиатрии №1 с
основами нетрадиционной медицины
ТашПМИ

Исмаилова Адолат Абдурахимовна
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая лабораторией
фундаментальной иммунологии Института
иммунологии геномики человека АН РУз

Камалов Зайнитдин Сайфутдинович
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий лабораторией иммунорегуляции
Института иммунологии и геномики
человека АН РУз

Каюмов Улугбек Каримович
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой внутренних болезней
и телемедицины Центра развития
профессиональной квалификации
медицинских работников

Хусинова Шоира Акбаровна
кандидат философских наук, доцент,
заведующая кафедрой общей практики,
семейной медицины ФПДО Самаркандского
Государственного медицинского института

Шодиколова Гуландом Зикрияевна
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
внутренних болезней № 3 Самаркандского
Государственного Медицинского
Института (Самарканд)
<https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

Alimov Doniyor Anvarovich
tibbiyot fanlari doktori, Respublika
shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi
direktori (Toshkent)

Yangiyev Baxtiyor Axmedovich
tibbiyot fanlari nomzodi,
Respublika shoshilinch tibbiy
yordam ilmiy markazining
Samarqand filiali direktori

Abdullaev Akbar Xatamovich
tibbiyot fanlari doktori, O'zbekiston
Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining
"Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va
tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi" davlat
muassasi bosh ilmiy xodimi
<https://orcid.org/0000-0002-1766-4458>

Agababyan Irina Rubenovna
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, DKTF,
terapiya kafedrasini mudiri, Samarqand
davlat tibbiyot instituti

Alieva Nigora Rustamovna
tibbiyot fanlari doktori, 1-sonli gospital
pediatriya kafedrasini mudiri, ToshPTI

Ismoilova Adolat Abduraximovna
tibbiyot fanlari doktori, professor,
O'zbekiston Respublikasi Fanlar
akademiyasining Odam genomikasi
immunologiyasi institutining fundamental
immunologiya laboratoriyasining mudiri

Kamalov Zaynitdin Sayfutdinovich
tibbiyot fanlari doktori, professor,
O'zbekiston Respublikasi Fanlar
akademiyasining Immunologiya va inson
genomikasi institutining Immunogenetika
laboratoriyasi mudiri

Qayumov Ulug'bek Karimovich
tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot
xodimlarining kasbiy malakasini oshirish
markazi, ichki kasalliklar va teletibbiyot
kafedrasini mudiri (Toshkent)

Xusinova Shoira Akbarovna
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent,
Samarqand davlat tibbiyot instituti DKTF
Umumiy amaliyot va oilaviy tibbiyot
kafedrasini mudiri (Samarqand)

Shodiqulova Gulandom Zikriyevna
tibbiyot fanlari doktori, professor,
Samarqand davlat tibbiyot instituti 3- ichki
kasalliklar kafedrasini mudiri (Samarqand)
<https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

Alimov Doniyor Anvarovich
Doctor of Medical Sciences, Director of the
Republican Scientific Center of Emergency
Medical Care

Yangiev Bakhtiyor Axmedovich
PhD, Director of Samarkand branch of
the Republican Scientific Center of
Emergency Medical Care

Abdullaev Akbar Xatamovich
Doctor of Medical Sciences,
Chief Researcher of the State Institution
"Republican Specialized Scientific and
Practical Medical Center for Therapy and
Medical Rehabilitation" of the Ministry of
Health of the Republic of Uzbekistan,
<https://orcid.org/0000-0002-1766-4458>

Agababyan Irina Rubenovna
PhD, Associate Professor, Head of the
Department of Therapy, FAGE, Samarkand
State Medical Institute

Alieva Nigora Rustamovna
Doctor of Medical Sciences, Head of the
Department of Hospital Pediatrics No. 1 with
the basics of alternative medicine, TashPMI

Ismoilova Adolat Abduraximovna
doctor of Medical Sciences, Professor, Head of
the Laboratory of Fundamental Immunology of
the Institute of Immunology of Human
Genomics of the Academy of Sciences
of the Republic of Uzbekistan

Kamalov Zaynitdin Sayfutdinovich
doctor of Medical Sciences, Professor, Head of
the Laboratory of Immunogenetics of the
Institute of Immunology and Human Genomics
of the Academy of Sciences of the
Republic of Uzbekistan

Kayumov Ulugbek Karimovich
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of Internal Diseases
and Telemedicine of the Center for the
development of professional qualifications
of medical workers

Khusinova Shoira Akbarovna
PhD, Associate Professor, Head of the
Department of General Practice,
Family Medicine FAGE of the
Samarkand State Medical Institute

Shodiqulova Gulandom Zikriyevna
Doctor of Medical Sciences, professor, head of
the Department of Internal Diseases N 3 of
Samarkand state medical institute (Samarkand)
<https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ADABIYOTLAR SHARHI/ REVIEW ARTICLES

1	Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н. Влияние метаболического синдрома на течение ишемической болезни сердца у больных COVID-19 Abdiyeva G.A., Tashkenbayeva E.N. The effect of metabolic syndrome on the course of coronary heart disease in patients with COVID-19 Abdiyeva G.A., Tashkenbayeva E.N. Metabolik sindromning COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda koronar yurak kasalliklari yo'nalishiga ta'siri.....	9
2	Насирова Д.А., Ташкенбаева Э.Н. Грядущая эпидемия мерцательной аритмии и сопутствующих ей заболеваний – повод для беспокойства Nasirova D.A., Tashkenbayeva E.N. The upcoming epidemic of atrial fibrillation and associated diseases is a cause for concern Nasirova D.A., Tashkenbayeva E.N. Kelajakda bo'lmachalar fibrillyatsiyasi epidemiyasi va unga hamroh kasalliklar – xavotirga sabab.....	16
3	Шавози Н.М., Алланазаров А.Б. Особенности рецидивирующей респираторной инфекции у детей Shavazi N.M., Allanazarov A.B. Characteristics of repeated respiratory infections in children Shavazi N.M., Allanazarov A.B. Bolalarda takrorlangan respirator infeksiyon xususiyatlari.....	21

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ORIGINAL MAQOLALAR/ORIGINAL ARTICLES

4	Абдуллоева М.Д., Хасанжанова Ф.О. Оценка психологических расстройств у больных острым коронарным синдромом Abdulloeva M.D., Khasanjanova F.O. Assessment of psychological disorders in patients with acute coronary syndrome Abdulloeva M.D., Khasanjanova F.O. O'tkir koronar sindrom bilan kasallangan bemorlarda psixologik buzilishlarni baholash.....	26
5	Алланазаров А.Б., Мамаризаев И.К., Мардонов А., Жалилова С. Факторы риска развития острого бронхообструктивного синдрома у часто болеющих детей по данным рнцэмп самаркандского филиала Allanazarov A.B., Mamarizayev I.K., Mardonov A.J. Risk factors for the development of acute bronchobstructive syndrome in frequently ill children according to the data of the republic scientific center for emergency medical aid of the samarkand branch Allanazarov A.B., Mamarizayev I.K., Mardonov A.J. RSHTYOIM samarqand filiali ma'lumotlariga muvofiq tez-tez kasal bo'ladigan bolalarda o'tkir bronxobstruktiv sindromning rivojlanish xavf omillari.....	31
6	Атаева М.С., Мамаризаев И.К., Джураев Ж.Д., Абдукодироова Ш.Б. Характеристика клинического течения острой внебольничной пневмонии у часто болеющих детей на фоне миокардита Ataeva M.S., Mamarizayev I.K., Juraev Zh.D., Abdukodiroova Sh.B. Characteristics of the clinical course of acute community-accompany pneumonia in frequently ill children on the background of myocarditis Ataeva M.S., Mamarizayev I.K., Juraev J.D., Abdukodiroova Sh.B. Miokardit fonida tez-tez kasal bo'ladigan bolalardagi o'tkir pnevmoniyaning klinik kechish xususiyatlari.....	34
7	Болтакулова С.Д., Хасанжанова Ф.О. Частота встречаемости нестабильной стенокардии у больных с хронической обструктивной болезнью сердца в условиях экстренной медицины Boltakulova S.D., Khasanjanova F.O. Frequency of occurrence of unstable angina pectoris in patients with chronic obstructive heart disease in the conditions of ectrenic medicine Boltakulova S.D., Khasanjanova F.O. Shoshilinch tibbiy yordam sharoitida surunkali obstruktiv o'pka kasalligi fonida ishemik kasalligining uchrash chastotasi.....	37
8	Закирьяева П.О. Неспецифическая интерстициальная пневмония: дифференциация интерстициального заболевания легких от аутоиммунных заболеваний Zakiryayeva P.O. Non-specific interstitial pneumonia: differentiation of interstitial lung disease from autoimmune diseases Zakiryayeva P.O. Nospesefik interstisial pnevmoniya: autoimmun kasalliklar bilan bog'liq interstisial o'pka kasalligini farqlash.....	42
9	Камолова Д.Ж., Эргашева М.Т. Изменения миокарда и особенности диастолической дисфункции левого желудочка у беременных с артериальной гипертензией Kamolova D.J., Ergasheva M.T. Myocardial changes and features of diastolic dysfunction of the left ventricle in pregnant women with arterial hypertension Kamolova D.J., Ergasheva M.T. Arterial gipertenziyasi bo'lgan homilador ayollarda miokarddagi o'zgarishlar va chap qorincha diastolik disfunktsiyasining xususiyatlari.....	47

10	Мирзаев М.К., Ураков А.Х., Хасанжанова Ф.О. Эхокардиографические результаты хирургической реваскуляризации у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения Mirzaev M.K., Urakov A.H., Khasanjanova F.O. Echocardiographic results of surgical revascularization in patients with progressive angina pectoris Mirzaev M.K., Urakov A.H., Xasanjanova F.O. Avj olib boruvchi zo'riqish stenokardiyasi bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik revaskulyarizatsiyaning exokardiyografik natijalari.....	50
11	Нуриллаева Н.М., Магруппов Т.М., Ярмухамедова Д.З., Абдихаликов С.П. Дистанционный мониторинг и анализ заболеваний сердечно-сосудистой системы Nurillayeva N.M., Magrupov T.M., Yarmukhamedova D.Z., Abdihalikov S.P. Remote monitoring and analysis of diseases of the cardiovascular system Nurillayeva N.M., Magrupov T.M., Yarmukhamedova D.Z., Abdihalikov S.P. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini masofadan monitoring va tahlil qilish.....	53
12	Сафаров Ж.А., Халилов Н.Х., Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О. Частота встречаемости нарушения ритма сердца и показателей реполяризации желудочков при гипертонической болезни осложненным гипертоническим кризом Safarov J.A., Khalilov N.H., Tashkenbayeva E.N., Khasanjanova F.O. The frequency of occurrence of cardiac arrhythmias and ventricular repolarization indicators in hypertensive disease complicated by hypertensive crisis Safarov J.A., Xalilov N.H., Tashkenbayeva E.N., Xasanjanova F.O. Gipertonik kriz bilan asoratlangan gipertoniya kasalligi bor bo'lgan bemorlarda yurak ritmining buzilishi va qorincha repolarizatsiyasi ko'rsatkichlarining uchrash chastotasi.....	57
13	Тогаева Б.М., Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д., Жумабоев Т.Ш. Особенности клинического течения ишемической болезни сердца у больных в коморбидности с covid-19 с учётом факторов риска Togaeva B.M., Tashkenbayeva E.N., Khaidarova D.D., Zhumaboev T.Sh. Features of the clinical course of coronary heart disease in patients in comorbidity with covid-19, taking into account risk factors Togaeva B.M., Tashkenbayeva E.N., Haidarova D.D., Jumaboev T.Sh. Xavf omillarini hisobga olgan holda covid-19 o'tkazgan bemorlarda koronar yurak kasalliklari klinik kechish xususiyatlari.....	61
14	Хусайнова М.А. Нейропептидно-цитокиновый статус при хронической ишемической болезни сердца Khusainova M.A. Neuropeptide-cytokine status in chronic ischemic heart disease Xusainova M.A. Surunkali yurak ishemik kasalligida neuropeptid-sitokin holati.....	65
15	ШодикULOVA Г.З., Саматов Д.К., Карабаева Г.Х., Атоев Т.Т. Маркеры дисфункции эндотелия и экстрацеллюлярного матрикса у больных с патологией верхних отделов ЖКТ при дисплазии соединительной ткани Shodikulova G.Z., Samatov D.K., Karabaeva G.Kh., Atoev T.T. Markers of endothelial and extracellular matrix dysfunction in patients with pathologies of connective tissue dysplasia with the upper gastrointestinal tract Shodikulova G.Z., Samatov D.K., Karabaeva G.Kh., Atoev T.T. Yuqori oshqozon-ichak trakti bilan biriktiruvchi to'qima displaziyasi bo'lgan bemorlarda endotelial va hujayradan tashqari matritsa disfunktsiyasining markerlari.....	70
16	Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш. Характеристика правожелудочковой диастолической дисфункции у больных артериальной гипертонией Yarmukhamedova S.Kh., Amirova Sh. Characteristics of right ventricular diastolic dysfunction in patients with arterial hypertension Yarmuxamedova S.X., Amirova Sh. Arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda o'ng qorincha diastolik disfunktsiyasining xususiyatlari.....	75
17	Яхёев А.А., Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О. Клинические особенности течения хронической сердечной недостаточности при ишемической болезни сердца Yakheev A.A., Tashenbayeva E.N., Khasanjanova F.O. Clinical features of the course of chronic heart failure in ischemic heart disease Yahyoeyev A.A., Tashkenbayeva E.N., Xasanjanova F.O. Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarda surunkali yurak yetishmovchiligining klinik kechish xususiyatlari.....	79



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ


Абдиева Гулнора Алиевна

Ассистент кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

д.м.н., проф., зав.кафедрой внутренних
болезней и кардиологии №2
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У
БОЛЬНЫХ COVID-19**

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Во время острого COVID-19 сердечно-сосудистые заболевания могут возникать как прямое следствие вирусной инфекции или как косвенный результат воспаления и респираторного дистресса. Последствия COVID-19 могут отличаться по своему патогенезу от острой инфекции SARS-CoV-2, но уместно рассмотреть основные метаболические факторы, которые способствуют тяжести первоначальной инфекции, частично, если вирусная персистенция и хроническое воспаление в жировых депо или в другом месте является основным риском для длительной симптоматики. Основная метаболическая дисфункция, связанная с ожирением, включает почти в каждом случае снижение функциональности белой жировой ткани, характеризующееся воспалением и снижением нейтрального накопления липидов в адипоцитах. Это, в свою очередь, приводит к отложению липидов в других тканях и провоцирует иммунную и сосудистую патологию.

Ключевые слова: COVID-19, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, осложнения.

Abdiyeva Gulnora Alievna

assistant of the Department of Internal
diseases and cardiology No2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna

Doctor of Medical Sciences, Prof.,
Head of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No.2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

**THE EFFECT OF METABOLIC SYNDROME ON THE COURSE OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WITH
COVID-19**

ANNOTATION

During acute COVID-19, cardiovascular disease can occur as a direct consequence of a viral infection or as an indirect result of inflammation and respiratory distress. The effects of COVID-19 may differ in their pathogenesis from acute SARS-CoV-2 infection, but it is appropriate to consider the underlying metabolic factors that contribute to the severity of the initial infection, in part, if viral persistence and chronic inflammation in fat depots or elsewhere is a major risk for long-term symptoms. The main metabolic dysfunction associated with obesity involves, in almost every case, a decrease in the functionality of white adipose tissue, characterized by inflammation and a decrease in the neutral accumulation of lipids in adipocytes. This, in turn, leads to the deposition of lipids in other tissues and provokes immune and vascular pathology.

Keywords: COVID-19, cardiovascular diseases, metabolic syndrome, complications.

Abdiyeva Gulnora Alievna

2-son ichki kasalliklar
va kardiologiya kafedrası assistenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
Tibbiyot fanlari doktori, prof., 2-son ichki kasalliklar
va kardiologiya kafedrasini mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

METABOLIK SINDROMNING KOVID-19 BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KORONAR YURAK KASALLIKLARI YO'NALISHIGA TA'SIRI

ANNOTATSIYA

O'tkir COVID-19 paytida yurak-qon tomir kasalliklari virusli infeksiyaning bevosita natijasi yoki bilvosita yallig'lanish va nafas yo'llari siqilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. COVID-19 ning ta'siri o'tkir SARS-CoV-2 infeksiyasidan patogeneza farq qilishi mumkin, ammo dastlabki infeksiyaning og'irligiga olib keladigan asosiy metabolik omillarni qisman yog' omborlarida yoki boshqa joylarda virusli rezistentlik va surunkali yallig'lanish uzoq muddatli alomatlar uchun katta xavf tug'dirsa, hisobga olish kerak. Semirish bilan bog'liq asosiy metabolik disfunktsiya, deyarli har bir holatda, yallig'lanish va adipotsitlarda lipidlarning neytral to'planishining kamayishi bilan tavsiflanadigan oq yog'li to'qimalarning funktsional imkoniyatlarining pasayishi bilan bog'liq. Bu esa, o'z navbatida, boshqa to'qimalarda lipidlarni joylashtirishga olib keladi va immunitet va tomir patologiyasini keltirib chiqaradi.

Kalit so'zlar: COVID-19, yurak-qon tomir kasalliklari, metabolik sindrom, asoratlar.

С января 2020 года почти 600 миллионов человек во всем мире были инфицированы вирусом SARS-CoV-2, у подавляющего большинства из которых развился COVID-19, болезнь [1-4]. COVID-19 также привел к почти 6 миллионам смертей, в основном в результате повреждения легких и его последующих сопутствующих заболеваний. Несмотря на наличие нескольких вакцин и бустеров, пандемия продолжается, и риски развития осложнений продолжают расти [5, 6]. Самый последний вирусный вариант в начале 2022 года, омикрон, быстро распространился практически в каждой стране, со значительной заболеваемостью и смертностью в сочетании с большей степенью заразности. Хотя большинство людей, инфицированных SARS-CoV-2, выздоравливают, существует значительная субпопуляция пациентов со стойкими симптомами через 4 недели после заражения, даже среди пациентов с легкой и средней степени тяжести течения COVID-19.

Некоторые из этих симптомов включают спутанность сознания, усталость от нагрузки, одышку, сжимающие боли в груди, желудочно-кишечные расстройства и головокружение [7]. Эти симптомы и вытекающие из них клинические признаки (например, непереносимость глюкозы, нарушения сна, постуральная гипотензия и сердечные экстрасистолы) также могут представлять собой продромы для будущих угроз здоровью (например, развитие аутоиммунных заболеваний). Демография лиц, страдающих от этих жалоб, недостаточна, чтобы сделать выводы о поле, возрасте и социальных детерминантах здоровья в качестве способствующих факторов [8-10]. Термин Пост-острые последствия CoV-2 (Post-Acute Sequelae CoV-2) используется для обозначения симптомов после COVID-19, хотя непрофессиональная терминология «длительный-COVID» («long-COVID») часто используется взаимозаменяемо. Однако, поскольку клинический спектр COVID-19 продолжает развиваться из-за различий в различных странах, вакцинах и восприимчивости по этнической принадлежности и расе, чрезвычайно сложно определить синдромы после COVID-19. Тем не менее, есть признаки того, что метаболическая дисфункция может способствовать или усиливать эти синдромы. Тем не менее, только собрав лучшие данные о патогенезе, мы можем надеяться понять временные аспекты этого пост-вирусного синдрома и разработать наиболее подходящие подходы к лечению.

Распространенность последствий COVID-19 неизвестна, и оценки различаются по географическому положению, срокам заболевания, продолжительности, этнической принадлежности, расовой принадлежностью, составу, полу, вирусному варианту и статусу вакцинации. Текущие оценки сильно различаются; где-то между 12% и 50% людей, инфицированных SARS-CoV-2, вероятно, будут иметь симптомы после COVID-19 более чем через месяц после первоначальной инфекции [18]. Некоторые, но не все исследователи считают, что последствия COVID-19 является явным пост-вирусным синдромом, связанным с SARS-CoV-2,

похожим по началу и продолжительности на другие постинфекционные состояния. Следует отметить, что существует много бессимптомных инфекций, часто не включенных в текущие эпидемиологические оценки, и это особенно верно для омикронных инфекций. Эти недостающие случаи актуальны при рассмотрении общей распространенности последствий COVID-19, а также последующего клинического течения. К сожалению, без широкого использования антител к нуклеокапсидам величина этого компонента пандемии, вероятно, останется неизвестной.

Патогенез SARS-CoV-2. Первичным клеточным рецептором для SARS-CoV-2 является мембраносвязанная аминопептидаза ангиотензинпревращающего фермента-2 (АПФ-2). В дополнение к связыванию с ACE-2, спайковый белок SARS-CoV-2 должен быть расщеплен на границе S1/S2 [9]. Это расщепление может быть осуществлено протеазами поверхности клетки-хозяина, трансмембранной протеазой, серином 2 (TMPRSS2) и эндосомальным цистеиновым протеазом катепсина B/L, который затем праймирует спайковый белок SARS-CoV-2 для входа [10]. Дополнительное расщепление фурином создает мотив последовательности, который связывается с нейропилином поверхности клетки-1, который усиливает коронавирусную инфекцию [11]. In vivo SARS-CoV-2 в первую очередь нацелен на эпителиальные клетки в дыхательных путях, включая пневмоциты 2 типа в нижних дыхательных путях. Хотя первоначальные исследования показали, что SARS-CoV-2 может также инфицировать эндотелиальные клетки [12], это недавно было поставлено под сомнение [13]. Центральное место в патогенезе инфекции SARS-CoV-2 занимает индукция дисрегулируемой провоспалительной реакции, называемой цитокиновым штормом. Считается, что этот цитокиновый шторм и связанная с ним иммунопатология играют значительную роль как при первичной вирусной пневмонии, так и при остром респираторном дистресс-синдроме, который характерен для тяжелой формы COVID-19 [14].

Поражение сердечно-сосудистой системы при COVID-19

Распространенность поражения миокарда и сердечно-сосудистых заболеваний в острой фазе COVID-19 резко варьируется между исследованиями. Это, вероятно, отражает различные сердечно-сосудистые осложнения инфекции SARS-CoV-2, а также больничные и лабораторные учреждения, доступные в разных странах.

Повреждение миокарда определяется как аномалии электрокардиограммы или увеличение уровня сердечных ферментов и биомаркеров в сыворотке крови, таких как тропонин (сTnT), вызванные ишемией или неишемическими причинами [15]. Повреждение миокарда, определяемая повышенным сTnT, встречается у 19,7–27,8% пациентов с COVID-19, нуждающихся в госпитализации.⁴ Аномальные результаты в эхокардиографии также обнаруживаются у 55% пациентов с COVID-19 во время их первоначальной

госпитализации, включая 39% аномалий левого желудочка (ЛЖ) и 33% аномалий правого желудочка (RV).¹⁶ Напротив, данные из Китая свидетельствуют о том, что примерно у 7% пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, развивается повреждение сердца, определяемое как повышенный высокочувствительный сердечный тропонин I или новый эхокардиографический, ЭКГ нарушения [17]. Эта распространенность увеличивается до 25% у госпитализированных с COVID-19 [18] и до 22% у пациентов, которым потребовалась госпитализация в ОИТ [17]. После этих поражений миокарда могут последовать различные сердечные осложнения, такие как сердечные аритмии, сердечная недостаточность и миокардит.

Сердечные аритмии — это аномальные ритмы сердцебиения, которые могут проявляться в виде тахикардии (аномально быстрого сердцебиения), брадикардии (аномально медленного сердцебиения) или нерегулярного сердцебиения [19]. Учащенное сердцебиение было наиболее распространенным симптомом аритмии у пациентов с COVID-19, у которых не было лихорадки или кашля [20]. В исследовании 137 пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, сообщалось о учащенном сердцебиении в 10 (7,3%) случаях [21]. Среди 138 госпитализированных пациентов с COVID-19 сердечные аритмии наблюдались у 16,7% всех пациентов и были более распространены в случаях госпитализации в ОИТ [17]. В исследовании 85 смертельных случаев с COVID-19 сердечные аритмии были обнаружены в 51 (60%) случаях [22] угрожающие жизни аритмии также были зарегистрированы у 11 (5,9%) из 187 пациентов с COVID-19.

Миокардит — это осложнение COVID-19, которое относится к воспалению сердечной мышцы [23]. Сообщалось об аномалиях движения сегментарных стенок или снижении фракции выброса ЛЖ, хотя это не специфично для COVID-19, а также обнаружено при остром коронарном синдроме. Среди 68 смертельных случаев COVID-19 были выявлены 5 пациентов (7%) с миокардитом и недостаточностью кровообращения, в то время как у 22 пациентов (33%) был миокардит и дыхательная недостаточность [24]. Систематический обзор 14 случаев миокардита, связанного с COVID-19, включал 58% мужчин со средним возрастом 50,4 года и показал, что наиболее распространенная сопутствующая патология связана с миокардитом была гипертония (33%) [25]. Результаты ЭКГ варьировались от случая к случаю, но повышение уровня тропонина наблюдалось в 91% случаев. Из пациентов, прошедших эхокардиографию, у 60% наблюдалась сниженная фракция выброса. Общая выживаемость составила 81%, а выживаемость у тех, кто получал стероиды, составила 85%.

Сердечная недостаточность — это состояние, при котором сердечный выброс недостаточен для удовлетворения потребности организма в кислороде. Сердечная недостаточность может быть вызвана SARS-CoV-2 в результате острого коронарного синдрома (после разрыва бляшек) или несоответствия между предложением кислорода и спросом из-за гипоксической дыхательной недостаточности или вирусная кардиомиопатия [26]. Это осложнение характеризуется увеличением сывороточного NT-proBNP и уменьшением фракции выброса левого желудочка [27]. В исследовании 799 пациентов с COVID-19 сердечная недостаточность была зарегистрирована у 24% всех пациентов и у 49% умерших [22]. Среди 191 пациента с COVID-19 сердечной недостаточностью страдают 23% всех пациентов и 52% умерших.

Клинические последствия сердечно-сосудистых заболеваний при остром течении COVID-19

По большей части острое начало сердечно-сосудистых заболеваний из-за COVID-19 связано с плохим общим прогнозом [17, 18]. Например, пациенты с COVID-19 с поражением сердца имели более высокую смертность, чем пациенты без сердечной травмы во время госпитализации:

51,2% против 4,5% [29] или 59,6% против 8,9% соответственно [4]. Аналогичным образом, повышенные сердечные биомаркеры были связаны с плохим прогнозом COVID-19. Среди 41 пациента с COVID-19 5 (12%) имели острое поражение сердца, из которых 4 были госпитализированы в отделение интенсивной терапии (ОИТ) [5]. Исследование 138 госпитализированных пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, обнаружило поражение сердца у 10 пациентов (7,2%), почти все из которых нуждались в ОИТ [17]. Исследование 191 пациента с COVID-19 показало, что у 33 (17%) пациентов развилось острое повреждение миокарда, из которых 32 пациента умерли [28]. В другой когорте из 416 пациентов с COVID-19 поражение сердца наблюдалось у 19,7% пациентов во время госпитализации, а поражение сердца было идентифицировано как независимый фактор риска внутрибольничной подвижности [29]. Эти данные свидетельствуют о том, что острое повреждение миокарда может быть связано с тяжестью и смертностью для стационарных пациентов с COVID-19.

В настоящее время нет специального лечения сердечно-сосудистых заболеваний, вызванных COVID-19. Однако на ранних стадиях пандемии COVID-19 существовала серьезная обеспокоенность по поводу того, что использование ингибиторов АПФ (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) *de novo* или ранее существовавших сердечно-сосудистых заболеваний увеличит степень тяжести COVID-19. Это было основано на предположении, что иАПФ/БРА может повысить уровень АПФ-2 и тем самым способствовать увеличению репликации SARS-CoV-2. Однако, когда он ограничен гипертонической подгруппой, недавний мета-анализ показал значительную связь между ингибированием ренин ангиотензин альдостероновой системы (РААС) и снижением риска смерти [30]. Это, скорее всего, отражает сосудорасширяющие и противовоспалительные эффекты, связанные с повышенной экспрессией АПФ-2, который действует, чтобы уравновесить ренин-ангиотензиновую систему путем деградации ангиотензина II.

Метаболический синдром и острый COVID-19

Последствия COVID-19 могут отличаться по своему патогенезу от острой инфекции SARS-CoV-2, но уместно рассмотреть основные метаболические факторы, которые способствуют тяжести первоначальной инфекции, частично, если вирусная персистенция и хроническое воспаление в жировых депо или в другом месте является основным риском для длительной симптоматики. До сих пор ведутся споры о том, связано ли ожирение с резистентностью к инсулину или без нее и диабетом 2 типа (СД2) с большим риском заражения вирусом SARS-CoV-2. Но ясно, что эти условия являются установленными факторами риска развития тяжелой формы коронавирусной инфекции, предполагающими предрасположенность к усиленному проникновению вируса в клетки дыхательных путей [16]. Менделевские рандомизированные исследования проанализировали потенциальные причинно-следственные связи, связывающие [17] кардиометаболических факторов риска, включая индекс массы тела (ИМТ), с восприимчивостью к тяжелой инфекции SARS-CoV-2, хотя ассоциация с СД2 не может быть исключена. Тем не менее, гипергликемия, с историей диабета или без нее, является сильным предиктором неблагоприятных исходов в больнице, предвещающая семикратно более высокую смертность по сравнению с пациентами с хорошо контролируемым уровнем глюкозы в крови [113]. Анализ смертности от COVID-19 у участников из Британского биобанка показал, что лица с более высоким ИМТ имели повышенный риск смертности, связанной с COVID-19. Это особенно актуально для пациентов в отделении интенсивной терапии, инфицированных SARS-CoV-2, у которых более высокий ИМТ тесно связан с большим риском смертности [27].

Основная патофизиология, лежащая в основе этих метаболических рисков, менее ясна, хотя непереносимость глюкозы от стресса инфекции, сосуществующего лечения

глюкокортикоидами и основных сопутствующих заболеваний, связанных с СД2, явно может играть роль в иммунном ответе на инфекцию, как локально, в носоглотке, так и системно в легких и в других местах [16]. Однако оно осложняется другими связанными этиологическими элементами, которые часто сосуществуют как в СД1, так и в СД2. Например, коагулопатии, эндотелиальная дисфункция, лежащее в основе кардиоваскулярного заболевания и хронического воспаления с нарушением адаптивной иммунной системы могут присутствовать у одного человека и повышать риск последующей заболеваемости и смертности. Тем не менее, гипергликемия, хронические воспалительные маркеры и дисфункция Т-клеток остаются тремя преобладающими признаками у пациентов с СД2 и, следовательно, также могут быть основными факторами заболеваемости во время инфекции SARS-CoV-2.

Повреждение бета-клеток может быть вызвано несколькими различными механизмами у пациентов с острым COVID-19. К ним относятся: недостаточность бета-клеток из-за уменьшения массы бета-клеток и/или недостаточной секреции инсулина из неэффективных бета-клеток, резистентность к инсулину и/или увеличение производства глюкозы в печени. Недостаточность бета-клеток из-за уменьшения массы привлекла значительный интерес к тому, как бета-клетки функционируют во время инфекции SARS-CoV-2. Продолжаются дебаты о том, присутствует ли АПФ 2, преобладающий рецептор SARS-CoV-2, в островковых клетках. Существует больше доказательств того, что один из вспомогательных белков для связывания вируса, TMPRSS2, экспрессируется на бета-клетках, а также в кровеносных сосудах поджелудочной железы. Другие предполагаемые корцепторы для SARS-CoV-2 также были исследованы, как объемными, так и одноклеточными, у доноров островков человека. Имеются некоторые данные о том, что растворимая форма поверхностного антигена активации Т-клеток CD26, обладающего активностью дипептидилпептидазы 4 (DPP-4), может служить корцептором для SARS-CoV-2. В качестве фермента DPP-4 разрушает GLP и агонисты рецепторов GLP-1, а ингибиторы DPP-4 используются для лечения СД2. Растворимый DPP-4 также является адипокином, но важно отметить, что CD26, участвует в связывании SARS-CoV-2 через его рекомбинантный рецептор-связывающий домен S1, помогая в вирусном проникновении. Ингибирование активности DPP-4 для снижения тяжести COVID-19 находится в стадии изучения, но в настоящее время имеется мало данных, подтверждающих его использование, либо профилактически, либо во время инфекции [14].

Гипергликемия из-за резистентности к инсулину характеризуется гиперинсулинемией, поскольку бета-клетки поджелудочной железы все еще функциональны, но пытаются преодолеть гипергликемию путем увеличения секреции инсулина. Одним из драйверов резистентности к инсулину является хроническое воспаление, которое является постоянной особенностью сопутствующих заболеваний, связанных с SARS-CoV-2 как от инфекции, так и от основной метаболической дисфункции. В когорте из 551 пациента, госпитализированного с COVID-19 в Италию, авторы обнаружили, что 46% пациентов были гипергликемическими, тогда как 27% были нормогликемическими. Используя клинические анализы и непрерывный мониторинг глюкозы у подгруппы этих пациентов, авторы обнаружили измененный гликометаболический контроль с резистентностью к инсулину и аномальным профилем цитокинов [14]. Даже у нормогликемических людей были признаки резистентности к инсулину и повышенных уровней цитокинов.

Ван и др. сообщили, что GP73, белок Гольджи, индуцированный инфекциями, был увеличен во время недавней инфекции SARS-CoV-2 [19]. Кроме того, они показали, что инъекция рекомбинанта GP73 повышает уровень глюкозы в крови у мышей в течение 15 минут. Чтобы обратиться к механистической основе этих результатов, авторы обработали первичные гепатоциты мышей gmGP73 и наблюдали дозо- и временно-зависимое увеличение высвобождения глюкозы в связи с повышением уровня внутриклеточного цАМФ, активация протеинкиназы А (PKA) и экспрессия ключевых глюконеогенных

генов. Эти данные дают подсказки о том, что усиленная выработка глюкозы в печени может быть ответственна за дисгликемию инфекции SARS-CoV-2.

Основная метаболическая дисфункция, связанная с ожирением, включает почти в каждом случае снижение функциональности белой жировой ткани, характеризующееся воспалением и снижением нейтрального накопления липидов в адипоцитах. Это, в свою очередь, приводит к отложению липидов в других тканях и провоцирует иммунную и сосудистую патологию. Эктопическое отложение часто связано с генерацией вторичных сигнальных липидов, таких как керамиды, которые являются провоспалительными, проапоптотическими и сами по себе придают дальнейшую резистентность к инсулину. Преобладающая гипоксия в жировой ткани ожирения может привести к активации элементов транскрипции, индуцируемого гипоксией фактора, которые также могут включать профибротические программы. Фиброз является широко распространенным явлением в жировой ткани ожирения, приводящим к усиленному некрозу адипоцитов с сопутствующим местным и субклиническим системным воспалением. Дальнейшим раздражением этих воспалительных состояний являются более медленная моторика желудка и повышенная проницаемость кишечника, что приводит к повышению уровня эндотоксина в циркуляции. В нескольких исследованиях были выявлены синергетические провоспалительные свойства повышенных уровней эндотоксина в плазме с вирусными компонентами, особенно слайковым белком SARS-CoV-2. Наконец, наблюдения в недавнем прошлом выявили способность адипоцитов и «адипоцитоподобных клеток» (таких как липофибробласты в легких и звездчатые клетки в печени) подвергаться событию дедифференцировки, тем самым теряя типичные адипоцитарные маркеры, такие как главный адипогенный фактор транскрипции PPAR γ , а также один из его основных генов-мишеней, адипонектин [14]. В легких липофибробласты превращаются в миофибробласты во время инфекции, которые, в свою очередь, вероятно, являются виновниками в резко усиленной профибротической среде, наблюдаемой во время вирусного воздействия. В этом контексте снижается мощный антифибротический и противовоспалительный фактор адипонектин, в то время как провоспалительный адипокин лептин усиливается [15]. Многие иммунные клетки врожденной и адаптивной иммунной системы, включая Т-клетки, экспрессируют рецепторы лептина и могут непропорционально реагировать на вирусный вызов. Стабилизация клеток в их «неактивном» адипоцитоподобном состоянии путем активации пути PPAR γ может предотвратить появление миофибробластов. PPAR γ является антифибротическим, противовоспалительным и мощно повышает уровень адипонектина. Лептин также может быть снижен за счет использования нейтрализующих антител, тем самым сдерживая непропорциональный иммунный ответ. Как PPAR γ , так и путь лептина предлагают значительный потенциал в будущем, не только в контексте острого вирусного ответа, но и в контексте длительных последствий, связанных с последствиями COVID-19 [15].

Т-клетки играют основную роль в остром и хроническом ответе на вирусную инфекцию, помогая выработке антител и цитокинов. Недавние отчеты показывают, что дисфункция Т-клеток и aberrantная выработка цитокинов происходят при СД2, а также ожирении и могут быть основной причиной как тяжести инфекции, так и продолжительность времени до полного выздоровления от SARS-CoV-2. Nikolajczyk et al. сравнили профили цитокинов, полученные в результате отрицательного отбора очищенных шариками Т-клеток (>95% чистых с помощью проточной цитометрии CD3⁺ CD4⁺) у взрослых (средний возраст 55 лет) с нормальной массой тела и HbA_{1c} (ИМТ ~ 22 кг/м², HbA_{1c} <5,7%) и пациентов с преддиабетом (HbA_{1c} 5.7–6.4%). Авторы стимулировали клетки шариками CD3 / CD28 в течение 40 часов, а затем количественно оценивали секретируемые цитокины в мультиплексе с 25-цитокинами [13]. IL-10 продуцировался в больших количествах из клеток худых/здоровых доноров, и были отмечены различия в продукции цитокинов Th1/Th17, то есть

больше CCL-20, TNF α , GM-CSF в предиабетах, и меньше IL-6/-12 было отмечено [24]. Эти данные согласуются с принципом, что метаболический статус, независимо от возраста, значительно смещает воспалительные профили. Неудивительно, что измененные цитокины и профили Т-клеток могут изменить баланс между острым ответом, который полезен для вирусного клиренса или вирусного уклонения, и более долгосрочным хроническим воспалительным ответом у пациентов с СД2. Ранний цитокиновый ответ может быть ключом к ограничению распространения вируса для большинства пациентов с COVID-19, которые протекают бессимптомно или имеют легкие симптомы. Это также может быть важно для определения общего клинического течения заболевания и «длительного ковида».

В отношении врожденного иммунного ответа интерфероны являются первой линией обороны при острой инфекции SARS-CoV-2 и секретируются после высвобождения вирусного содержимого в цитоплазма. Индукция интерфероностимулирующих генов, хемокинов и цитокинов происходит после секреции интерферона. Ранняя реакция организуется эпителиальными и альвеолярными эпителиальными клетками дыхательных путей (АТII), а также альвеолярными макрофагами. Регулируемое и контролируемое высвобождение цитокинов и хемокинов на ранней стадии инфекции не является провоспалительным, а сосредоточено на вирусном клиренсе у подавляющего большинства пациентов [14]. Однако у небольшого процента пациентов этот ответ является дисфункциональным и может привести к резкому высвобождению цитокинов и клиническому сценарию «цитокинового шторма». По-видимому, наблюдается драматический клеточный ответ ТН1 с повышенной секрецией IFN- γ , GM-CSF и IL-6, и это связано с гипервоспалительным состоянием, особенно с активацией CD4+ и CD8+ Т-клеток, причем последняя более остро управляется в легких и других тканях. В недавней статье среди 30 пациентов с острым COVID-19 различной степени тяжести количество циркулирующих клеток CD26+ уменьшилось во время острого заболевания, особенно у пациентов с тяжелым заболеванием [18]. В конечном счете клетки CD26+ увеличились у тех пациентов, которые полностью выздоровели, но не у пациентов с длительным заболеванием или смертью. Количество клеток CD26 коррелировало с днями без госпитализации, а у пациентов с легким заболеванием, что указывает на то, что в отличие от растворимой формы, мембранно-связанный CD26 может быть связан с Т-клеточным специфическим иммунитетом против SARS-CoV 2. Сообщалось, что CD26+ Т-клетки секретируют высокие уровни IL-17, что, в свою очередь, усиливает выработку цитокинов у пациентов с острым COVID-19 и при синдроме «цитокинового шторма». Следовательно, подобно другим адипокинам, DPP-4 может быть как полезным, так и вредным в зависимости от временной природы инфекции и ответа.

Лимфопения является распространенным явлением у пациентов с COVID-19 от умеренно до тяжелой степени, и как циркулирующие CD4+, так и CD8+ Т-клетки истощаются, в то время как активированные Т-клетки сохраняются в тканях. Однако история гораздо сложнее, чем простое истощение, и другие исследования показали, что реакция Т-клеток неоднородна [14]. Интересно, что Су и др. сообщали, что желудочно-кишечные симптомы по сравнению с респираторными симптомами последствий COVID-19 связаны с уникальной клональной и транскрипционной динамикой Т-клеток [15].

Почти наверняка лежащая в основе патофизиологии последствий COVID-19 являются многофакторными из-за множества последствий, симптоматики и степени повреждения тканей. Неофициальные данные свидетельствуют о том, что последствия COVID-19 чаще встречается у женщин, чем у мужчин, но пока нельзя сделать никаких окончательных выводов. Точно так

же неясно, существуют ли расовые или этнические различия в распространенности последствий, и влияет ли статус вакцинации или вирусный вариант на симптоматику или распространенность после COVID-19. Тем не менее, существует множество потенциальных теорий об этиологии последствий. Вирусная персистенция, либо РНК, либо SARS-CoV-2 в тканях, продолжающаяся иммунная реакция, реактивация вируса Эбштейна-Барра, метаболический статус, дисбактериоз кишечника, развитие аутоиммунных антител и другие факторы могут способствовать этиологии этого синдрома. Тем не менее, данные скудны, и, следовательно, доказательная база маргинальна, и есть много путаницы. Например, недавний обзор исследований до середины января 2022 года показал, что вакцинированные люди были гораздо менее склонны к развитию осложнений, особенно те, кто был вакцинирован в течение недели после их острой инфекции [15]. Однако из-за других факторов, включая продолжительность наблюдения после вакцинации, общие выводы следует рассматривать с осторожностью. В дополнение к срокам появления симптомов, другие факторы, такие как госпитализация, продолжительность симптомов, ранее существовавшие состояния и лекарства, должны рассматриваться в контексте прогнозирования риска. Хотя существует больше нерешенных вопросов, чем доказательств, связанных с риском и распространенностью осложнений, появляются доказательства того, что в большинстве случаев выделяются три основных симптома: усталость, кашель и аносмия/дисгевзия (одна из форм расстройства вкуса). В каждом из этих СД2 был связан с этими симптомами [10].

Ряд исследований посвященных изучению риску развития осложнений у пациентов с ожирением и СД2 выявила, что фоновая метаболическая дисфункция у индивида предрасполагает к последующему развитию осложнений. Одно исследование с участием итальянских медицинских работников показало, что ожирение является основным фактором риска развития осложнений. В недавней статье Cell авторы продемонстрировали, что СД2 и высокие уровни острой вирусной инфекции SARS-CoV-2 являются сильными предрасполагающими факторами риска развития осложнений [14]. В другом исследовании «случай-контроль» пациенты с СД2, у которых развился COVID-19, имели гораздо большую вероятность высоких показателей усталости после инфекции, чем те контрольные группы, которые были не инфицированы [16]. Кроме того, пациенты с СД2 имели более слабую силу захвата после COVID и повышенные маркеры воспаления по сравнению с неинфицированными контрольными группами. С другой стороны, в другом исследовании диабет не был фактором риска возникновения долгосрочных симптомов после COVID. Сто сорок пять пациентов с диабетом и 144 контрольных субъекта без диабета, которые выздоровели от COVID-19, были оценены через 7,2 месяца после выписки из больницы. Количество симптомов пост-COVID было одинаковым между группами (коэффициент заболеваемости 0,92–1,24, $p = 0,372$). Наиболее распространенными симптомами после COVID были усталость, одышка при нагрузке и боль [30].

Несколько исследований подтверждают принцип о том, что существует повышенная частота СД2 и новая непереносимость глюкозы после COVID-19. В ретроспективном когортном исследовании электронных медицинских карт для выявления фенотипов, которые положительно связаны с прошлым положительным (ОТ-ПЦР (обратная транскрипция-полимеразная цепная реакция)) тестом на COVID-19, авторы обнаружили 33 фенотипа среди различных возрастных/гендерных когорт или временные окна, которые были положительно связаны с прошлой инфекцией SARS-CoV-2. Через два месяца или более после теста на ОТ-ПЦР на COVID-19 у пациентов, был зарегистрирован новый диагноз аносмии и дисгевзии.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. A Sehgal K, Gupta A, Madhavan M, McGroder C. 2021. Stevens JS et al Post acute Covid 19 Syndrome. Nature Medicine 27:601–615. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-Epub>

2. Ahmad T, Chaudhuri R, Joshi MC, Almatroudi A, Rahmani AH, Ali SM. 2020a. Ali SM.COVID-19: The Emerging Immunopathological Determinants for Recovery or Death. *Frontiers in Microbiology* 11:588409. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.588409>, PMID: 33335518
3. Ahmad T, Haroon H, Baig M, Hui J. 2020b. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Economic Impact. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 36:32582318. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2638>
4. Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, Shaar BA, Almamlouk R, Riaz M, Obeidat M, Obeidat Y, Gerberi D, Taha RM, Kashour Z, Kashour T, Berbari EF, Alkattan K, Tleyjeh IM. 2022. Tleyjeh IM Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection* 1:e00038-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.01.014>
5. Aminian A, Bena J, Pantalone KM, Burguera B. 2021. Association of obesity with postacute sequelae of COVID-19. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 23:2183–2188. DOI: <https://doi.org/10.1111/dom.14454>, PMID:34060194
6. Barrett CE, Koyama AK, Alvarez P, Chow W, Lundeen EA, Perrine CG. 2022. Risk for newly diagnosed diabetes >30 days after SARS-CoV-2 Infection among persons aged. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 71:mm7102e2. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7102e2>
7. Bechmann N, Barthel A, Schedl A, Herzig S, Varga Z, Gebhard C, Mayr M, Hantel C, Beuschlein F, Wolfrum C, Perakakis N, Poston L, Andoniadou CL, Siow R, Gainetdinov RR, Dotan A, Shoefeld Y, Mingrone G, Bornstein SR. 2022. Sexual dimorphism in COVID-19: potential clinical and public health implications. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology* 10:221–230. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00346-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00346-6), PMID:35114136
8. Bennett TD, Moffitt RA, Hajagos JG, Amor B, Anand A, Bissell MM, Bradwell KR, Bremer C, Byrd JB, Denham A, DeWitt PE, Gabriel D, Garibaldi BT, Girvin AT, Guinney J, Hill EL, Hong SS, Jimenez H, Kavuluru R, Kostka K,
9. Ziyadullaev S. et al. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 1760-1766.
10. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
11. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
12. Зиядуллаев Ш. Х. и др. Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких //Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – Т. 11. – №. 1. – С. 13-14.
13. Зиядуллаев Ш. Х., Хайтова Н. М., Аралов Н. Р. Применение полиоксидония при бронхиальной астме у подростков //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 106. – №. 7. – С. 58-60
14. Элламонов С. Н. и др. Факторы прогрессирования артериальной гипертензии у больных в коморбидности с сахарным диабетом 2 типа //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
15. Ташкенбаева Э. Н. и др. АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
16. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
17. Байта С. К., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. Effects of smoking on cardiovascular function: the role of nicotine and carbon monoxide //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
18. Абдиева Г. А., Ташкенбаева Э. Н. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ COVID-19 //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
19. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
20. 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.
21. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
22. Fignani D, Licata G, Brusco N, Nigi L, Grieco GE, Marselli L, Overbergh L, Gysemans C, Colli ML, Marchetti P, Mathieu C, Eizirik DL, Sebastiani G, Dotta F. 2020. SARS-CoV- 2 receptor angiotensin I-converting enzyme type 2 (ACE2) is expressed in human pancreatic b-cells and in the human pancreas microvasculature. *Frontiers in Endocrinology* 11:596898. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.596898>, PMID: 33281748
23. Ip B, Cilfone NA, Belkina AC, DeFuria J, Jagannathan-Bogdan M, Zhu M, Kuchibhatla R, McDonnell ME, Xiao Q, Kepler TB, Apovian CM, Lauffenburger DA, Nikolajczyk BS. 2016. Th17 cytokines differentiate obesity from obesity-associated type 2 diabetes and promote TNFalpha production. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 24:102– 112. DOI: <https://doi.org/10.1002/oby.21243>, PMID: 26576827
24. Lamers D, Famulla S, Wronkowitz N, Hartwig S, Lehr S, Ouwens DM, Eckardt K, Kaufman JM, Ryden M, Müller S, Hanisch F-G, Ruige J, Arner P, Sell H, Eckel J. 2011. Dipeptidyl peptidase 4 is a novel adipokine potentially linking obesity to the metabolic syndrome. *Diabetes* 60:1917–1925. DOI: <https://doi.org/10.2337/db10-1707>, PMID: 21593202
25. Lau KS, Cortez-Retamozo V, Phillips SR, Pittet MJ, Lauffenburger DA, Haigis KM. 2012. Multi-scale in vivo systems analysis reveals the influence of immune cells on TNF-alpha-induced apoptosis in the intestinal epithelium. *PLOS Biology* 10:e1001393. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001393>, PMID: 23055830
26. Leong A, Cole J, Brenner LN, Meigs JB, Florez JC, Mercader JM. 2020. Cardiometabolic risk factors for COVID-19 susceptibility and severity: A Mendelian randomization analysis. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)* 18:e1003553. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.08.26.20182709>, PMID: 32909013
27. Li Y, Schneider AM, Mehta A, Sade-Feldman N, Kays KR, Gentili M, Charland NC, Gonye ALK, Gushterova I, Khanna HK, LaSalle TJ, Lavin-Parsons KM, Lilley BM, Lodenstein CL, Manakongtreecheep K, Margolin JD, McKaig BN, Parry BA, Rojas-Lopez M, Russo BC, et al. 2021. SARS-CoV-2 viremia is associated with distinct proteomic pathways and predicts COVID-19 outcomes. *Journal of Clinical Investigation* 131:JC1148635. DOI: <https://doi.org/10.1172/JCI148635>

28. Liu R, Pugh GH, Tevonian E, Thompson K, Lauffenburger DA, Kern PA, Nikolajczyk BS. 2022. Regulatory T cells control Effector T cell Inflammation in Human Prediabetes. *Diabetes* 71:264–274. DOI: <https://doi.org/10.2337/db21-0659>, PMID: 34737186
29. Maestre-Muñiz MM, Arias Á, Mata-Vázquez E, Martín-Toledano M, López-Larramona G, Ruiz-Chicote AM, Nieto-Sandoval B, Lucendo AJ. 2021. Lucendo AJ Long-Term Outcomes of Patients with Coronavirus Disease




Насирова Дилангиз Акбаровна

Резидент магистратуры по специальности кардиология
Кафедры внутренних болезней и кардиологии №2
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

д.м.н., проф., зав.кафедрой внутренних болезней и кардиологии №2
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ГРЯДУЩАЯ ЭПИДЕМИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ПОВОД ДЛЯ БЕСПОКОЙСТВА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Фибрилляция предсердий (ФП) все чаще встречается среди населения в целом. Он часто совпадает с инфарктом миокарда (ИМ) и сердечной недостаточностью (СН), которые также являются заболеваниями у пожилых людей. Все три состояния имеют общие сердечно-сосудистые факторы риска. В то время как гипертония и ожирение являются центральными факторами риска для всех трех заболеваний, курение и диабет, по-видимому, оказывают меньшее влияние на ФП. На сегодняшний день возраст является единственным наиболее важным фактором риска ФП среди населения в целом. Кроме того, эпидемиологические исследования предполагают сильную связь ФП с ИМ и СН. Лежащие в основе патофизиологические механизмы сложны и до конца не изучены. И ИМ, и СН могут спровоцировать развитие ФП, главным образом, за счет структурного и электрического ремоделирования предсердий. С другой стороны, ФП способствует развитию СН и ИМ с помощью нескольких механизмов, что приводит к порочному кругу сердечной недостаточности и неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. Следовательно, для профилактики и лечения сочетания ФП и СН или ИМ необходима строгая оптимизация сердечно-сосудистых факторов риска.

Ключевые слова: мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, эпидемиология, сердечно-сосудистые факторы риска.

Nasirova Dilangiz Akbarovna

Master's Resident in Cardiology
Department of Internal Diseases and Cardiology №2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna

Doctor of Medical Sciences, Prof.,
Head of the Department of Internal Diseases and Cardiology No.2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THE UPCOMING EPIDEMIC OF ATRIAL FIBRILLATION AND ASSOCIATED DISEASES IS A CAUSE FOR CONCERN

ANNOTATION

Atrial fibrillation (AF) is increasingly common in the general population. It often coincides with myocardial infarction (MI) and heart failure (HF), which are also diseases in the elderly. All three conditions share common cardiovascular risk factors. While hypertension and obesity are central risk factors for all three diseases, smoking and diabetes appear to have less of an impact on AF. To date, age is the single most important risk factor for AF in the general population. In addition, epidemiological studies indicate a strong association of AF with MI and HF. The underlying pathophysiological mechanisms are complex and not fully understood. Both MI and HF can induce AF, mainly through structural and electrical atrial remodeling. On the other hand, AF contributes to the development of HF and MI through several mechanisms, leading to a vicious circle of heart failure and a poor cardiovascular prognosis. Therefore, strict optimization of cardiovascular risk factors is required to prevent and treat the combination of AF and HF or MI.

Key words: atrial fibrillation, myocardial infarction, heart failure, epidemiology, cardiovascular risk factors.

Nasirova Dilangiz Akbarovna
Kardiologiya bo'yicha Samarqand davlat tibbiyot universiteti
№2 ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrası
magistratura rezidenti
Samarqand, O'zbekiston
Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
Tibbiyot fanlari doktori, prof., 2-son ichki kasalliklar
va kardiologiya kafedrası mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

KELAJAKDA BO'LMACHALAR FIBRILLYATSIYASI EPIDEMIYASI VA UNGA HAMROH KASALLIKLAR – XAVOTIRGA SABAB

ANNOTATSIYA

Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi (BF) aholi orasida tobora keng tarqalib kelmoqda. Ko'pincha miokard infarkti (MI) va yurak yetishmovchiligi bilan birga keladi va bu kasalliklar keksalar kasalliklari deb hisoblanadi. Uch holat ham umumiy yurak-qon tomir xavf omillariga ega. Gipertoniya va semirish har uch kasallik uchun asosiy xavf omillari bo'lgan paytda, chekish va diabet ko'rinishicha, bo'lmachalar fibrillyatsiyasiga kamroq ta'sir qiladi. Bugungi kunga kelib, umumiy populyatsiyada BF uchun yosh yagona eng muhim xavf omilidir. Bundan tashqari, epidemiologik tadqiqotlar BF ning MI va yurak yetishmovchiligi bilan kuchli bog'liqligini ko'rsatadi. Asosiy patofiziologik mexanizmlar murakkab va to'liq o'rganilmagan. MI ham, yurak yetishmovchiligi ham, bo'lmachalar fibrillyatsiyasini asosan, bo'lmachalarni tizimli va elektrik qayta qurish orqali keltirib chiqarishi mumkin. Boshqa tomondan, BF bir necha mexanizmlar orqali yurak yetishmovchiligi va MI rivojlanishiga hissa qo'shadi va yurak-qon tomir prognozining yomonlashishiga olib keladi. Shuning uchun BF va yurak yetishmovchiligi yoki MI kombinatsiyasini oldini olish va davolash uchun yurak-qon tomir xavf omillarini qat'iy optimallashtirish talab etiladi.

Kalit so'zlar: bo'lmachalar fibrillyatsiyasi, miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi, epidemiologiya, yurak-qon tomir xavf omillari.

Фибрилляция предсердий (ФП) все чаще встречается в общей популяции и связана со значительной заболеваемостью и смертностью. На уровне сообщества риск развития ФП связан с классическими сердечно-сосудистыми факторами риска, и часто ФП совпадает с распространенными сердечными заболеваниями, такими как инфаркт миокарда (ИМ) и сердечная недостаточность (СН). В то время как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний играют роль в патогенезе всех трех заболеваний, ассоциации факторов риска и временные отношения возникновения заболеваний различаются. В этом обзоре мы обсуждаем эпидемиологический фон, общие факторы риска и взаимозависимость в развитии ФП и сопутствующих ИМ и СН [1,4,6].

Все три заболевания, ФП, ИМ и СН, часто встречаются в обществе с возрастающей распространенностью среди пожилых людей. Как сложные заболевания их возникновение обычно нельзя объяснить наличием одного фактора риска. С одной стороны, патофизиологические механизмы ФП, СН и ИМ различны. Ключевую роль в развитии ФП приписывают структурному и электрофизиологическому ремоделированию миокарда предсердий. Наиболее известными состояниями, лежащими в основе ИМ, являются атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Фенотип СН является результатом множества состояний и лишь частично объясняется ишемической болезнью сердца. С другой стороны, частота всех трех заболеваний была связана с классическими сердечно-сосудистыми факторами риска [7,8,11].

ФП, ИМ и СН относятся к заболеваниям с крутым наклоном заболеваемости с возрастом. Они не часты в возрасте до 60 лет. В исследовании ATRIA, перекрестном исследовании 1,89 млн жителей США в возрасте 20 лет и старше, распространенность ФП составила 0,95% в целом и увеличилась с 0,1% среди взрослых моложе 55 лет до 9,0% среди участников 80 лет и старше [9]. Большое проспективное европейское популяционное исследование показало сопоставимые результаты: распространенность ФП увеличилась с 0,7% в возрастной группе от 55 до 59 лет до 17,8% в возрастной группе 85 лет и старше [10]. Точно так же распространенность СН возрастает с 0,7% у лиц в возрасте от 45 до 54 лет до 8,4% у лиц в возрасте 75 лет и старше [11]. Точно так же распространенность ИМ увеличивается с возрастом. Распространенность ИМ у лиц старше 80 лет примерно в пять раз выше, чем у лиц в возрасте от 40 до 59 лет [12].

Примечательно, что мужчины болеют ФП, ИМ и СН чаще, чем женщины [8,9,13,14]. Что касается ФП, то заболеваемость у женщин отстает от заболеваемости у мужчин на 10 лет. Напротив,

женщины имеют более высокий риск развития сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса и составляют большинство пациентов с ИМ после 75 лет [17].

Исследование Framingham Heart Study и многие другие исследования показали, что возраст является единственным наиболее важным фактором риска ФП по сравнению со всеми другими классическими сердечно-сосудистыми факторами риска, а также потреблением алкоголя, гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), шумами в сердце, а также СН и ИМ [18]. Принимая во внимание старение населения мира, количество пациентов с ФП, по оценкам, увеличится в 2,5 раза в течение следующих 50 лет [9]. Аналогичным образом прогнозируется увеличение распространенности СН на 25% в течение следующих 20 лет, хотя фактор риска возраста не так важен, как для ФП [19, 20]. Напротив, в последние годы заболеваемость ИМ снизилась, в основном благодаря лучшему управлению факторами риска [14,21].

В эпидемиологии по-прежнему трудно отделить только возрастные изменения, которые предрасполагают к ФП, СН и ИМ, от возрастающего бремени факторов риска и их эффектов, которые накапливаются в течение жизни. Точно так же основной патофизиологический механизм того, как старение связано с ФП, до конца не изучен. Известно, что количество кардиомиоцитов уменьшается в течение жизни. Они частично замещаются фиброзной тканью [22], что приводит к изменениям клеточной связи и различным аритмогенным реакциям проводимости на преждевременные стимулы [23]. Кроме того, старение сопровождается нарушением электрической связи между миоцитами [24]. Кроме того, возрастные изменения в структуре и функции предсердных ионных каналов приводят к снижению поступления кальция и одновременно к увеличению тока калия [25]. Другим предполагаемым механизмом является снижение активности синоатриального узла и в то же время усиленная инициация импульса стареющими клетками предсердий в легочных венах и коронарном синусе [25]. В то время как некоторые из описанных механизмов также могут быть причиной развития СН и ИМ, большинство из них достаточно специфичны для изменений, которые могут повышать предрасположенность к ФП.

Высокое кровяное давление способствует развитию и рецидивам ФП [26, 27]. Кроме того, нелеченая гипертензия увеличивает риск инсульта и кровотечения у пациентов с ФП [27, 28]. Из-за высокой распространенности в общей популяции артериальная гипертензия имеет существенное значение как фактор риска развития ФП, о чем свидетельствует популяционно-атрибутивный риск (PAR) 13,5% [13, 29]. То же самое относится и

к СН, где гипертония является одним из наиболее важных факторов риска, помимо ишемической болезни сердца [30]. При ИМ артериальная гипертензия не менее важна, чем в развитии ФП и СН. В исследовании INTERHEART артериальная гипертензия составляла 18% ФАР первого ИМ [4,7,11].

Более того, у пациентов с артериальной гипертензией сердечно-сосудистые заболевания развиваются на пять лет раньше, чем у лиц с нормальным артериальным давлением [31]. У лиц с ФП артериальная гипертензия приводит к увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертности от всех причин [32]. В целом артериальная гипертензия является общепризнанным фактором риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [33, 34].

Патофизиологически гипертония приводит к дилатации и дисфункции предсердий [25,26], а также к гипертрофии ЛЖ [27] и диастолической дисфункции [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6524760/bb019027,28], что приводит к повышенному риску развития ФП. Помимо этих структурных изменений, электрическое ремоделирование предсердий обсуждалось как возможная причина ФП, связанной с гипертензией [24]. Кроме того, было высказано предположение, что активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) является важным лежащим в основе патофизиологическим механизмом, запускающим как саму гипертензию, так и вышеупомянутые структурные и электрические изменения сердца. Патофизиология СН и ИМ вследствие гипертензии сходна с ФП. Гипертрофия ЛЖ и диастолическая дисфункция, вызванные гипертензией, являются основными причинами сердечной недостаточности. Гипертрофия ЛЖ и активация РААС связаны с повышенным риском ИМ.

Из-за растущей распространенности ожирения и, как следствие, заболеваемости и смертности оно приобрело важное значение среди населения [17]. Роль ожирения в развитии ФП, СН и ИМ хорошо известна.

При ИМ, в частности, абдоминальная жировая масса, по-видимому, играет решающую роль в патогенезе и, по-видимому, является независимым предиктором смертности от всех причин у мужчин и, возможно, также у женщин [30]. Риск развития СН и ФП коррелирует со степенью ожирения. С увеличением индекса массы тела (ИМТ) частота ФП непрерывно возрастает. В крупном метаанализе 51 исследования увеличение ИМТ на 5 кг/м² ассоциировалось с повышением избыточного риска возникновения, послеоперационной или постаблационной ФП на 29% [34]. Риск ФП динамически изменяется с массой тела. Было показано, что пациенты с недавно возникшим ожирением имеют значительно более высокий риск развития ФП по сравнению с пациентами, которые поддерживают нормальный вес. Аналогичным образом, пациенты с ожирением, достигшие нормального веса, по-видимому, способны снизить риск развития ФП [31]. В развитии сердечной недостаточности, особенно морбидное ожирение, является сильным независимым фактором риска [17]. Удивительно, но есть доказательства того, что пациенты с избыточным весом и легким ожирением имеют лучший прогноз, чем их коллеги с нормальным весом. Это наблюдение называется парадоксом ожирения и относится к большинству сердечно-сосудистых заболеваний, включая СН, ФП и ИМ [17,18].

Существует множество механизмов, посредством которых ожирение способствует развитию ФП, СН, ИМ и их сочетанному возникновению. Основные факторы включают гемодинамические изменения, вызванные высоким сердечным выбросом и гипертрофией ЛЖ, приводящие к диастолической дисфункции и повышению давления в левом предсердии. Особенно важную роль в развитии ФП играет перикардальный жир, обладающий высокой биологической активностью. Кроме того, у лиц с ожирением был продемонстрирован укороченный эффективный рефрактерный период в левом предсердии и легочных венах, что свидетельствует об основных электрофизиологических изменениях, связанных с развитием и поддержанием ФП.

Несмотря на то, что ФП часто существует с диабетом [27], связь между диабетом и возникновением ФП не была

статистически значимой в некоторых общественных исследованиях, таких как Framingham Heart Study и других независимых европейских когортах, после учета других факторов риска [13]. Однако в других сообщениях описывается связь диабета с повышенным риском развития ФП независимо от пола [8, 26]. В частности, высокий уровень HbA1c, отражающий плохой гликемический контроль, способствует возникновению ФП [23,25]. Строгий гликемический контроль может снизить частоту рецидивов после аблации.

Исследование ADVANCE показало, что риск смертности от всех причин у больных сахарным диабетом с ФП был на 61% выше по сравнению с пациентами без ФП [33]. Точно так же диабет связан с более высокой сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью у пациентов с СН [26] и ИМ. Несмотря на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний благодаря лучшему управлению факторами риска и стратегиям лечения, эти изменения, по-видимому, менее эффективны для пациентов с диабетом. Таким образом, интенсивное многофакторное вмешательство при множественных факторах риска представляется необходимым у пациентов с диабетом для существенного снижения уровня смертности.

Существуют различные патофизиологические пути развития сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом. С одной стороны, ишемической болезни сердца и развитию ИМ способствуют дислипидемия и артериальная гипертензия, а также эндотелиальная дисфункция, активация тромбоцитов и нарушения коагуляции. С другой стороны, диабетическая кардиомиопатия возникает независимо от ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Предполагается, что отложение конечных продуктов гликирования, увеличивающих жесткость ЛЖ, дисфункцию коронарной микроциркуляции и вегетативную невралгию, играет важную роль в развитии дисфункции ЛЖ. Эти изменения не только создают основу для возникновения СН, но также приводят к структурному ремоделированию предсердий как потенциальной основе развития ФП. Соответственно, гипергликемия и диабетические состояния связаны с диффузным интерстициальным фиброзом предсердий [22,23]. Предполагается, что важнейшую роль в этих изменениях играют конечные продукты гликирования и более высокие уровни реактивного кислорода [20,21]. Кроме того, сообщалось, что вызванная диабетом повышенная симпатическая и сниженная парасимпатическая сердечная активность, а также изменения электропроводности в предсердиях приводят к более высокой предрасположенности к ФП [33,34].

Нарушение дыхания во сне и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) часто совпадают с ФП, СН и ИМ, что частично можно объяснить перекрывающимися факторами риска, такими как ожирение и артериальная гипертензия. Тем не менее, существуют убедительные данные, свидетельствующие о наличии связи помимо этих факторов риска, особенно в отношении ФП. Распространенность СОАС намного выше у лиц с ФП по сравнению с лицами без ФП (21–74% против 3–49%) [11,18], а частота рецидивов ФП после изоляции легочных вен значительно выше у пациентов с СОАС. Кроме того, постоянное положительное давление в дыхательных путях повышает вероятность успеха как изоляции легочных вен, так и кардиоверсии. СОАС был описан как предиктор сердечной недостаточности и ИМ даже после поправки на другие факторы риска, хотя эта ассоциация не была значимой у женщин [33,34].

Помимо основных факторов риска, СОАС, по-видимому, способствует развитию ФП, СН и ИМ за счет прямых эффектов, вызванных интермиттирующими эпизодами апноэ и возбуждения. Эти эпизоды приводят к активации симпатической нервной системы, артериальному давлению, увеличению частоты сердечных сокращений, отрицательному внутригрудному давлению, ишемии, окислительному стрессу и системному воспалению. Может существовать взаимная связь, поскольку описано развитие СОАС после перенесенной СН или ИМ [27]. В качестве возможного объяснения была предложена нестабильность дыхательного контроля.

ФП, ИМ и СН являются тесно связанными состояниями, которые все чаще встречаются в общей популяции. Все три заболевания имеют общие факторы риска. Ожидается, что в связи с увеличением продолжительности жизни и изменением образа жизни распространенность факторов риска, таких как ожирение, диабет и гипертония, а затем ФП, ИМ и СН, будет расти.

Лица с ФП демонстрируют повышенный риск развития СН или ИМ, что также имеет обратное значение. Кроме того, последовательное или одновременное возникновение ФП и любого из двух заболеваний значительно снижает выживаемость.

Патофизиологические взаимодействия сложны, как показано на Рис. 2. Центральное место в развитии ФП занимает структурное

и электрическое ремоделирование предсердий, а также гемодинамические изменения, которым способствуют факторы сердечно-сосудистого риска, а также сопутствующие СН или ИМ. С другой стороны, ФП способствует развитию ИМ и СН несколькими путями, что приводит к порочному кругу прогрессирующей сердечной недостаточности. Но также существуют значительные различия в эпидемиологии заболевания, риске развития сопутствующего заболевания, типе ИМ и СН по отношению к ФП и дифференциальным ассоциациям факторов риска, которые необходимо исследовать дополнительно.

References/Список литературы/Iqtiboslar

- Alpert M.A., Omran J., Bostick B.P. Effects of obesity on cardiovascular hemodynamics, cardiac morphology, and ventricular function. *Curr. Obes. Rep.* 2016;**5**:424–434.
- Alpert M.A., Omran J., Mehra A., Ardhanari S. Impact of obesity and weight loss on cardiac performance and morphology in adults. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2014;**56**:391–400.
- Benjamin E.J., Blaha M.J., Chiuve S.E., Cushman M. 2017. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update.
- Coronel R. The pro- or antiarrhythmic actions of polyunsaturated fatty acids and of cholesterol. *Pharmacol. Ther.* 2017;**176**:40–47
- De Lemos J.A., Ayers C.R., Levine B., DeFilippi C.R., Wang T.J., Hundley W.G., Berry J.D., Seliger S.L., McGuire D.K., Ouyang P., Drazner M.H., Budoff M., Greenland P., Ballantyne C.M., Khera A. Multimodality strategy for cardiovascular risk assessment: performance in 2 population-based cohorts. *Circulation.* 2017;**135**:2119–2132.
- Fabritz L., Guasch E., Antoniadou C., Bardinet I., Benninger G., Betts T.R., Brand E., Breithardt G., Bucklar-Suchankova G., Camm A.J., Cartlidge D., Casadei B., Chua W.W.L., Crijns H.J.G.M., Deeks J., Hatem S., Hidden-Lucet F., Käb S., Maniadakis N., Martin S., Mont L., Reinecke H., Sinner M.F., Schotten U., Southwood T., Stoll M., Vardas P., Wakili R., West A., Ziegler A., Kirchhof P. Expert consensus document: defining the major health modifiers causing atrial fibrillation: a roadmap to underpin personalized prevention and treatment. *Nat. Rev. Cardiol.* 2016;**13**:230–237.
- Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B., Castella M., Diener H.C., Heidbuchel H., Hendriks J., Hindricks G., Manolis A.S., Oldgren J., Popescu B.A., Schotten O., Van Putte B., Vardas P., Agewall S., Camm J., Esquivias G.B., Budts W., Carerj S., Casselman F., Coca A., De Caterina R., Deftereos S., Dobrev D., Ferro J.M., Filippatos G., Gorenk B., Guenoun M., Hohnloser S.H., Kolh P., Lip G.Y.H., Manolis A., McMurray J., Ponikowski P., Rosenhok R., Ruschitzka F., Savelieva I., Sharma S., Suwalski P., Tamargo J.L., Taylor C.J., Van Gelder I.C., Voors A.A., Windecker S., Zamorano J.L., Zeppenfeld K. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur. Heart J.* 2016;**37**:2893–2962.
- Kodani E., Atarashi H., Inoue H., Okumura K., Yamashita T., Otsuka T., Tomita H., Origasa H. Impact of blood pressure control on thromboembolism and major hemorrhage in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a subanalysis of the J-RHYTHM Registry. *J. Am. Heart Assoc.* 2016;**5**:1–14.
- Lavie C.J., De Schutter A., Parto P., Jahangir E., Kokkinos P., Ortega F.B., Arena R., Milani R.V. Obesity and prevalence of cardiovascular diseases and prognosis: the obesity paradox updated. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2016;**58**:537–547.
- Magnussen C., Bernhardt A.M., Ojeda F.M., Wagner F.M., Gummert J., de By T.M.M.H., Krabatsch T., Mohacs P., Rybczynski M., Knappe D., Sill B., Deuse T., Blankenberg S., Schnabel R.B., Reichenspurner H. Gender differences and outcomes in left ventricular assist device support: the European Registry for Patients with Mechanical Circulatory Support. *J. Heart Lung Transplant.* 2018;**37**:61–70.
- Magnussen C., Niiranen T., Ojeda F.M., Gianfagna F., Blankenberg S., Njølstad I., Vartiainen E., Sans S., Pasterkamp G., Costanzo S., Donati M.B., Jousilahti P., Linneberg A., Palosaari T., de Gaetano G., Bobak M., den Ruijter H.M., Mathiesen E., Jørgensen T., Söderberg S., Kuulasmaa K., Zeller T., Salomaa V., Iacoviello L., Schnabel R.B. Heart failure epidemiology, risk factors and mortality risk by gender in community cohorts across Europe. *Circulation.* 2017;**136** http://circ.ahajournals.org/content/136/Suppl_1/A17668.abstract
- Magnussen C., Niiranen T.J., Ojeda F.M., Gianfagna F., Blankenberg S., Njølstad I., Vartiainen E., Sans S., Pasterkamp G., Hughes M., Costanzo S., Donati M.B., Jousilahti P., Linneberg A., Palosaari T., de Gaetano G., Bobak M., den Ruijter H.M., Mathiesen E., Jørgensen T., Söderberg S., Kuulasmaa K., Zeller T., Iacoviello L., Salomaa V., Schnabel R.B. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in community cohorts. *Circulation.* 2017;**136**:1588–1597.
- Meyer S., Brouwers F.P., Voors A.A., Hillege H.L., de Boer R.A., Gansevoort R.T., van der Harst P., Rienstra M., van Gelder I.C., van Veldhuisen D.J., van Gilst W.H., van der Meer P. Sex differences in new-onset heart failure. *Clin. Res. Cardiol.* 2015;**104**:342–350.
- Mourtzinis G., Kahan T., Bengtsson Boström K., Schiöler L., Cedstrand Wallin L., Hjerpe P., Hasselström J., Manhem K. Relation between lipid profile and new-onset atrial fibrillation in patients with systemic hypertension (from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database [SPCCD]) *Am. J. Cardiol.* 2018;**122**:102–107.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M., Das S.R., De Ferranti S., Després J.P., Fullerton H.J., Howard V.J., Huffman M.D., Isasi C.R., Jiménez M.C., Judd S.E., Kissela B.M., Lichtman J.H., Lisabeth L.D., Liu S., MacKey R.H., Magid D.J., McGuire D.K., Mohler E.R., Moy C.S., Muntner P., Mussolino M.E., Nasir K., Neumar R.W., Nichol G., Palaniappan L., Pandey D.K., Reeves M.J., Rodriguez C.J., Rosamond W., Sorlie P.D., Stein J., Towfighi A., Turan T.N., Virani S.S., Woo D., Yeh R.W., Turner M.B. 2016. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update a Report From the American Heart Association.
- Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., Bueno H., Cleland J.G.F., Coats A.J.S., Falk V., González-Juanatey J.R., Harjola V.-P., Jankowska E.A., Jessup M., Linde C., Nihoyannopoulos P., Parissis J.T., Pieske B., Riley J.P., Rosano G.M.C., Ruilope L.M., Ruschitzka F., Rutten F.H., van der Meer P. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur. Heart J.* 2016;**37**:2129–2200.
- Regitz-Zagrosek V., Oertelt-Prigione S., Prescott E., Franconi F., Gerds E., Foryst-Ludwig A., Maas A.H.E.M., Kautzky-Willer A., Knappe-Wegner D., Kintscher U., Ladwig K.H., Schenck-Gustafsson K., Stangl V. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *Eur. Heart J.* 2016;**37**:24–34.

18. Schnabel R.B., Yin X., Gona P., Larson M.G., Beiser A.S., McManus D.D., Newton-Cheh C., Lubitz S.A., Magnani J.W., Ellinor P.T., Seshadri S., Wolf P.A., Vasan R.S., Benjamin E.J., Levy D. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. 2015;**386**:154–162.
19. Wong C.X., Sullivan T., Sun M.T., Mahajan R., Pathak R.K., Middeldorp M., Twomey D., Ganesan A.N., Rangnekar G., Roberts-Thomson K.C., Lau D.H., Sanders P. Obesity and the risk of incident, post-operative, and post-ablation atrial fibrillation: a meta-analysis of 626,603 individuals in 51 studies. *JACC Clin. Electrophysiol.* 2015;**1**:139–152.
20. Zhu W., Wan R., Liu F., Hu J., Huang L., Li J., Hong K. Relation of body mass index with adverse outcomes among patients with Atrial fibrillation: a meta-analysis and systematic review. *J. Am. Heart Assoc.* 2016;**5**:1–13.
21. Агабабян И. Р., Зиядуллаев Ш. Х., Исмаилов Ж. А. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы и риска развития сердечной недостаточности при ХОБЛ // *Central Asian*
22. Агабабян И. Р., Зиядуллаев Ш. Х., Исмаилов Ж. А. Оценка степени нарушения эндотелиальной функции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES*. – 2021. – Т. 2. – №. 5. – С. 97-102.
23. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца // *Научный журнал*. – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
24. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца // *Научный журнал*. – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
25. Расули Ф. О. и др. Особенности развития хронической сердечной недостаточности у больных с ИБС на фоне фибрилляции предсердий // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
26. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
27. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
28. Ташкенбаева Э. и др. Распространенность метаболического синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
29. Ташкенбаева Э. и др. Хроническая сердечная недостаточность как ведущая медико-социальная и экономическая проблема // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-21.
30. 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.
31. Ташкенбаева Э., Хасанжанова Ф. Генетические факторы риска развития нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте (ОБЗОР) // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 35-39.
32. Хасанжанова Ф. О., Мардонов У. А. У., Юсупов Т. Ш. У. Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте // *Проблемы современной науки и образования*. – 2019. – №. 11-1 (144). – С. 94-97.
33. Хасанжанова Ф. О., Рофеев М. Ш. Часто встречаемые факторы риска при инфаркте миокарда у мужчин молодого возраста при разных исходах заболевания // *Актуальные научные исследования в современном мире*. – 2019. – №. 10-7. – С. 87-90.
34. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н. Анализ клинического течения нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2022. – №. SI-2.
35. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
36. 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.
37. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ // *Журнал кардиореспираторных исследований*. – 2022. – №. SI-2.



Шавози Нурали Мухаммад угли


д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии №1 и неонатологии

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Алланазаров Алишер Боймуратович

Ассистент кафедры педиатрии №1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Инфекции дыхательных путей у детей являются одной из наиболее распространенных причин посещения врача и госпитализации и связаны со значительной заболеваемостью и смертностью. Респираторные инфекции являются распространенными и частыми заболеваниями и представляют собой одну из основных жалоб у детей и подростков. Роль врачей и других медицинских работников расширилась от простого лечения заболевания до реализации мер, направленных на поддержание здоровья и профилактику заболеваний. Респираторные инфекции (РИ), в основном с поражением верхних дыхательных путей, часто встречаются у детей, и их повторение представляет собой серьезную проблему для педиатров. Многие дети страдают от так называемых рецидивирующих респираторных инфекций (РРИ).

Ключевые слова: ребенок, инфекция, астма, вирусы.

Shavazi Nurali Muhammad ugli,

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of Department

pediatrics №1 and neonatology,
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Allanazarov Alisher Boymurotovich

Assistant of the Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

CHARACTERISTICS OF REPEATED RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

ANNOTATION

Respiratory tract infections in children are one of the most common causes of physician visits and hospitalizations, and are associated with significant morbidity and mortality. Respiratory tract infections are widespread and frequent diseases and represent one of the main complaints of children and adolescents. The role of doctors and other health workers has expanded from the simple treatment of disease to the implementation of measures aimed at maintaining health and preventing disease. Respiratory infections, mainly involving the upper respiratory tract, are common in children and their recurrence is a major problem for pediatricians. Many children suffer from what are called recurrent respiratory infections.

Key words: child, infection, asthma, viruses.

Shavazi Nurali Mamedovich

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrasi mudiri, t.f.d., professor,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Allanazarov Alisher Boymurotovich

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrasi assistenti,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA TAKRORLANGAN RESPIRATOR INFEKTSION XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Bolalardagi nafas yo'llarining infeksiyalari shifokorga tashrif buyurish va kasalxonaga yotqizishning eng keng tarqalgan sabablaridan biri bo'lib, jiddiy kasallik va o'lim bilan bog'liq. Nafas olish yo'llari infeksiyalari keng tarqalgan va tez-tez uchraydigan kasalliklar bo'lib, bolalar va o'smirlarning asosiy shikoyatlaridan birini ifodalaydi. Shifokorlar va boshqa tibbiyot xodimlarining roli kasallikni oddiy davolashdan salomatlikni saqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirishgacha kengaydi. Nafas olish yo'llari infeksiyalari, asosan, yuqori nafas yo'llarini o'z ichiga oladi, bolalarda tez-tez uchraydi va ularning takrorlanishi pediatrlar uchun asosiy muammo hisoblanadi. Ko'pgina bolalar takroriy respirator infeksiyalar deb ataladigan kasallikdan aziyat chekishadi.

Kalit so'zlar: bola, infeksiya, astma, viruslar.

Ребенок с рецидивирующими респираторными инфекциями представляет собой сложную диагностическую задачу [2,4,8]. Необходимо отличать детей с легко устранимой причиной их симптомов, таких как рецидивирующие вирусные инфекции или астма, от детей с более серьезной основной патологией, такой как бронхоэктазы или иммунная дисфункция. Многие различные заболевания проявляются таким образом, включая муковисцидоз, различные синдромы иммунодефицита, врожденные аномалии дыхательных путей, но у некоторых детей повреждение легких может быть следствием единичной тяжелой пневмонии или может быть следствием вдыхания пищи или инородного тела. Согласно эпидемиологическим исследованиям, было подсчитано, что около 6% детей в возрасте до 6 лет имеют ОРЗ. В развитых странах до 25% детей в возрасте до 1 года и 18% детей в возрасте 1-4 лет испытывают ОРЗ. Кроме того, ЛОР-инфекции представляют собой наиболее частые патологии у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет [1,3,6,10]. Хотя этиологические агенты, ответственные за ОРЗ, не всегда легко идентифицируются, вирусные агенты, как правило, являются основной причиной. Реальная задача педиатров состоит в том, чтобы отличать нормальных детей с высокой частотой респираторных инфекций, связанных с повышенным воздействием факторов риска окружающей среды, от детей, страдающих другими сопутствующими патологическими состояниями (иммунологическими или нет), предрасполагающими к инфекционным респираторным заболеваниям. Обычно дети с ОРЗ не подвержены серьезным изменениям, и ОРЗ, по сути, являются следствием повышенного воздействия инфекционных агентов из-за факторов окружающей среды в течение первых лет жизни [9,11,13,14].

В клинической практике большинство детей страдают от рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей, но примерно у 10-30% поражаются и нижние отделы дыхательных путей. Существует два пика заболеваемости ОРЗ:

- возраст 6-12 месяцев → после употребления пассивно переносимых матерью иммуноглобулинов с сопутствующим отложенным синтезом собственных антител,
- вовлечение ребенка в группу детей в детском саду или школе.

Инфекции верхних дыхательных путей встречаются часто, но вряд ли указывают на основное заболевание, когда они возникают изолированно. При оценке пациентов с рецидивирующими инфекциями целесообразно использовать аббревиатуру ТПНР (тяжелые, постоянные, необычные, рецидивирующие) для проведения соответствующих исследований основных причин. У детей с ОРЗ течение инфекций дыхательных путей (особенности, тяжесть и продолжительность) аналогично тем, которые наблюдаются у детей с "нормальной" частотой респираторных инфекций. Частота РИ у детей с РРИ демонстрирует типичную сезонность с самым высоким показателем в осенне-зимний период. Как правило, эти дети не подвержены рецидивирующим инфекциям других систем (желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, мочеполовых путей или кожи). Хотя у большинства детей с рецидивирующей инфекцией нормальный иммунитет, важно распознать ребенка с первичным иммунодефицитом, провести соответствующее обследование и лечение, а не чрезмерно исследовать нормальных детей [12,13,16].

ОРЗ являются распространенной проблемой в основном в дошкольном возрасте, обычно из-за наличия неблагоприятных

условий окружающей среды, включая раннюю социализацию, а также незрелости и неопытности иммунной системы. В младенчестве и раннем детстве иммунная система впервые сталкивается с антигенами, усиливая иммунные реакции и приобретая память. Маленькие дети смешиваются с другими детьми в семьях или детских садах и подвергаются воздействию многих патогенов, и поэтому они более уязвимы к инфекции, а рецидивирующие инфекции являются обычным явлением. У многих детей просто повторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей, которые являются нормальной частью взросления. У других симптомы являются первыми проявлениями астмы. Если в анамнезе имеется персистирующая или рецидивирующая пневмония с хроническим выделением мокроты или без него, это указывает на более тяжелую патологию. ОРЗ первоначально возникает как вирусная инфекция дыхательных путей, но рост бактерий наблюдается у 60% пациентов с симптомами инфекции верхних дыхательных путей продолжительностью не менее 10 дней. Дети с длительными или рецидивирующими респираторными заболеваниями чаще всего имеют серию инфекций, а не персистирующую инфекцию одним штаммом вируса. Некоторые дети испытывают значительную антибактериальную резистентность в результате ОРЗ и получают повторные курсы антибактериальных препаратов, которые неэффективны против вирусных инфекционных агентов и могут повышать устойчивость бактерий [17,20,24].

Определение ОРЗ проблематично, и четкого консенсуса не существует. В случае среднего отита эталонным стандартом возникновения является три эпизода в течение 6 месяцев или четыре эпизода в течение 12 месяцев. Рецидивирующий инфекционный ринит обычно определяется как более пяти эпизодов в год, а рецидивирующий фарингит или тонзиллит - более трех эпизодов в течение 12 месяцев. Каждое определение ОРЗ является произвольным, слишком общим и ограничительным. Вместо того, чтобы определять, есть ли у ребенка рецидивирующие инфекции с помощью объективной числовой оценки, лучше знать:

- если ребенок в целом чувствует себя хорошо,
- если есть условия, которые можно диагностировать и лечить как истинное заболевание,
- если данные анамнеза и физического обследования указывают на иммунодефицит.

Очевидно, что только нескольких подходящих тестов достаточно, чтобы отличить "благополучного" ребенка от пациента с иммунной дисфункцией.

Было предложено, чтобы для диагностики ОРЗ присутствовал по крайней мере один из следующих критериев:

- ≥ 6 респираторных инфекций в год,
- ≥ 1 респираторных инфекций в месяц с поражением верхних дыхательных путей с сентября по апрель,
- ≥ 3 респираторных инфекций в год с поражением нижних дыхательных путей

У большинства детей с ОРЗ нет какой-либо серьезной лежащей в основе иммунологической или неиммунологической патологии, можно говорить о "физиологической" респираторной патологии у детей. Это означает, что определенное количество респираторных инфекций можно считать физиологическими из-за развития незрелой иммунной системы у этих детей. Нормальная частота респираторных путей составляет от шести до восьми эпизодов в течение осени и зимы в младенчестве (у детей в возрасте 1-5 лет) и

от двух до четырех эпизодов у детей старшего возраста (в возрасте 6-12 лет). Даже более высокая частота респираторных инфекций может быть источником большого беспокройства родителей или педиатров, большинство детей с ОРЗ практически не болеют, и мы не можем обнаружить какое-либо серьезное основное заболевание или нарушение иммунной системы[22,23,28].

Рецидивирующие респираторные инфекции у младенцев и детей являются одной из наиболее распространенных причин консультирования и госпитализации. Они ответственны за значительную заболеваемость, измеряемую потерянными школьными днями. Многие факторы могут играть важную роль в возникновении эпизодов ОРЗ, которые могут действовать по отдельности или вместе. У некоторых детей можно обнаружить также временный или постоянный дефицит иммунной. Следует отметить, что истинный иммунодефицит встречается редко, и первой причиной ОРЗ является само детство, поскольку как гуморальный, так и фагоцитарный иммунитет достигают максимальной эффективности в первые пять или шесть лет жизни. Как правило, дети с ОРЗ обычно не страдают от серьезных изменений функций иммунной системы. У большинства этих детей нет признанных иммунодефицитов, но у некоторых могут быть низкие уровни некоторых лабораторных показателей, обычно изотипов иммуноглобулинов или редко других иммунологических параметров, таких как фагоцитоз. Некоторые из наблюдаемых иммунологических изменений имеют сомнительную значимость и не имеют убедительной связи с повышенной восприимчивостью к респираторным инфекциям. Большинство детей с ОРЗ не имеют иммунодефицита. Если они это делают, то это часто происходит из-за дефицита антител. Finocchi et al. оценили гуморальные иммунные дефекты у, по-видимому, 67 неоперированных пациентов с рецидивирующими инфекциями, и у 55% был диагностирован гуморальный дефект[29,30,32].

Согласно литературе, у детей, страдающих ОРЗ, наблюдалось несколько изменений в иммунной системе и ее функции:

- дефекты рецептора FcγIIIa (CD16) на естественных клетках-киллерах,
- дефект киназы, ассоциированной с рецептором интерлейкина 4 (IRAK4),
- снижение выработки IL-12,
- полиморфизмы в генах CCR2, CCR5 и ген лектина, связывающего маннозу,
- мутации в кодирующих последовательностях TLR-4,
- дефектное удаление апоптотических нейтрофилов альвеолярными макрофагами,
- патологический фагоцитоз и выработка активных промежуточных продуктов кислорода из полиморфноядерных клеток,
- снижение хемотаксиса нейтрофилов,
- умеренное снижение количества CD4⁺, CD8⁺, CD19⁺ и NK-клеток,
- изменения в продукции цитокинов лимфоцитами (↑ IL-4, ↑ IL-10, ↓ IFN-γ, ↓ IL-2),
- снижает подклассы IgM, IgA, IgG, лектин, связывающий маннозу, L-фиколин,
- дефекты в выработке постинфекционных специфических антител[31,35,37].

У детей с предполагаемым диагнозом ОРЗ обычно нет значительных изменений в иммунной системе и ее функциях. Существование двух или более частичных легких нарушений иммунитета у детей с ОРЗ, которое наблюдали несколько авторов, подтверждает вторичный постинфекционный характер этих изменений. Вероятно, что все наблюдаемые неспецифические нарушения иммунитета являются скорее следствием повторных вирусных инфекций, чем предрасполагающим фактором, приводящим к ОРЗ. Различные инфекции (особенно вирусные) могут влиять на иммунную реакцию, цитокиновые реакции и фагоцитоз. Сочетание ОРЗ и

вирусной инфекции может привести к более глубокой вызванной вирусом иммунной дисфункции, которая может способствовать повторению дальнейших респираторных инфекций[34,38,40].

Первичные иммунодефициты (ПИД), как правило, являются результатом генетических дефектов, которые влияют на компонент иммунной системы. В целом, эти нарушения встречаются редко, за некоторыми исключениями, такими как селективный дефицит IgA или дефицит маннозосвязывающего лектина. Наиболее частые респираторные инфекции обычно протекают бессимптомно или имеют только легкие клинические симптомы[22,26,37].

Основной иммунодефицит более вероятен, когда возникают некоторые из следующих “предупреждающих” симптомов или признаков:

- восемь или более новых ушных инфекций (средний отит) в течение 12 месяцев,
- две или более серьезных инфекции пазух носа в течение 12 месяцев,
- два или более эпизода пневмонии в течение 12 месяцев,
- две или более инвазивных инфекции в анамнезе (менингит, целлюлит, остеомиелит, сепсис),
- неспособность ребенка набрать вес или нормально расти ± хроническая диарея,
- рецидивирующие глубокие абсцессы кожи или органов,
- стойкий поверхностный кандидоз после 1 года,
- два или более месяца приема антибиотиков с незначительным эффектом или без него,
- необходимость внутривенного введения антибиотиков для устранения инфекций,
- семейный анамнез первичного иммунодефицита.

Характер рецидивирующей или персистирующей инфекции является основным проявлением первичных иммунодефицитов. В то время как большинство детей с ОРЗ имеют нормальный иммунитет, важно распознать ребенка с лежащим в основе ОРЗ и провести соответствующее обследование и лечение. Своевременная и точная диагностика PID помогает назначить наиболее подходящее лечение, прогнозировать прогноз и облегчить генетическое консультирование семьи[34,36,38].

Респираторные заболевания относятся к наиболее частым и распространенным заболеваниям в клинической практике каждого педиатра. Рецидивирующие вирусные инфекции являются частью процесса взросления любого ребенка. Особенно у детей мы можем наблюдать некоторых, которые страдают от рецидивирующих инфекций верхних или нижних дыхательных путей. В целом, благополучный ребенок с рецидивирующими респираторными инфекциями не страдает серьезным основным заболеванием. У большинства детей нет иммунодефицита, но если он есть, это часто связано с дефицитом антител. При наличии положительного анамнеза на иммунодефицит детальное иммунологическое исследование обязательно. У других детей иммунологическое исследование следует проводить после исключения других, более частых причин ОРЗ, таких как гастроэзофагеальный рефлюкс, аллергия или очаговая инфекция ЛОР-органов (аденоидная гипертрофия). Лечение и профилактика этих инфекций имеет свои правила и должно состоять из ранней, направленной антибиотикотерапии, острых приступов инфекции, длительного и надлежащего восстановления, устранения всех возможных очагов и источников инфекции и полного обследования иммуностатуса ребенка. Существует несколько возможностей иммуномодулирующей терапии. Многие клинические и экспериментальные испытания подтвердили их эффективность и фармакологическую безопасность. Назначение и применение каждого иммуномодулирующего средства должно выполняться надлежащим образом только в указанных случаях с индивидуальным подходом к каждому ребенку с учетом всех правил иммуномодулирующей терапии.


References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Aboriginal Affairs and Northern Development Canada (AANDC). Terminology. Available online: <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100032291/1100100032292> (accessed on 7 September 2017).
2. Albert, R.H. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. *Am. Fam. Phys.* 2018, 82, 1345–1350.
3. Antova, T.; Pattenden, S.; Brunekreef, B.; Heinrich, J.; Rudnai, P.; Forastiere, F.; Luttmann-Gibson, H.; Grize, L.; Katsnelson, B.; Moshammer, H.; et al. Exposure to indoor mould and children's respiratory health in the PATY study. *J. Epidemiol. Community Health* 2018, 62, 708–714.
4. Assembly of First Nations. Fact Sheet-First Nations Housing On-Reserve. Ottawa, ON, Canada. 2013. Available online: <http://www.afn.ca/uploads/files/housing/factsheet-housing.pdf> (accessed on 18 September 2016).
5. Assembly of First Nations. Fact Sheet-Quality of Life of First Nations. Ottawa, ON, Canada. 2016. Available online: http://www.afn.ca/uploads/files/factsheets/quality_of_life_final_fe.pdf (accessed on 10 September 2016).
6. Assembly of First Nations. The Health of First Nations Children and the Environment; Discussion Paper, Environmental Stewardship Unit; Assembly of First Nations: Ottawa, ON, Canada, 2018.
7. Canadian Institutes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, and Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. Research involving the First Nations, Inuit and Métis peoples of Canada. In Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans; TCPS2 2014; Secretariat on Responsible Conduct of Research: Ottawa, ON, Canada, 2014; pp. 109–137.
8. Carrière, G.M.; Garner, R.; Sanmartin, C. Housing conditions and respiratory hospitalizations among First Nations people in Canada. *Health Rep.* 2017, 28, 9–15.
9. Chen, C.F.; Wu, K.G.; Hsu, M.C.; Tang, R.B. Prevalence and relationship between allergic diseases and infectious diseases. *J. Microbiol. Immunol. Infect.* 2021, 34, 57–62.
10. Cohen, J.; Powderly, W.; Opal, S. Bronchitis, Bronchiectasis, and Cystic Fibrosis. In *Infectious Diseases*, 3rd ed.; Mosby (Elsevier): Philadelphia, PA, USA, 2017; Chapter 33; pp. 276–283. ISBN 978-0-323-04579-7.
11. Cole, T.J.; Bellizzi, M.C.; Flegal, K.M.; Dietz, W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: An international survey. *Br. Med. J.* 2020, 320, 1240.
12. Cole, T.J.; Flegal, K.M.; Nicholls, D.; Jackson, A.A. Body mass index cutoffs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Br. Med. J.* 2017, 335, 194.
13. Crighton, E.; Wilson, K.; Senecal, S. The relationship between socio-economic and geographical factors and asthma among Canada's Aboriginal populations. *Int. J. Circumpolar Health* 2018, 69, 138–150.
14. Dales, R.E.; Zwanenburg, H.; Burnett, R.; Franklin, C.A. Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children. *Am. J. Epidemiol.* 2021, 134, 196–203.
15. Du Prel, X.; Krämer, U.; Behrendt, H.; Ring, J.; Oppermann, H.; Schikowski, T.; Ranft, U. Preschool children's health and its association with parental education and individual living conditions in East and West Germany. *BMC Public Health* 2016, 6, 312.
16. First Nations Information Governance Centre (FNIGC). First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National Report on Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities; FNIGC: Ottawa, ON, USA, 2012; Available online: http://fnigc.ca/sites/default/files/First_Nations_Regional_Health_Survey_2008-10_National_Report.pdf (accessed on 28 May 2016).
17. Fisk, W.J.; Eliseeva, E.A.; Mendell, M.J. Association of residential dampness and mold with respiratory tract infections and bronchitis: A meta-analysis. *Environ. Health* 2019, 9, 72.
18. Gionet, L.; Roshanafshar, S. Health at a Glance. Select Health Indicators of First Nations People Living Off Reserve, Métis and Inuit; Statistics Canada: Ottawa, ON, Canada, 2015.
19. He, Q.Q.; Wong, T.W.; Du, L.; Jiang, Z.Q.; Qiu, H.; Gao, Y.; Liu, J.W.; Wu, J.G.; Yu, I.T. Respiratory health in overweight and obese Chinese children. *Pediatr. Pulmonol.* 2019, 44, 997–1002.
20. Health Canada. First Nations and Inuit Component of the Federal Tobacco Control Strategy; Health Canada: Ottawa, ON, Canada, 2015; Available online: <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/fni-tobacco-strat-2012-2017-pni-strat-tabagisme/alt/fni-tobacco-strat-2012-2017-pni-strat-tabagisme-eng.pdf> (accessed on 10 November 2016).
21. Hosmer, D.W.; Lemeshow, S.; Sturdivant, R.X. Assessing the Fit of the Model. In *Applied Logistic Regression*, 3rd ed.; John Wiley & Sons Inc.: Hoboken, NJ, USA, 2019; pp. 153–168. ISBN 978-0-470-58247-3.
22. Hossain, A.; Konrad, S.; Dosman, J.A.; Senthilselvan, A.; McCrosky, J.; Pahwa, P. The determinants of chronic bronchitis in Aboriginal children and youth. *Can Respir. J.* 2015, 19, e75–e80.
23. Institute of Medicine. Damp Indoor Spaces and Health; The National Academies Press: Washington, DC, USA, 2020.
24. Jones, L.L.; Hashim, A.; McKeever, T.; Cook, D.G.; Britton, J.; Leonardi-Bee, J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir. Res.* 2021, 12, 5.
25. Kaplan, B.A.; Brush, G.; Mascie-Taylor, C.G. The relationship of childhood asthma and wheezy bronchitis with height, weight and body mass index. *Hum. Biol.* 2017, 59, 921–931.
26. Karunanayake, C.P.; Albritton, W.; Rennie, D.C.; Lawson, J.A.; McCallum, L.; Gardipy, P.J.; Seesequasis, J.; Naytowhow, A.; Hagel, L.; McMullin, K.; et al. Ear infection and Its Associated Risk Factors in First Nations and Rural School-Aged Canadian Children. *Int. J. Pediatr.* 2016.
27. Kim, V.; Criner, G.J. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2013, 187, 228–237.
28. Kovesi, T. Respiratory disease in Canadian First Nations and Inuit Children. *Paediatr. Child Health* 2017 376–380.
29. Larcombe, L.; Nickerson, P.; Singer, M.; Robson, R.; Dantouze, J.; McKay, L.; Orr, P. Housing conditions in 2 Canadian First Nations communities. *Int. J. Circ. Health* 2021, 70, 141–153.
30. Lee, Y.L.; Chen, Y.-C.; Chen, Y.-A. Obesity and occurrence of bronchitis in adolescents. *Obesity* 2013, 21, E149–E153.
31. Mendell, M.J.; Mirer, A.G.; Cheung, K.; Tong, M.; Douwes, J. Respiratory and allergic health effects of dampness, mold, and dampness-related agents: A review of the epidemiologic evidence. *Environ. Health Perspect.* 2021, 119, 748–756.
32. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Fact Sheet-Housing as a Determinant of First Nations, Inuit and Métis Health. Prince George, BC, Canada. 2019. Available online: <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-Housing-SDOH2017-EN.pdf>.
33. Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General; Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA, USA, 2016.

34. Optis, M.; Shaw, K.; Stephenson, P.; Wild, P. Mold growth in on-reserve homes in Canada: The need for research, education, policy, and funding. *J. Environ. Health* 2017, 74, 14–21.
35. Pahwa, P.; Abonyi, S.; Karunanayake, C.; Rennie, D.; Janzen, B.; Kirychuk, S.; Lawson, J.; Katapally, T.; McMullin, K.; Seesequasis, J.; et al. A community-based participatory research methodology to address redress and reassess disparities in respiratory health among First Nations. *BMC Res. Notes* 2015, 8, 199.
36. Palaty, C.; Shum, M. Health Effects from Mould Exposure or Dampness in Indoor Environments; Evidence Review; National Collaborating Centre for Environmental Health: Vancouver, BC, Canada, July 2019;
37. Pattenden, S.; Antova, T.; Neuberger, M.; Nikiforov, B.; De Sario, M.; Grize, L.; Heinrich, J.; Hrubá, F.; Janssen, N.; Luttmann-Gibson, H.; et al. Parental smoking and children's respiratory health: Independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob. Control* 2016, 15, 294–301.
38. Reid, J.L.; Hammond, D.; Rynard, V.L.; Burkhalter, R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 ed.; Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo: Waterloo, ON, Canada; Available online: https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/ca.tobacco-use-canada/files/uploads/files/tobaccouseincanada_2015_accessible_final-s.pdf (accessed on 10 July 2017).
39. Scaparrotta, A.; Attanasi, M.; Di Pillo, S.; Chiarelli, F. Pediatric Lower Respiratory Infections; OMICS Group eBooks: Foster City, CA, USA, 2013.
40. Statistics Canada. Aboriginal People in Canada in 2006: Inuit, Metis and First Nations, 2006 Census; Statistics Canada: Ottawa, ON, Canada, 2008. Available online: <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/pdf/97-558-XIE2006001.pdf> (accessed on 20 September 2014).
41. Wells, J.A. Housing Conditions and Children's Respiratory Health. Ph.D. Thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Winnipeg, MB, Canada, 27 March 2014.
42. Зиядуллаев Ш. Х. и др. Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 1. – С. 38-41.
43. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
44. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
45. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
46. 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.
47. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Абдуллоева Мафтун ДилшодовнаРезидент магистратуры кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2Самаркандского государственного
медицинского университета Самарканд, Узбекистан**Хасанжанова Фарида Одыловна**Ассистент кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2, PhDСамаркандского государственного
медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан**ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**
 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>
АННОТАЦИЯ

В данном исследовании было оценено психологические расстройства у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), которые обратились за медицинской помощью в Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Объектами исследования являлись 85 больных с ОКС, госпитализированных в отделениях соматической реанимации, экстренной терапии №1 и 2 в Самаркандский филиал РНЦЭМП за период 2019-2022 гг. По результатам было выявлено, что у больных ОКС мужского пола наблюдались более выраженные психологические расстройства тревожно-депрессивного и фобического круга, что ассоциировалось и с более высоким уровнем тонуса симпатической нервной системы.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, психологические расстройства, тревожно-депрессивный синдром

Abdulloeva Maftun DilshodovnaResident of the magistracy of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No. 2

Samarkand State Medical University Samarkand, Uzbekistan

Khasanjanova Farida OdilovnaAssistant of the Department of Internal Diseases and Cardiology No. 2, PhD
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan**ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME****ANNOTATION**

In this study, psychological disorders were assessed in patients with acute coronary syndrome (ACS) who sought medical help at the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (SB RSC EMC). The objects of the study were 85 patients with ACS hospitalized in the departments of somatic resuscitation, emergency therapy No. 1 and 2 in the Samarkand branch of the SB RSC EMC for the period 2019-2022 yy. According to the results, it was revealed that male ACS patients had more pronounced psychological disorders of the anxiety-depressive and phobic circle, which was associated with a higher level of tone of the sympathetic nervous system.

Keywords: acute coronary syndrome, psychological disorders, anxiety-depressive syndrome

Abdulloeva Maftuna Dilshodovna2-Ichki kasalliklar va kardiologiya kafedra magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti Samarqand, O'zbekiston**Xasanjanova Farida Odilovna**Ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrası assistenti, № 2, PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

O'TKIR KORONAR SINDROM BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA PSIXOLOGIK BUZILISHLARNI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqotda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialiga (RShTYoIM SF) tibbiy yordam so'rab murojaat qilgan o'tkir koronar sindromli (O'KS) bemorlarda psixologik holatni baholash uchun o'tkazildi. Tadqiqot ob'ektlarini 2019-2022 yillar davomida RShTYoIM SF ning somatik reanimatsiya, 1 va 2-sonli shoshilinch terapiya bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan O'KS bilan kasallangan 85 bemor edi. Natijalarga ko'ra, erkak O'KS bilan og'riqan bemorlarda simpatik asab tizimining faoliyatining yuqori darajasi bilan bog'liq bo'lgan vahimali-depressiv va fobik doiraning aniqroq psixologik kasalliklari kuzatilganligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: o'tkir koronar sindrom, psixologik kasalliklar, vahimali-depressiv sindrom

Актуальность. Заболевания кардиоваскулярной системы (КВС) по настоящее время остаются глобальной медико-социальной проблемой во всем мире. Эпидемиология коронарных патологий охватывает, как трудоспособное молодое население, так и население пожилого, старческого возрастов [4, 7, 9]. Имеются много доказательств, что КВС неизбежно вовлекается в процесс эмоционального реагирования личности в нормальных и патологических состояниях [12, 16]. Клинически манифестное кардиоваскулярное заболевание (КВЗ) делает систему кровообращения более ранимой и чувствительной к любым раздражителям, причем в качестве стрессора в этой ситуации выступают симптомы самой коронарной патологии [1, 3, 6]. При этом КВС - как ключевое звено адаптационных реакций организма - в наибольшей степени испытывает и повреждающее действие индуцированных болезнью психоэмоциональных реакций: тревоги, навязчивого страха, депрессии и т.п. [2, 5, 8]. Даже находясь в рамках адекватного психологического реагирования, эти реакции в условиях нарушения функций КВС и вегетативной неустойчивости могут приобретать отчетливое негативное влияние [11, 13]. Сочетание КВЗ и тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) является фактором, хорошо известным в клинической практике, причем эта коморбидность может достигать от 33% до 100% случаев [7, 10, 15].

По данным D. Kelly, клинически в структуре психопатологических расстройств невротического уровня на фоне ССЗ можно выделить 3 компонента [14, 17, 19]. Субъективные переживания, обусловленные собственно психологической симптоматикой (т.е. симптомы тревоги, депрессии, ипохондрии и др.); поведение избегания из-за возникшего страха перед повторением опасных для жизни с точки зрения человека ситуаций (например навязчивый страх смерти или аритмии, или кардиалгии); вегетативная симптоматика (лабильность АД, пульса, учащенное дыхание, потливость, дрожь в теле и т.п.), способствующие соматизации психологических расстройств [15,

20]. Ещё D.L Musselman наблюдал, что эти составляющие могут находиться в различном соотношении у конкретного больного, по-разному сочетаться соматической симптоматикой, видоизменять ее что предопределяет чрезвычайное клиническое многообразие психопатологических расстройств невротического уровня при ОКС [12, 18].

Из медицинской практики известно, что сам факт развития острого коронарного синдрома (ОКС), как, безусловно, жизнеугрожающего события, является мощным стрессом для личности, индуцирующим различные ответные психопатологические реакции фобического и тревожно-депрессивного круга [9, 14]. Это требует от кардиолога обязательного учета не только соматического состояния, но и всех других составляющих, участвующих в формировании общей клинической картины болезни, включая психопатологические реакции. В последние годы вопросам взаимодействия и взаимовлияния КВЗ и ТДР на уровне изучения патогенеза, клиники, лечения, прогноза уделяется большое внимание [16, 19]. Но, в силу сложности, чрезвычайной многогранности психосоматических взаимоотношений, многие аспекты проблемы коморбидности ССЗ и ТДР требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучение особенностей психопатологических расстройств невротического уровня у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы: в исследование были включено 85 больных с диагнозом острый коронарный синдромом, поступивших в отделения экстренной терапии №1 и 2 Самаркандский филиал РНЦЭМП в течение 2021-2022 г. В зависимости от пола больные были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 49 больных мужского пола, во 2-ю группу вошли 36 больных женского пола (рис. 1). У всех больных изучалась частота и структура психологических расстройств невротического уровня методом беседы интервью, уровень ТДР по данным шкал Спилберга-Ханина и Цунга.

Распределение больных с ОКС по группам в зависимости от пола

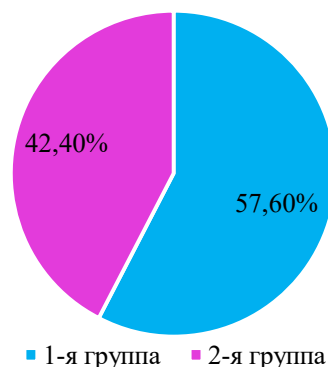


Рисунок 1. Распределение больных с ОКС по группам в зависимости от пола

Результаты исследования: у всех больных обеих групп психологическое состояние было изменено и ни в одном случае было квалифицировано как адекватное, что в принципе характерно для острых клинически состояний, каковым и является ОКС. Наиболее часто у больных в целом по группам диагностировались

тревожная депрессия, депрессия и тревога, навязчивая или обсессивная кардиофобия (чаще у молодых или средневозрастных), реже - ипохондрия (у пожилых и старых) и анозогнозия (чаще у очень молодых) (рис. 2).

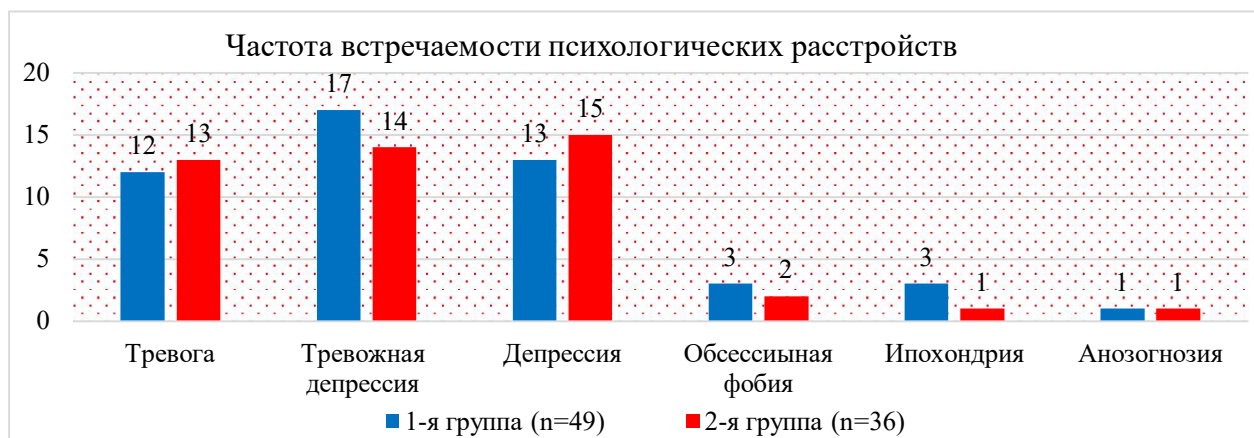


Рисунок 2. Частота и структура психологических расстройств у обследованных больных ОКС по данным беседы-интервью

Психологические расстройства у больных ОКС имели место на фоне верифицированной сосудисто-мозговой недостаточности, клинически проявляющейся различными стадиями хронической дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и острыми церебро-

вазкулярными событиями, чаще по типу транзиторной ишемической атаки (ТИА). В целом, в обеих группах частота ДЭ I степени составила 27,7%, ДЭ II степени 51,4% и ДЭ II степени с ТИА 23,9% (рис. 3).

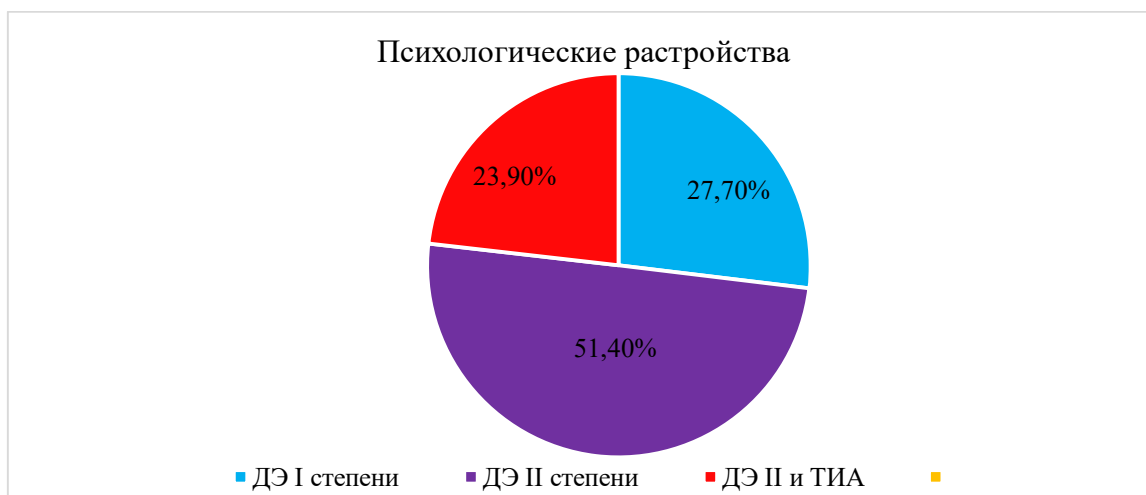


Рисунок 3. Психологические расстройства у больных с ОКС

Во 2 группе достоверно чаще имели место более высокие градации церебро-вазкулярной недостаточности (ДЭ II-56,25% против 47,4% в 1 группе, в том числе с ТИА - 25% против 21%, соответственно). В 1 группе преобладали начальные проявления ДЭ. Это свидетельствует о наличии определенных корреляций в

поражении каротидных и крупных коронарных сосудов, на что уже давно указывала и реальная клиническая практика.

При изучение клинических показателей, связанные с высоким уровнем симпатикотонии, были выявлены следующие показатели (таб. 1)

Таблица 1.

Клинических показателей, связанные с высоким уровнем симпатикотонии

Показатели	Группы		
	1-я группа	2-я группа	P
Резистентная АГ	15 (26,3%)	19 (56,2%)	0,065
Склонность к тахикардии	13(15,8%)	17(43,7%)	0,07
СД, резистентный к терапии	3(15,8%)	8 (50%)	0,04
Дислипидемия	49 (100%)	36 (100%)	1
Склонность к запорам	8(42,1%)	12 (75%)	0,05

Примечание. различия достоверны при p ≤ 0,05

Результаты клинических исследований верифицированы данными психологического тестирования по Спилбергеру-Ханину (тревога) и Шкале Цунга (депрессия). В 1-й группе больных из 49 больных у 17 (36,8%) были диагностированы выраженные тревожно-депрессивные расстройства, у 14 (21,1%) - умеренной степени выраженности, а у 18 (42,1%) они носили субклинический характер. В этой группе исходно оказалась повышенной личностная (базальная) тревожность (45,26 баллов в среднем) и, соответственно, реактивная тревожность (43,58 баллов в среднем).

Во 2-ой группе из 36 больных у 12 (12,5%) верифицированы тревожно-депрессивные расстройства выраженной степени, у 18 (50%) - умеренной степени, а у остальных 17 (37,5%) - субклинические расстройства на уровне тревожной-депрессии. Примечательно, что уровень базальной, личностной тревоги в описываемой группе был достоверно выше реактивной более чем на 6 баллов и несколько выше, чем в 1-й группе больных с многососудистым поражением коронарных артерий, причем касательно как личностной, так и реактивной тревоги, а также

депрессии (37,68 против 34,63 баллов в 1-й группе). Высокий уровень симпатикотонии у больных 2 группы подтвержден клиническими и биохимическими исследованиями в этом направлении, что является прогностически более неблагоприятным. Поэтому больным 2 группы в первую очередь показаны ЧКВ и именно у них следует ожидать значимое улучшение прогноза для жизни пациента особенно при наличии низкой приверженности к лечению.

Выводы: таким образом, у больных ОКС мужского пола наблюдались более выраженные психологические расстройства тревожно-депрессивного и фобического круга, что ассоциировалось и с более высоким уровнем тонуса симпатической нервной системы. Подобное психологическое состояние при ОКС, очевидно, следует считать дополнительным и весьма жестким предиктором неблагоприятного прогноза в ближайшем будущем, что согласуется с данными литературы

[9,11,18,19]. Поэтому ранняя психодиагностика и дифференцированная психофармакотерапия должны быть предусмотрены в стандартах диагностики и лечения подобной категории больных как в случае консервативного, так и хирургического подхода. Последний при описываемой коморбидности ОКС с тревожно-депрессивным синдромом является предпочтительным для улучшения ближайшего прогноза и увеличения продолжительности жизни больных, но обязательно должен иметь адекватное психокоррекционное (психотерапия, фармакотерапия) сопровождение до, во время и после вмешательства. Учитывая высокую клинико-прогностическую значимость психологических расстройств при ОКС стандарты диагностики и лечения больных ОКС должны предусматривать раннюю психодиагностику и дифференцированную психофармакотерапию.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Pulatova, Kristina Samvelovna, Timur Mukhitdinovich Pulatov, and Mukhammad Olimovich Esankulov. "THE SPECIFIC FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN OBERWEIGHT PATIENTS WITH PSORIASIS." *Academic research in educational sciences* 2.2 (2021): 1202-1207.
2. Агабабян, И. Р., Джаббарова, Н. М., Рофеев, М. Ш., Назарова, З. Ш., & Пулатова, К. С. (2019). Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертонии. *Достижения науки и образования*, (10 (51)), 54-58.
3. Мунинова, К. К., Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., Алиева, Н. К., & Истамова, С. С. (2019). Роль факторов риска в развитии инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста в зависимости от семейного анамнеза. *Достижения науки и образования*, (11 (52)), 70-74.
4. Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А. Клинико-биохимическая оценка эффективности антиоксиданта при терапии больных генерализованным пародонтитом на фоне железодефицитной анемии //Институт стоматологии. – 2009. – № 3. – С. 42-42.
5. Насырова З. А., Ташкенбаева Э. Н., Насирова Д. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
6. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца //Научный журнал. – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
7. Насырова З., Абдуллоева М., Усаров Ш. СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 14-17.
8. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
9. Ташкенбаева Э. Н. и др. Предикторы 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.
10. Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., Истамова, С. С., & Салиева, И. И. (2020). Изменение сердечного ритма при остром инфаркте миокарда по данным эхокардиографии сердца. *Научный журнал*, (7 (52)), 51-54.
11. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Абдиева, Г. А., Суннатова, Г. И., & Мирзаев, Р. З. (2018). Предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. *Наука и общество в эпоху перемен*, (1), 12-15.
12. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Кадырова, Ф. Ш., Мирзаев, Р. З., Мухиддинов, А. И., Касымова, Б. С., & Мардонов, У. А. (2019). ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1), 279.
13. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., & Абдуллаев, К. З. (2019). НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1), 183.
14. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Насырова, З. А. (2018). Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда. *Наука и современное общество: взаимодействие и развитие*, 2(1), 36-38.
15. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Насырова, З. А. (2018). Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда. *Наука и современное общество: взаимодействие и развитие*, 2(1), 36-38.
16. Тогаева, Б., Ташкенбаева, Э., Абдиева, Г., Хайдарова, Д., & Абдуллаев, З. (2021). COVID-19 YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI BOR BEMORLARDA KECHISHI. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 2(2), 47-50.
17. Хасанжанова Ф. О., Мардонов У. А. У., Юсупов Т. Ш. У. Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2019. – №. 11-1 (144). – С. 94-97.
18. Хасанжанова Ф. О., Рофеев М. Ш. Часто встречаемые факторы риска при инфаркте миокарда у мужчин молодого возраста при разных исходах заболевания //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2019. – №. 10-7. – С. 87-90.
19. ХАСАНЖАНОВА Ф., ТАШКЕНБАЕВА Э., ХАЙДАРОВА Д. РОЛЬ ГЕНА IL-1 β 3953 С/Т ПРИ РАЗВИТИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 4. – С. 63-66.
20. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.

21. 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.
22. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.



Алланазаров Алишер Боймуратович

Ассистент кафедры педиатрии № 1 и неонатологии
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

Ассистент кафедры педиатрии № 1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан


Мардонов Асрор

Резидент клинической ординатуры 2-го года
обучения кафедры педиатрии № 1
и неонатологии
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Жалилова Ситора

Резидент клинической ординатуры 2-го
года обучения кафедры
педиатрии № 1 и неонатологии,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РИЦЭМП САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Согласно современным представлениям, острый обструктивный бронхит является многофакторным заболеванием, ведущим патогенетическим звеном которого является воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева. В данной статье мы сосредоточимся на факторах риска развития острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей. По ходу работы мы изучали факторы риска влияющие на развитие острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей.

Ключевые слова: бронхит, часто болеющие дети, риск, кашель

Allanazarov Alisher Boymuradovich

Assistant of the Department of
Pediatrics No. 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Mamarizayev Ibrokhim Komiljonovich

Assistant of the Department of
Pediatrics No. 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Mardonov Asror

Resident of clinical residency of the
2nd year of study of the Department of
Pediatrics No. 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Jalilova Sitara

Resident of clinical residency of the
2nd year of study of the Department of
Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ACUTE BRONCHOBSTRUCTIVE SYNDROME IN FREQUENTLY ILL CHILDREN ACCORDING TO THE DATA OF THE REPUBLIC SCIENTIFIC CENTER FOR EMERGENCY MEDICAL AID OF THE SAMARKAND BRANCH

ANNOTATION

According to modern concepts, acute obstructive bronchitis is a multifactorial disease, the leading pathogenetic link of which is inflammation of the mucous membrane of the bronchial tree. In this article, we will focus on risk factors for acute obstructive bronchitis in frequently ill children. In the course of the work, we studied the risk factors affecting the development of acute obstructive bronchitis in frequently ill children.

Keywords: bronchitis, frequently ill children, risk, cough.

Allanazarov Alisher Boymurodovich

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Mamarizayev Ibroxim Komiljonovich

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Mardonov Asror

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası
2-kurs ordinatura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Jalilova Sitora

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası
2-kurs ordinatura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

RSHTYOIM SAMARQAND FILIALI MA'LUMOTLARIGA MUVOFIQ TEZ-TEZ KASAL BO'LADIGAN BOLALARDA O'TKIR BRONXOBSTRUKTIV SINDROMNING RIVOJLANISH XAVF OMILLARI

ANNOTATSIYA

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, o'tkir obstruktiv bronxit multifaktorial kasallik bo'lib, uning yetakchi patogenetik aloqasi bronxial daraxtning shilliq qavatining yallig'lanishi hisoblanadi. Ushbu maqolada biz tez-tez kasal bo'ladigan bolalarda o'tkir obstruktiv bronxit uchun xavf omillariga e'tibor qaratamiz. Izlanishimiz jarayonida biz tez-tez kasal bo'lgan bolalarda o'tkir obstruktiv bronxit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi xavf omillarini o'rgandik.

Kalit so'zlar: bronxit, tez-tez kasal bolalar, xavf, yo'tal

Актуальность:

Бронхообструктивный синдром — патологическое состояние, которое широко распространенное как у детей раннего, так и у детей школьного возраста. Обструкция дыхательных путей (лат. obstructio — запираение, преграда, помеха) — это затруднение прохождения воздушного потока, обусловленное наличием какого-либо препятствия по ходу бронхиального дерева. В многочисленных работах подчеркивается, что этиологическими факторами ОБ и ОБ, сопровождающихся БОС, являются различные инфекционные агенты и их ассоциации: чаще — РСВ, вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы и реже — бактерии [3,5].

Наиболее частым этиологическим фактором, вызывающим ОБ, является РСВ (J21.0). Однако и другие уточненные вирусы, включая человеческий метапневмовирус, вирус гриппа, риновирус, аденовирус и вирус парагриппа, могут вызвать подобную клиническую картину (J21.8), заболевание может развиваться также при неуточненной этиологии (J21.9). Е.С. Кешишян, изучив инфекции нижних дыхательных путей у детей раннего возраста, предполагает, что респираторно-синцитиальная вирусная инфекция является самой частой причиной бронхоолитов и пневмоний у младенцев [4,5].

Д.Ю. Овсянников и Д.Н. Дегтярёв, изучая РСВ-инфекцию у госпитализированных недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией или без нее, выявили, что заболевание протекает тяжело и определяется дыхательной недостаточностью, что требует лечения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии,

назначения [1,2] По данным Мухаммадиевой Л.А. острый обструктивный бронхит встречается по местности Самарканда из 1000 детей 16,4 случаев. Это все показывает актуальность данной статьи.

Цель исследования – изучить значимость факторов риска осторожного обструктивного бронхита у часто болеющих детей для изучения дальнейшего течения данного заболевания, и для оптимизации введения больных детей с бронхообструктивным синдромом.

Материалы и методы исследования: Для решения данной цели мы провели исследования в отделениях 1, 2 педиатрии Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи. В нашей исследовании участвовали 70 детей в возрасте от 1 года до 7 лет. Мы их разделили на две группы: основная группа – 35 больных детей с бронхо-обструктивным синдромом, и группа сравнения – 35 практически здоровых детей. У пациентов из обеих групп были проведены сбор анамнестических данных, обследование общепринятыми клиническими, лабораторно-инструментальными, а также специальными методами

Результаты исследования и их обсуждение: В исследовании участвовало больше девочек 45 (56,0%), чем мальчиков 35 (44,0%). Из них 32(40%) были госпитализированы с дыхательной недостаточностью I и II степени. Как видно по нашим исследованиям, основная часть пациентов обратилась в осенне-весенний период года. Это определяет сезонность данного заболевания.

С основной группы 2 (5%) больных с избыточной массой тела подвергались более высокому риску когда-либо диагностировали бронхит, Дети, живущие в домах с признаками плесени или грибка, также чаще сообщали о бронхите 5 (12,5%) случаев. Из анамнеза 19 (47,5%) детей находились исключительно на искусственном вскармливании и на естественном вскармливании 21 (52,5%). А также, с atopическим анамнезом наблюдались 17 (42,5%), с различной степени рахита 27 (67,5%), с анемии 1 и 2 степенью 37 (92,5%), отягощенном акушерским анамнезом 7 (17,5%), вредные привычки у родителей встречались 6 (15%), дети с хроническими очагами инфекции 11 (27,5%) случаев. А также, 13 (32,5%) родителей детишек страдали от аллергии разной этиологии.

А в группе сравнения наблюдались с избыточной массой тела 1 (2,5%), с неудовлетворенной жилищно-бытовой условия, т.е. живущие в домах с признаками плесени или грибка 3 (7,5%) детей. В этой группе 31 (77,5 %) детей находились на естественном

вскармливании и 9 (22,5%) детей получали смешанный или искусственный вид питания. Отмечалась дети с atopическим анамнезом 5 (12,5%) , с различной степенью рахита 11 (27,5%), с анемии 1 и 2 степенью 17 (42,5%), с тяжелом акушерским анамнезом 2 (5%) случаев. Родители страдающие от аллергии составило 3 (7,5%) и с вредными привычками 1 (2,5%) случаев.

Выводы.

Таким образом, есть несколько изменяемых факторов риска острого обструктивного бронхита, которые следует учитывать при изучении профилактических вмешательств при бронхите, включая ожирение, курение, домашнюю плесень или сырость. А также бронхообструктивный синдром встречалась чаще на фоне преморбидных состояний у детей, находившихся на смешанном или искусственном виде вскармливания. Тяжесть и течения бронхообструктивного синдрома зависят от вида вскармливания, от фоновых заболеваний и от вредных привычках родителей.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Закирова Б. И., Мамаризаев И. К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне atopического дерматита. Ж//Вопросы науки и образования. – 2021. – Т. 9. – С. 134.
2. Закирова Б. И. и др. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 10 (64). – С. 83-85.
3. Аскаркина С.О. и соавт. Взаимосвязь показателей гормонального статуса физического и полового развития у детей с хроническим бронхитом //Обзор европейской науки. – 2017. – №. 1-2. – С. 159-161.
4. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review. № 11-12, 2016. pp. 63-66.
5. Shavazi N.M. and Lim M. V. "The effectiveness of nebulizer inhalations of acetylcysteine in the therapy of acute bronchiolitis in infants". Problems of Biology and Medicine. № 2, 2016: 87.
6. Shavazi N.M. et al. "The assessment of the degree of bronchoobstruction in acute bronchiolitis in infants". Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. Tashkent, 2015.
7. Chandima P. Karunanayake, Donna C. Rennie, and others «Bronchitis and Its Associated Risk Factors in First Nations Children» Children (Basel). 2017 Dec; 4(12): 103.

ISSN: 2181-0974
www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Атаева Мухиба Сайфиевна

Старший преподаватель кафедры
педиатрии № 1 и неонатологии,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

Ассистент кафедры
педиатрии № 1 и неонатологии,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан


Джураев Жафар Давронович

Резидент магистратуры кафедры
педиатрии № 1 и неонатологии,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Абдукодирова Шахноза Бахроновна

Резидент магистратуры кафедры
педиатрии № 1 и неонатологии,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ МИОКАРДИТА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Пневмония - острое инфекционное заболевание, различное по этиологии (преимущественно бактериальное), характеризующееся очаговыми поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме грудной клетки. Миокардит - заболевание миокарда воспалительного генеза, возникающее под действием различных инфекционных агентов, характеризуется воспалительной инфильтрацией миокарда с фиброзом, некрозом и/или дегенерацией миоцитов. В воспалительный процесс могут вовлекаться кардиомиоциты, интерстициальная ткань, сосуды, проводящая система сердца, а также перикард. Миокардит может быть как острым, так и хроническим. В данной работе мы изучали связь острой пневмонии у часто болеющих детей на фоне миокардита.

Ключевые слова: пневмония, миокардит, часто болеющие, дети, интоксикация.

Ataeva Mukhiba Sayfiyevna

Senior Lecturer of the Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

Mamarizaev Ibrokhim Komilzhonovich

Assistant of the Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

Juraev Zhafar Davronovich

Resident of the magistracy of the Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

Abdukodiroova Shakhnoza Bahronovna

Resident of the magistracy of the Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE COMMUNITY-ACCOMPANY PNEUMONIA IN FREQUENTLY ILL CHILDREN ON THE BACKGROUND OF MYOCARDITIS

ANNOTATION

Pneumonia is an acute infectious disease, different in etiology (mainly bacterial), characterized by focal lesions of the lungs with intraalveolar exudation, which manifests itself in various degrees of intoxication, respiratory disorders, local physical changes in the lungs and the presence of an infiltrative shadow on the chest x-ray. Myocarditis is a disease of the myocardium of inflammatory origin, which occurs under the influence of various infectious agents, is characterized by inflammatory infiltration of the myocardium with fibrosis, necrosis and / or degeneration of myocytes. The inflammatory process may involve cardiomyocytes, interstitial tissue, blood vessels, the conduction system of the heart, and the pericardium. Myocarditis can be either acute or chronic. In this work, we studied the relationship of acute pneumonia in frequently ill children against the background of myocarditis.

Key words: pneumonia, myocarditis, frequently ill, children, intoxication.

Atayeva Muxiba Sayfieva,

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası kata o'qituvchisi,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Mamarizayev Ibroxim Komiljonovich,

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Djuraev Jafar Davronovich

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası magistratura rezidenti,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Abduqodirova Shaxnoza Baxronovna

№1 pediatriya va neonatologiya kafedrası magistratura rezidenti,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

MIOKARDIT FONIDA TEZ-TEZ KASAL BO'LADIGAN BOLALARDAGI O'TKIR PNEVMONIYANING KLINIK KECISH XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Pnevmoniya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, etiologiyasi (asosan bakterial) bo'lib, o'pkaning intraalveolyar eksudatsiya bilan o'choqli shikastlanishi bilan tavsiflanadi, u turli darajadagi intoksikatsiya, nafas olish buzilishi, o'pkada mahalliy fizikal o'zgarishlar va infiltrativ o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Miokardit - yallig'lanish kelib chiqadigan miokard kasalligi bo'lib, u turli yuqumli agentlar ta'sirida yuzaga keladi, miokardning fibroz, nekroz va / yoki miyositlarning degeneratsiyasi bilan yallig'lanish infiltratsiyasi bilan tavsiflanadi. Yallig'lanish jarayonida kardiomiotsitlar, interstitsial to'qimalar, qon tomirlari, yurakning o'tkazuvchanlik tizimi va perikard ishtirok etishi mumkin. Miokardit o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin. Ushbu ishda biz miokardit fonida tez-tez kasal bo'lgan bolalarda o'tkir pnevmoniyaning xususiyatlarini o'rgandik.

Kalit so'zlar: pnevmoniya, miokardit, tez-tez kasallanish, bolalar, intoksikatsiya.

Актуальность.

Пневмония - острое инфекционное заболевание, различное по этиологии (преимущественно бактериальное), характеризующееся очаговыми поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме грудной клетки. Пневмония у детей нередко сопровождается не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, возникающей в результате циркуляторных нарушений, перегрузки малого круга кровообращения [2,3,4].

При изучении особенностей течения сердечно-сосудистой системы у детей на фоне пневмонии, авторы считают, что наиболее информативным эхокардиографическим признаком сердечной недостаточности является выраженное снижение фракции изгнания, в среднем $36,4 \pm 1,6\%$ [5,6].

Изменения в общем анализе крови при ВП у детей, зависят от этиологии заболевания, так при *S. pneumoniae* и другими типичными бактериями, характерны нейтрофильный лейкоцитоз и существенное повышение СОЭ, для микоплазменной, хламидийной и вирусной этиологии изменения нехарактерны, при хламидийной пневмонии возможен значительный лейкоцитоз. Однако изменение общего анализа крови при ВП имеют незначительную информационное значение для диагноза, и определения этиологического фактора. Рентгенография грудной

клетки один из основных методов диагностики пневмонии, позволяющий определить локализацию и объем поражения. в этой считается целесообразным использование рентгенографии грудной клетки у всех детей с подозрением на пневмонию [1,2,3]. В настоящее время, оптимизация методов диагностики и лечения пневмонии у детей является приоритетной во всем мире [3,5].

Цель исследования – изучить характеристику клинического течения острой пневмонии у часто болеющих детей на фоне миокардита.

Материалы и методы исследования:

В работе представлены результаты анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных и специальных методов обследований у 80 детей с внебольничными пневмониями в возрасте от 1 года до 6 лет, из них 40 больных с сопутствующими миокардитами, находившимися на стационарном лечении в отделениях II экстренной педиатрии и детской реанимации Самаркандского филиала республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи в период с 2020 по 2021 годы.

Больные в ходе исследования были разделены на 2 группы:

В I группу вошло 40 детей с внебольничной пневмонией без миокардита.

Во II группу 40 больных с легким и среднетяжелым течением внебольничной пневмонии на фоне миокардита.

Результаты исследования и их обсуждение:

Проведенное обследование 80 детей с внебольничными пневмониями и внебольничными пневмониями с миокардитами

показало, что клиническая симптоматика в основном соответствуют основным проявлениям заболевания, при этом клинические проявления заболеваний характеризуются не только патологическими изменениями со стороны легких, но и частым вовлечением в патологический процесс других жизненно-важных органов и систем. Сравнительный анализ клинических симптомов показал, что повышение температуры тела было характерно для 83,3% больных с острой пневмонией на фоне миокардита, причем в большинстве случаев (48,3%) температура была более 38,5°C, при пневмонии температурная реакция была менее характерным признаком - 76,6%, отмечался ряд случаев (43,3%), когда температура достигала значений выше 38,5°C. Жалобы на утомляемость (54,2%) и снижение аппетита (73,3%), предъявляли преимущественно дети с пневмонией на фоне миокардита, в сравнении с больными с внебольничной пневмонией (13,3% и 46,7%). Значительно чаще у больных пневмонией на фоне миокардита наблюдался цианоз кожи и слизистых, так если частота периферического цианоза встречалась практически одинаково в наблюдаемых группах - 79,2% и 70,0%, то имела частота акроцианоза в 4 раза чаще наблюдалась при пневмонии на фоне миокардита (26,7% и 6,7%). Для пациентов с пневмонией характерно более легкое течение респираторных нарушений в организме, в этой связи острая дыхательная недостаточность I степени проявлялась у (20,0%), тогда как у больных пневмонией на фоне миокардита несколько чаще отмечалась острая дыхательная недостаточность II степени (82,5%) и значительно чаще III степени (12,5%).

Различий в перкуторных и аскультативных данных при обследовании органов дыхания у сравниваемых групп больных практически не отмечено.

Пневмонии у детей проявляются не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, причиной которых являются патогенетически обусловленные циркуляторные нарушения, перегрузка малого круга кровообращения, возникающие при поражении органов.

Анализ частоты развития клинической симптоматики отражающих состояние сердечно-сосудистой выявил, что при аускультации сердца в клинической картине внебольничной пневмонии у детей выслушиваются приглушенность сердечных тонов в 66,7% случаев, тахикардия - в 26,7% наблюдений, в единичных случаях выявлялась брадикардия - 3,3% и расширение границ сердца определялась в 10,0% случаев.

Данные в группе больных пневмонией на фоне миокардита показал, что тахикардия развивалась чаще 2,6 раза, брадикардия в 3 раза, аритмия в 3,5 раза, увеличение границ сердца в 5 раз и систолический шум в 2 раза в сравнении больными с ВП и только частота приглушенность сердечных тонов была практически одинаковой - 68,3% и 66,7%. ЭКГ исследование, проводившееся всем 80 больным при поступлении в стационар показало, выявление синусовой тахикардии - у 29 (19,3,7%), синусовой брадиаритмии - у 10 (6,7%) детей, экстрасистолии у 14 (7,3%), неполной блокады правой ножки пучка Гиса - у 12 (8,0%) и снижение амплитуды зубцов комплекса QRS у 23 (15,3%) пациентов.

Выводы. Таким образом, изученные нами данные показали, что пневмония на фоне миокардита проходит более тяжелом течением. Определения значимости клинических показателей у больных выявил ряд показателей имевших различную степень достоверности, характеризующих особенности течения внебольничной пневмонии в сравнении с внебольничными пневмониями с миокардитами.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Dustbabaeva N. et al. Research of the association of IL-17A RS (2275913) gene polymorphism with allergic rhinitis associated with food co-sensitization //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. 2. – С. 758-762.
2. Joly F. et al. Saccharomyces boulardii CNCM I-745. In: Marteau P., Dore J., eds. Gut Microbiota: A Full-Fledged Organ. Paris: John Libbey Eurotext; 2017: 305–350.
3. McFarland L.V. Systematic review and meta-analysis of Saccharomyces boulardii in adult patients. World Journal of Gastroenterology. 2010; 16 (18): 2202–2222.
4. Джураев Ж. Д., Абдукодилова Ш. Б., Мамаризаев И. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИИ //Студенческий вестник. – 2021. – №. 21-4. – С. 84-85.
5. Закирова Б. И. и др. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 10 (64). – С. 83-85.
6. Закирова Б. И., Мамаризаев И. К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита. Ж //Вопросы науки и образования. – 2021. – Т. 9. – С. 134.
7. Зиядуллаев С. и соавт. Влияние будесонида на качество жизни больных бронхиальной астмой //Европейский журнал молекулярной и клинической медицины. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 1760-1766 гг.
8. Зиядуллаев Ш. Х. и др. Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1. – С. 38-41.
9. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
10. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
11. Шавази Н. М. и др. Эффективность наружного применения сульфата цинка в базисной терапии атопического дерматита у детей //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 15 (69). – С. 54-56.
12. Шарипов Р. Х., Махмудова З. Р., Мамаризаев И. К. Пониженный уровень витамина Д как фактор риска развития атопических заболеваний //Научные исследования. – 2021. – №. 1 (36). – С. 51-52.



Болтакулова Сарвиноз Дилшодовна

Резидент магистратуры кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2


Самаркандского государственного
медицинского университета Самарканд, Узбекистан

Хасанжанова Фариди Одыловна

Ассистент кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2, PhD

Самаркандского государственного
медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В данном исследовании было изучено частота встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), которые обратились за медицинской помощью в Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Объектами исследования являлись 120 больных с ИБС и ХОБЛ, госпитализированных в отделениях соматической реанимации, экстренной терапии №1 и 2 в Самаркандский филиал РНЦЭМП за период 2018-2021 гг. По результатам было выявлено, среди больных с ХОБЛ и ИБС наиболее часто отмечались 2 и 3 возрастные категории. Среди больных часто отмечались больные с прогрессирующей и впервые возникшей стенокардией, что могло усугублять течение ХОБЛ.

Ключевые слова: ИБС, ХОБЛ, одышка, цианоз

Boltakulova Sarvinoz Dilshodovna

Resident of the magistracy of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No. 2

Samarkand State Medical
University Samarkand, Uzbekistan

Khasanjanova Farida Odilovna

Assistant of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No. 2, PhD

Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

FREQUENCY OF OCCURRENCE OF UNSTABLE ANGINA PECTORIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE HEART DISEASE IN THE CONDITIONS OF ECTRENIC MEDICINE

ANNOTATION

In this study, the incidence of coronary heart disease (CHD) was studied in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who sought medical help at the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (SF RNCEMP). The objects of the study were 120 patients with coronary heart disease and COPD hospitalized in the departments of somatic resuscitation, emergency therapy No. 1 and 2 in the Samarkand branch of the RNCEMP for the period 2018-2021. According to the results, it was revealed that among patients with COPD and NS, the 2nd and 3rd age categories were most often noted. Patients with progressive and first-time angina pectoris were often noted among the patients, which could aggravate the course of COPD.

Key words: coronary heart disease, COPD, dyspnea, cyanosis

Boltakulova Sarvinoz Dilshodovna

2-Ichki kasalliklar va kardiologiya kafedra
magistratura rezidenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Xasanjanova Farida Odilovna

2-Ichki kasalliklar va kardiologiya
kafedrası assistenti, PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM SHAROITIDA SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI FONIDA ISHEMIK KASALLIGINING UCHRASH CHASTOTASI

Annotatsiya

Ushbu tadqiqot o'pkalarning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) bilan og'rigan bemorlarda yurak ishemik kasalligi (YuIK) bilan kasallanish darajasini o'rganib chiqdi, ular Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialiga (RShTYoIM SF) tibbiy yordam so'rab murojaat qilishdi. Tadqiqot ob'ektlari 2018-2021 yillar davomida RShTYoIM Samarqand filialiga somatik reanimatsiya, 1 va 2-sonli shoshilinch terapiya bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan CHD va O'SOK bilan kasallangan 120 bemor edi. Natijalarga ko'ra, O'SOK va YuIK bilan og'rigan bemorlar orasida ko'pincha 2 va 3 yosh toifalari qayd etilgan. Bemorlar orasida tez-tez rivojlangan va yangi paydo bo'lgan angina bilan og'rigan bemorlar bor edi, bu esa O'SOK ni kuchaytirishi mumkin edi.

Kalit so'zlar: YuIK, O'SOK, nafas qisilishi, siyanoz

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из медико-социальных проблем мира, которая пока не имеет тенденцию к улучшению [1,3,5,7,9]. На сегодняшний день в мире ХОБЛ страдают около 230 млн населения, из них 11,8% мужчин и 8,55% женщин возраст которых старше 40 лет. Ежегодно от ХОБЛ умирают 200-300 человек в Европе и 2,74 млн населения в мире. Это обусловлено значительной распространенностью ХОБЛ, высокими показателями смертности и инвалидизации больных в трудоспособном возрасте, частым сочетанием ее с другими заболеваниями, высокой стоимостью лечения [2,4,6,8].

По данным многочисленных исследований отмечено что, пациенты с подтвержденной ХОБЛ в 25% случаев умирают от кардиоваскулярных причин, среди которых особенно важное место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) [11,13,14]. Распространенность тех или иных сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХОБЛ различна: повышение системного АД до 76%, ишемии миокарда до 62%, нарушений ритма сердца до 92% [10,12,15].

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества больных с ХОБЛ и нестабильной стенокардией (НС) и обусловлено это общими факторами риска этих двух заболеваний [16,17,19]. При развитии ХОБЛ важную роль играет персистирующее воспаление, которое само по себе является одним ведущих механизмов развития и прогрессирования атеросклеротического процесса в коронарных артериях. По данным результатов многочисленных исследований имеются несомненная связь между этими группами заболеваний, но не дают

исчерпывающей информации о частоте кардиоваскулярной патологии при ХОБЛ. По данным R. Reynolds около 60% больных ХОБЛ имеют сопутствующие заболевания как: НС, артериальную гипертензию или сердечную недостаточность [27,29,30].

По данным многочисленных исследований в период обострения ХОБЛ стабильная стенокардия отмечается у 33% больных, прогрессирующая стенокардия – у 25% и ишемия – у 7% случаев. В некоторых исследованиях указывается, что КВЗ при ХОБЛ встречаются в 2 раза чаще. Но все эти исследования недостаточно полно отражают структуру КВЗ [18,20,21,23]. Особенно остро стоит проблема изучения эпидемиологии НС у больных с ХОБЛ, поскольку во многих работах имеются упоминания о частой ассоциации НС с ХОБЛ, но в процентном соотношении сведения малочисленны [22,24,26].

Таким образом, кардиоваскулярные нарушения у больных ХОБЛ ввиду высокой распространенности являются наиболее обсуждаемыми, и проблема ХОБЛ из пульмонологической переходит в кардио-пульмонологическую [8, 28].

Цель работы: изучить распространенность НС у больных с ХОБЛ в условиях экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 больных с ИБС нестабильной стенокардией напряжением, госпитализированных в отделениях экстренной терапии №1 и 2 Самаркандского филиала РНЦЭМП. В зависимости от клинического диагноза больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 65 больных с НС и ХОБЛ 2-3 ст., во 2-ю группу вошли 55 больных с НС без ХОБЛ. Контрольную группу составили 85 здоровые лица (рис 1).



Рис. 1. Распределение больных по группам в зависимости от клинического диагноза

Всем больным проводилось сбор анамнеза, антропометрия, общеклиническое обследование, оценка клинко-гемодинамических данных, стандартные общеклинические и биохимические исследования. При постановке диагноза ИБС использовалась рекомендация ESH/ESC (2015) и РКО/ВОЗ (2014). Диагноз ХОБЛ был поставлен в соответствии с рекомендациями

GOLD 2006, с учетом результатов теста с бронхолитиками (прирост ОФВ1 менее 12%). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение.

В зависимости от клинического диагноза все больные были разделены в 2 группы. В 1-ю группу вошли 65 больных с НС и

ХОБЛ 2-3 ст., во 2-ю группу вошли 55 больных с НС без ХОБЛ. в стадии стихающего обострения. Из них мужчин 45 и 20 женщин в возрасте 40 до 65 лет, средний возраст которых составлял 53±5,7 лет. Во 2-ю группу вошли 55 больных с НС без ХОБЛ. Из них 33 мужчин и 22 женщины в возрасте 40 до 65 лет, средний возраст которых составлял 53±5,7 лет.

При изучении половой структуры пациентов 1 и 2-группы было установлено, что НС чаще встречается у мужчин. В 1-й группе частота встречаемости заболеваний на 38,5% чаще отмечалось у мужчин и составило 69,2% и 30,7% соответственно. Во 2-й группе частота встречаемости заболевания на 20% чаще отмечалось у мужчин и составило 60% и 40% соответственно (рис. 2).



Рис. 2. Распределение больных по группам в зависимости от пола

При изучение распространенности клинических вариантов НС определялись следующие клинические варианты НС: 1) впервые возникшая стенокардия напряжения - у 35 человек (29,2%), 2)

прогрессирующая стенокардия – у 65 человек (54,1%), 3) вазоспастическая стенокардия – у 5 (4,2%), 4) ранняя постинфарктная стенокардия – 15 (12,5%), [10,14,29] (рис 2).



Рис. 2. Распределение больных по частоте встречаемости нестабильной стенокардии

При распределение больных с ИБС и ХОБЛ по стадиям по классификации GOLD были выявлены следующие данные: I стадия отмечалось у 15 (23,1%) больных, II стадия у 20 (30,7%), III

стадия у 13 (20%) и IV стадия отмечалось у 17 (26,2%) больных [17,21,27](таб. 1).

Стадиям ХОБЛ по классификации GOLD	Частота встречаемости
I стадия	15 (23,1%)
II стадия	20 (30,7%)
III стадия	13 (20%)
IV стадия	17 (26,2%)

Некоторые показатели возраста имеют много уникальных значений. На их основе можно создать категориальные показатели. Мы разделили возрастные показатели на 4 категории значений: 0 - если возраст<55;

1- если 55<возраст<60;
2- если 60<возраст<65;
3- если возраст>65.
Данные представлены в таблице 2.

Категориальные показатели возраста

Категории возраста	НС (n=55)	ХОБЛ + НС (n=65)
0 - возраст<55	10 (18,2%)	14 (21,5%)
1- 55<возраст<60	15 (27,2%)	18 (27,7%)
2- 60<возраст<65	17 (30,9%)	17 (26,2%)
3- возраст>65	13 (23,6%)	16 (24,7%)

Заключение. Таким образом, выявлено, в обеих группах превалирует мужской пол и это может быть одним из немодифицируемых факторов риска при развитии и течение заболевания. Среди больных с ХОБЛ и НС наиболее часто

отмечались 2 и 3 возрастные категории. Среди больных часто отмечались больные с прогрессирующей и впервые возникшей стенокардией, что могло усугублять течение ХОБЛ.

References/Список литературы/Iqtiboslar


1. Alisherovna S. N. et al. Clinical and diagnostic features of myocardial infarction in young patients in emergency medicine //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2021. – Т. 2. – №. 04. – С. 414-418.
2. Alisherovna S. N. et al. Course of Myocardial Infarction in Young Women //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 7. – С. 106-111.
3. Khasanjanova F. O., Alisherovna S. N., Dilshodovna B. S. The role of the il-1b 3953 c/t gene in the development of unstable angina variants in young age men in the conditions of emergency medical care //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 02. – С. 362-367.
4. Khasanjanova F. O., Tashkenbaeva E. N., Boltakulova S. D. Risk factors affecting the course of unstable angina variants in young and elderly men with dyslipidemia //Journal of Cardiorespiratory Research. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
5. Nasyrova Z. A., Boltakulova S. D. Peculiarities of the clinical course of coronary heart disease in combination with chronic obstructive pulmonary disease //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 6. – С. 66-71.
6. Насырова З. А., Абдуллаев К. З. У. Влияние цитокинов на течение нестабильной стенокардии //Научный журнал. – 2019. – №. 3 (37). – С. 57-61.
7. Насырова З. А., Курбонова Ю. Ю. К., Насырова Д. А. Особенности коморбидного течения нестабильной стенокардии и гиперурикемии в зависимости от уровня цитокинов в крови //Проблемы науки. – 2019. – №. 7 (43). – С. 90-92.
8. Насырова З. А., Курбонова Ю. Ю. К., Насырова Д. А. Особенности коморбидного течения нестабильной стенокардии и гиперурикемии в зависимости от уровня цитокинов в крови //Проблемы науки. – 2019. – №. 7 (43). – С. 90-92.
9. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца //Научный журнал. – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
10. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца //Научный журнал. – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
11. Насырова З. и др. Изучение полиморфизма гена il-1 t/c 511 в прогрессирование нестабильной стенокардии у больных с коморбидными патологиями //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 85-90.
12. Расули Ф. О. и др. Особенности развития хронической сердечной недостаточности у больных с ИБС на фоне фибрилляции предсердий //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
13. Самадова Н. и др. Shoshilinch tibbiy yordamda yosh bemorlarda miokard infarktining klinik va diagnostik xususiyatlari //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 78-81.
14. Ташкенбаева Э. и др. Особенности механизмов развития хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-24.
15. Ташкенбаева Э. и др. Распространенность метаболического синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
16. Ташкенбаева Э. и др. Хроническая сердечная недостаточность как ведущая медико-социальная и экономическая проблема //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-21.
17. Ташкенбаева Э. Н. и др. Механизмы кардиопротективных эффектов десфлурана и севофлурана вовремя реперфузии //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
18. 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.
19. Ташкенбаева Э. Н., Насырова З. А., Тоиров А. Э. Течение нестабильных вариантов стенокардии при полиморбидных состояниях //Colloquium-journal. – Голопристанский районный центр занятости, 2019. – №. 27-3. – С. 45-49.
20. Ташкенбаева Э., Хасанжанова Ф. Генетические факторы риска развития нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте (ОБЗОР) //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 35-39.
21. Хасанжанова Ф. О. и др. Особенности клиники и частота встречаемости инфаркта миокарда у женщин молодого и среднего возраста в условиях экстренной медицинской помощи //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2019. – №. 10-7. – С. 83-86.
22. Хасанжанова Ф. О. Роль дислипидемии при развитии ишемической болезни сердца у мужчин в молодом возрасте //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
23. Хасанжанова Ф. О., Мардонов У. А. У., Юсупов Т. Ш. У. Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2019. – №. 11-1 (144). – С. 94-97.
24. Хасанжанова Ф. О., Рофеев М. Ш. Часто встречаемые факторы риска при инфаркте миокарда у мужчин молодого возраста при разных исходах заболевания //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2019. – №. 10-7. – С. 87-90.
25. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н. Анализ клинического течения нестабильных вариантов стенокардии у мужчин в молодом возрасте //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.

26. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н., Болтакулова С. Д. Факторы риска, влияющие на течение нестабильных вариантах стенокардии у мужчин в молодом и пожилом возрасте с дислипидемией //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
27. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н., Болтакулова С. Д. Факторы риска, влияющие на течение нестабильных вариантах стенокардии у мужчин в молодом и пожилом возрасте с дислипидемией //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
28. Хасанжанова Ф., Ташкенбаева Э., Болтакулова С. Факторы риска, влияющие на течение нестабильной стенокардии у мужчин в молодом и пожилом возрасте с дислипидемией //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 87-91.
29. Хаитова Н. М., Зиядуллаев Ш. Х., Аралов Н. Р. Иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении подростков с бронхиальной астмой //научно-практический и информационный журнал. – 2011. – С. 39.
30. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.



Закирьяева Парвина Одилловна
 ассистент кафедры внутренних болезней №4
 Самаркандский Государственный медицинский институт
 Самарканд, Узбекистан

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ОТ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Недавние данные свидетельствуют о том, что неспецифическая интерстициальная пневмония (NSIP) имеет отчетливую клиническую особенность среди других идиопатических интерстициальных пневмоний, а некоторые данные указывают на возможную патогенетическую роль аутоиммунного иммунитета.

В медицинской базе данных Самаркандской городской больницы №1 выявлены больные с диагнозом «НСИП» (n=58) и после их первичного осмотра выявлено и переоценено 32 случая НСИП с применением динамического комплексного мультидисциплинарного подхода и был проведен ретроспективный анализ.

Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить, может ли NSIP представлять собой ранние легочные проявления аутоиммунного заболевания. >50% пациентов с диагнозом NSIP развили клинические признаки аутоиммунного заболевания в течение 2 лет, что предполагает возможную связь между NSIP и аутоиммунным заболеванием.

Ключевые слова: неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП), соединительная ткань, аутоиммунные заболевания.

Zakiryayeva Parvina Odilovna
 Assistant at the Department of Internal Medicine No. 4 of
 Samarkand State Medical Institute
 Samarkand, Uzbekistan

NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA: DIFFERENTIATION OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE FROM AUTOIMMUNE DISEASES

ANNOTATION

Recent evidence suggests that nonspecific interstitial pneumonia (NSIP) has a distinct clinical feature among other idiopathic interstitial pneumonias, and some evidence points to a possible pathogenetic role for autoimmune immunity.

In the medical database of the Samarkand City Hospital No. 1, patients diagnosed with NSIP (n=58) were identified and after their initial examination, 32 cases of NSIP were identified and re-evaluated using a dynamic integrated multidisciplinary approach and a retrospective analysis was carried out.

The aim of this study was to evaluate whether NSIP might represent an early pulmonary manifestation of an autoimmune disease. >50% of patients diagnosed with NSIP developed clinical signs of autoimmune disease within 2 years, suggesting a possible link between NSIP and autoimmune disease.

Key words: nonspecific interstitial pneumonia (NSIP), connective tissue, autoimmune diseases.

Zakiryayeva Parvina Odilovna
 Samarqand davlat tibbiyot institutining
 4-sonli ichki kasalliklar kafedrası assistenti
 Samarqand, O'zbekiston

NOSPESEFIK INTERSTISIAL PNEVMONIYA: AUTOIMMUN KASALLIKLAR BILAN BOG`LIQ INTERSTISIAL O`PKA KASALLIGINI FARQLASH

ANNOTATSIYA

So'nggi dalillar shuni ko'rsatadiki, nospesifik interstisial pnevmoniya (NSIP) boshqa idiopatik interstisial pnevmoniyalar orasida alohida klinik xususiyatga egadir va ba'zi ma'lumotlar autoimmun imunitetning mumkin bo'lgan patogenetik rolini ko'rsatadi.

Samarqand shaxar 1-son shifoxonasi tibbiyot ma'lumotlar bazasida "NSIP" tashxisi bilan (n = 58) ta kasallik tarixi topilib ularni dastlabki ko'rib chiqishdan so'ng, 32 ta NSIP holatlari aniqlanib dinamik integratsiyalashgan multidisiplinar yondashuv yordamida qayta baholanib retrospektiv taxlili o'tkazildi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi NSIP autoimmun kasallikning erta o'pka belgilarini namoyon bo'lishi mumkinligini baholash edi. NSIP tashxisi qo'yilgan bemorlarning >50% da 2 yil ichida autoimmun kasalliklarning klinik belgilari namoyon bo'lgan, bu NSIP va autoimmun kasalliklar o'rtasidagi ehtimoliy bog'liqlikni ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: nospesifik interstitsial pnevmoniya (NSIP), Biriktiruvchi to'qima, Autoimmun kasalliklar.

Dolzabligi. Nospesifik interstitsial pnevmoniya (NSIP) idiopatik interstitsial pnevmoniya deb ataladi. Ushbu kasallik idiopatik o'pka fibrozida (IPF) uchraydi. Bemorlarning aksariyati 40-50 yoshdagi ayollar bo'lib, ularning munosabatlariga hech qanday sabab yo'q. Shunga o'xshash buzilishlar biriktiruvchi to'qimalar kasalliklarida (xususan, tizimli skleroderma va otoimmün miyozit) kuzatiladi, og'riqning ayrim shakllari yuqori sezuvchanlik pnevmoniti bilan bog'liq.

Turli xil klinik va rentgenologik belgilar [2] mavjudligida topilishi mumkin bo'lgan. An'anaviy ravishda va klinik sabablarga ko'ra, NSIP etiologik jihatdan "idiopatik" [3] yoki "ikkilamchi", NSIP uchun ma'lum etiologik sharoitlarning yo'qligi yoki mavjudligiga qarab, NSIPning "klinik tashxisi" bo'lishi kerak degan tavsifi bilan belgilanadi. Faqat idyopatik va biopsiya bilan tasdiqlangan holatlar uchun qo'zg'atuvchi omil aniqlanmaydi [2, 4].

Qizig'i shundaki, Amerika Toraks Jamiyati loyihasing so'nggi hisobotida NSIP aniq klinik xususiyatga ega ekanligini ko'rsatdi, ayniqsa o'rta yoshli va chekmaydigan ayollarda tez-tez uchraydi va yaxshi uzoq muddatli prognozni ko'rsatadi [5]. NSIP diagnostik yondashuvda gistopatologik diagnostika hali ham jarrohlik o'pka biopsiyasiga asoslanadi [3], garchi ba'zi hollarda gistologik tekshirish zarurati so'roq qilingan bo'lsa ham [6].

Yaqinda o'tkazilgan ikkita tadqiqot NSIP va autoimmun kasalliklar o'rtasidagi bog'liqlikni aniqladi [7, 8]. AQShda o'tkazilgan tadqiqotda, NSIP tashxisi qo'yilgan 24 bemorning 80% dan ortig'i boshidanoq ajratilmagan biriktiruvchi to'qima kasalligi (ABTK) bilan kasallanganligi aniqlandi [7] va Osiyo NSIP guruhida biriktiruvchi to'qima kasalliklari (BTK) sodir bo'lgan. 10% hollarda kuzatuv paytida [8], bu NSIPda autoimmunitetning mumkin bo'lgan rolini ko'rsatadi.

Tadkikot maksadi. NSIP autoimmun kasallikning erta o'pka belgilarini namoyon bo'lishi mumkinligini baholash edi. NSIP tashxisi qo'yilgan bemorlarning >50% da 2 yil ichida autoimmun kasalliklarning klinik belgilari namoyon bo'lgan, bu NSIP va autoimmun kasalliklar o'rtasidagi ehtimoliy bog'liqlikni ko'rsatadi.

Tadkikot materiallari va usullari. Samarqand shaxar 1-son shifoxonasi tibbiyot ma'lumotlar bazasida "NSIP" tashxisi bilan (n = 58) ta kasallik tarixi topilib ularni dastlabki ko'rib chiqishdan so'ng, 32 ta NSIP holatlari aniqlanib dinamik integratsiyalashgan multidisiplinar yondashuv yordamida qayta baholandi.

Tadqiqot uchun esa NSIP bilan 24 ta kasallik tanlangan. O'rta yosh±. Birinchi respirator simptomda standartdan cheklanish yoshi 49,2 ± 7 yil, 70% ayollar va 52% hech qachon chekmaydigan ayollar edi. Kuzatuvda (o'rta ± standartdan cheklanish 52,7 ± 29 oy, diapazon 12-138 oy) 14 ta (49%) bemorda autoimmun kasalliklar, undan yettita (26%) autoimmun tiroidit, oltita (22%) differensirlanmagan biriktiruvchi to'qima immun kasalliklari bilan kasallangan. Biriktiruvchi to'qima kasalligi uchta (11%) ni tashkil etdi. Biriktiruvchi to'qima Autoimmun kasalliklarga chalingan bemorlar yoshi kattaroq va ko'pincha chekmaydigan ayollar edi.

NSIP tashxisi qo'yilgan bemorlarning >50% da 2 yil ichida autoimmun kasalliklarning klinik belgilari namoyon bo'lgan, bu NSIP va autoimmun kasalliklar o'rtasidagi ehtimoliy bog'liqlikni ko'rsatadi. Nospesifik interstitsial pnevmoniya (NSIP) dastlab gistopatologik xolat deb aniqlangan. Tadkikot utkazishga kiritilgan xar bir shaxsni tekshirish anamnez yig'ish, klinikasi, umumiy laboratoriya taxlillar, instrumental tekshirish usullari asosida o'tkazildi.

NSIP kasalligiga tashxis NSIP davolash va profilaktikasining global strategiyasiga (GINA 2006, 2007) muvofiq quyildi.

Natija. Turli xil BTK ob'ektlari diagnostikasi ilgari e'lon qilingan mezonlar [11-14], shu jumladan aralash BTK [15] va ABTK (infektsiyaning yo'qligi va BTK bilan bog'liq alomatlar, tasniflash mezonlariga javob bermagan holda tizimli yallig'lanishning dalili) bo'yicha amalga oshirildi. KT da aniqlangan [7, 16, 17]. Qisqacha aytganda, bemorlarga Raynaud fenomeni, artralgiya / ko'p bo'g'imlarning shishishi, fotosensitivlik, beixtiyor vazn yo'qotish,

ertalab qattqlik, quruq og'iz yoki quruq ko'zlar (shicca xususiyatlari), disfagiya, takroriy sababsiz isitma, oshqozon-qizilo'ngach, terining o'zgarishi haqida so'raldi. (toshma), og'iz yarasi, noandrogenik alopesiya va proksimal mushaklar kuchsizligi.

Autoimmun tiroidit diagnostikasi qalqonsimon bezga qarshi antikorlarning mavjudligiga [18] va ultratovush tekshiruvda diffuz qalqonsimon gipoexogenlikka asoslangan edi [19].

Klinik, laboratoriya, rentgenologik yoki patologik mezonlari iNSIPdan tashqari o'pkaning interstitsial kasalligi (O'IK) uchun aniqlangan barcha holatlar yoki hujjatlashtirilgan dori, havo antigeni va kasbiy ta'sirga ega bo'lgan holatlar tadqiqotdan chiqarildi. Birinchi nafas olish belgilarida BTK, ABTK, aralash BTK va/yoki autoimmun qalqonsimon bez kasalliklari mezonlari uchun revmatologik mezonlarga javob beradigan holatlar ham tahlildan chiqarildi.

Keyingi baholash.

Tadqiqotga kiritilgan bemorlarni keyingi baholash yiliga bir marta quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Klinik va fizik tekshiruv:

laboratoriya tekshiruv (shu jumladan, autoimmun profil, masalan, revmatoid omil, komplement C3 va C4, antiyadroviy antigen, ekstraksiya qilinadigan yadro antigenlari, sitrulinga qarshi otoantikorlar, tiroglobulinga qarshi, tirotopinga qarshi retseptorlari va antitiroid peroksidaza (antitiroid peroksidaza). TPO) otoantikorlar, eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) va / yoki C-reaktiv oqsil (CRO) darajasi va gepatit C va B virusi serologiyasi);

O'pka funktsiyasi testlari;

Ko'krak qafasining yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasi (KT);

Revmatologning ko'rigi:

Qalqonsimon bez kasalliklari tufayli revmatologlar va / yoki endokrinologlar tomonidan qo'shimcha ko'rsatma bo'lganda, qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazildi (masalan, kapillyaroskopiya, qo'l va oyoq suyagi rentgenografiyasi, Schirmer testi, mushak va / yoki limfa biopsiyasi, elektromiyografiya, ovqat hazm qilish traktining rentgenografiyasi va qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvini).

Patologik va rentgenologik tahlil.

Barcha o'pka biopsiya namunalari klinik yoki radiologik ma'lumotlardan xabardor bo'lmasdan, ikkita o'pka patologiyasi tomonidan mustaqil ravishda ko'rib chiqildi. Har bir bemorda o'pkaning kamida ikki xil bo'lgi ko'rib chiqilishi mumkin edi. Dastlabki kelishmovchiliklar bo'lgan bemorlar uchun konsensusga erishildi.

KT tasvirlari ko'krak qafasi rentgenologlari tomonidan alohida ish stantsiyasida konsensusda ko'rib chiqildi va terminologiya Fleischner jamiyati lug'atiga asoslandi [20].

Oldin ta'riflanganidek [19], parenximal o'zgarishlarning tarqalishini aniqlash uchun o'pka oltita zonaga (ikki o'pkada yuqori, o'rta va pastki zonalar) bo'lingan, fibroz ikki ball bilan (interstitsial o'zgarishlar va tortish bronxoektazi) va tasvirlar olingan. 0-dan 3-sinf gacha ball qo'yildi. Beshta hudud bo'yicha ballar umumiy "qo'pollik balli"ni (0-15 oralig'ida) ta'minlash uchun jamlandi [20].

Statistik tahlil.

Uzluksiz ma'lumotlar o'rta ± SD sifatida ifodalanadi. Kategorik ma'lumotlar foizlarda ifodalanadi. Har bir bemor uchun klinik, funksional va rentgenologik ko'rsatkichlarni taqqoslash nafas olishning birinchi alomatlari va oxirgi kuzatuv bahosi o'rtasida amalga oshirildi.

Tahlil Samarqand 1-son shaxar kasalxonasi klinikasida pulmonologiya bo'limida o'tqazildi. Chizmalarni dastlabki ko'rib chiqqach, biz NSIP patologik tashxisi bo'lgan 58 bemorni aniqladik. Dastlabki baholashda 37 (58,7%) holat iNSIP deb hisoblangan. Idiopatik deb tasniflangan 37 NSIP holatlaridan 10 bemor multidisipliner baholashda tahlildan chiqarildi.

Jami 37 ta idyopatik nospesifik interstitsial pnevmoniya (NSIP) holatlari aniqlandi va 27 tasi nihoyat tahlilga kiritildi. Kuzatuvda bemorlarning 52 foizida autoimmun kasalliklar paydo bo'ldi. BTK: biriktiruvchi to'qima kasalligi; DILD: dori-darmonlardan kelib chiqqan

o'pka kasalligi; ABTK: ajratilmagan biriktiruvchi to'qima kasalligi; IPF: idiopatik o'pka fibrozi; : yuqori sezuvchanlik pnevmoniti.

Tahlil qilish uchun tanlangan 27 ta NSIP holatining demografik va klinik xususiyatlari. Birinchi nafas olish belgilarining yoshi (o'rtacha \pm SD) $54,2 \pm 8$ yoshni tashkil etdi va bemorlarning aksariyati ayollar va hech qachon chekmaydiganlar edi. O'rtacha kuzatuv (o'rtacha \pm SD) $59,7 \pm 29$ oy, 12-13 oy oralig'ida. Birinchi ko'rinishda bemorlarning ko'pchiligi nafas qisilishi (bemorlarning 85%) va 33% yo'tal bilan murojaat qilgan. Bir bemor 11 oylik kuzatuvdan so'ng vafot etdi NSIPning o'tkir kuchayishi bilan bog'liq bo'lgan og'ir o'tkir nafas etishmovchiligi (o'lim darajasi 3,7%).

Barcha 27 bemor kamida 1 yil davomida tizimli kortikosteroidlarning (prednizalon $1 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{kun}^{-1}$) kamaytiruvchi dozalari bilan davolandi. Prednizaloga qo'shimcha ravishda, "fibrozlangan NSIP" bilan kasallangan jami 15 bemordan 12 nafari va "fibrozlangan NSIP va boshqa alomatlar" bo'lgan uchta bemor, shuningdek, kamida 1 yil davomida siklofosfamid ($100 \text{ mg} \cdot \text{kun}^{-1}$) olgan (kuzatilganida). "NSIP" bilan kasallangan to'qqizta bemorning ikkitasida azatioprin va uchta holatda siklofosfamid 1 yil davomida prednizaloga qo'shilgan.

Autoimmun topilmalar.

NSIP tashxisi bo'lgan 27 bemor orasida jami 14 (52%) bemorda keyinchalik autoimmun kasallik paydo bo'ldi. Autoimmun kasallikning namoyon bo'lishigacha bo'lgan o'rtacha \pm SD (diapazon) oralig'i NSIPning dastlabki tashxisidan boshlab 22 ± 18 oyni (12-14 oy oralig'ida) tashkil etdi. Hozirgi tahlil vaqtida 15 bemor <14 oylik kuzatuvga ega (ulardan sakkiztasida hech qanday autoimmun kasallik rivojlanmagan).

Birinchi nafas olish belgilari paydo bo'lganda, to'rtta (14,8%) bemorda ijobiy serologik natijalar bo'lmaganda autoimmun kasallikni ko'rsatadigan alomatlar va belgilar paydo bo'ldi, uchta (11%) bemorda ijobiy serologik natijalar va ettita bemorda ECHT darajasining oshishi kuzatildi. (26%), autoimmun kasallikning biron bir alomati yoki belgisi to'liq yo'qligida (2-jadval).

Kuzatuvda autoimmun tiroidit yetti (26%) bemorda, ABTK oltitada (22%) va uchta (11%) bemorda KTDa kuzatilgan. Ikki holatda bemorlarda ikkita turli xil autoimmun kasalliklar paydo bo'ldi: autoimmun tiroidit, mos ravishda revmatoid artrit va ABTK bilan birgalikda. Autoimmun tiroidit turi barcha etti bemorda surunkali Hashimoto tiroiditi edi. Batafsil ma'lumki, biz to'rtta holatda klinik gipotiroidizmni kuzatdik, ularda T4 darajasi past bo'lgan va qalqonsimon stimulyator gormoni (TTG) darajasi ko'tarilgan.

Qolgan uchta holatda bemorlarda subklinik gipotiroidizm, qalqonsimon gormonlar darajasi normal bo'lib, TTG darajasi ko'tariladi. TPO va tiroglobulin antikori jami yetti bemorning beshtasini kuzatishda ijobiy bo'ldi, ikkita bemorda faqat bitta qalqonsimon antikor ijobiy bo'ldi. Qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi barcha holatlarda diffuz gipoexogenlik suratini ko'rsatdi.

Boshida ijobiy serologik natijalar bilan murojaat qilgan uchta bemordan ikkitasi (66%) kuzatuvda ABTK bilan asoratlandi. ECHT darajasi oshgan sakkizta bemordan ettita (87,5%) holatda autoimmun kasallik (SRB 13; $p = 0,03$) paydo bo'lgan.

Birinchi nafas olish belgilari paydo bo'lganida tizimli alomatlar (va salbiy serologiya) bo'lgan to'rtta bemordan uchtasi (75%) kuzatuvda autoimmun kasalliklarni rivojlantirdi.

Autoimmun kasalliklari bo'lgan va bo'lmagan bemorlarning xususiyatlari

NSIPning dastlabki tashxisidan keyin autoimmun kasalliklarni rivojlantirgan bemorlarning xususiyatlari. Keyinchalik kuzatuvda autoimmun kasalliklarni rivojlantirgan bemorlar, bunday bo'lmagan bemorlarga qaraganda, yoshi kattaroq va hech qachon chekmaydigan ayollar bo'lish ehtimoli ko'proq edi.

Autoimmun kasalliklarga chalingan bemorlarning xarakteristikalarini, rivojlanmaganlar bilan solishtirganda.

Kuzatuvda autoimmun kasalliklarni rivojlantirgan bemorlar guruhida kamroq jiddiy cheklovchi buzilish tendentsiyasi kuzatildi. Yakuniy KT skanerlash ballining tahlili ikki guruh o'rtasida sezilarli statistik farqni ko'rsatmadi, ammo keyinchalik autoimmun kasalliklarni rivojlantirgan bemorlarda boshqa bemorlarga nisbatan pastroq

interstitsial ball ko'rsatkichlariga ega bo'lish tendentsiyasi mavjud edi. Patologik belgilar jihatdan farqlar topilmadi.

Patologik va rentgenologik belgilar.

Dastlab ma'lumotlar bazasidan tanlangan 37 NSIP holatlari orasida 30 bemorning gistopatologiyasi ko'rib chiqildi. Ikkita holatda, nihoyat, gistologik kurinishlar ikkala bo'lakda ham noodatiy interstitsial pnevmoniya sifatida aniqlandi va bir holatda bir bo'lakda yuqori sezuvchanlik pnevmonit namunasi mavjud edi (bu uchta bemor multidisipliner yondashuvda yakuniy tahlildan chiqarildi, tanlangan 27 NSIP 15 holatda "fibrosli NSIP" ko'rinishini va to'qqiz holatda "hujayra NSIP" ko'rinishini ko'rsatdi, holbuki uchta holat "fibrozlash NSIP va boshqa ko'rinishlar" sifatida aniqlangan. Namunaning keng tarqalgan gistopatologik namunasi edi [12]; ammo, bu holatlarda, shuningdek, bir holatda bir nechta fibroblastik o'choqli (3-bemor) va ikkita holatda (13 va 18-bemorlar) peribronxiolyar metaplaziya, ko'plab chuqurchalar va follikulyar bronxiolit bilan tashkiliy pnevmoniya belgilari bilan bog'liq).

Boshlang'ich va kuzatuvda radiologik tahlil jami 27 holatdan 21 tasida mavjud edi. Ko'krak qafasidagi KT skanerlarining tavsifiy va ball xususiyatlari 4-jadvalda jamlangan. Autoimmun kasalliklarga chalingan bemorlar va rivojlanmagan bemorlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar na nafas olishning birinchi alomatlarida, na oxirgi kuzatuvda baholanmagan; autoimmun kasalliklarga chalingan bemorlar va rivojlanmagan bemorlar (birinchi baholashda yoki kuzatuvda) o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar topilmadi.

Xulosa.

Ushbu tadqiqotda biz klinik jihatdan ajralib turadigan NSIP ob'ekti autoimmun kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkinligini taxmin qildik. Bizning topilmalarimiz shuni ko'rsatdiki, autoimmun kasalliklarning rivojlanishi uchun tizimli ravishda tekshiriladigan NSIP bemorlar guruhida multidisipliner yondashuvdan so'ng: 1) > 50% keyin o'rtacha kuzatuvdan so'ng autoimmun kasallik (autoimmun tiroidit, ABTK va BTK) rivojlanadi. 14 oy; 2) autoimmun tiroidit eng tez-tez uchraydigan autoimmun kasallikdir (26% hollarda); va 3) autoimmun kasalliklarga chalingan bemorlar yoshi kattaroq va ko'pincha chekmaydigan ayollardir.

Hisob-kitoblarga ko'ra, idyopatik NSIP bilan og'rikan bemorlarning 15-20% ga yaqinida yashirin BTK mavjud yoki keyinchalik BTK rivojlanadi [23]. Shunday qilib, yashirin BTK idiopatik interstitsial pnevmoniyalarni taqlid qilishi mumkin, chunki o'pka ko'rinishlari ko'pincha klinik ko'rinishda ustunlik qilishi yoki tizimli topimalardan oldin bo'lishi mumkin [24]. Biroq, ilgari e'lon qilingan ushbu ma'lumotlar umuman idyopatik NSIP bilan bog'liq va "idiopatik" NSIPda autoimmun ishtirokini ko'rsatadigan dalillar cheklangan.

NSIP-da autoimmunitet haqidagi ma'lumotlar ilgari chop etilgan uchta tadqiqotda taqdim etilgan [7, 8, 20]. Gistologik va klinik jihatdan tasdiqlangan NSIP bilan kasallangan, keyinchalik tipik kollagen tomir kasalliklarini rivojlantirgan oltita bemorlarning kichik seriyasi 2006 yilda yaponiyalik mualliflar guruhi tomonidan nashr etilgan [20]. Yaqinda, retrospektiv tahlilda va Osiyo populyatsiyasida NSIP ning klinik ko'rinishi va o'pka funktsiyasi o'zgarishini baholashda Park va boshqalar. [8] 10% hollarda kuzatuv davomida KTning klinik ko'rinishlari rivojlanganligini aniqladi. Kinder va boshqalar tomonidan chop etilgan tadqiqot. [7] NSIP sifatida tasniflangan bemorlarning aksariyati (88%) o'pkaning birinchi namoyon bo'lishida ABTK mezonlariga javob berishini aniqladi. Biroq, ushbu uchta tadqiqotning xarakteristikalarini bizning tadqiqotimizdagilardan sezilarli darajada farq qildi, chunki birinchidan, ular NSIPning uzoq muddatli kuzatuvda autoimmun kasalliklarning rivojlanishini diqqat bilan izlash uchun maxsus ishlab chiqilmagan, ikkinchidan, diagnostika. NSIP multidisipliner yondashuvga asoslanmagan edi [5]. Sato va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tadqiqot. [17] retrospektiv tahlil edi, shu jumladan ikkilamchi NSIP bo'lgan 26 bemor, gistologik tashxis vaqtida asosiy kasalliklarga ega, shu jumladan Ktda xam.

O'rganilgan 26 bemordan oltitasida NSIP BTK boshlanishidan 6 oy oldin sodir bo'lgan. Biroq, ushbu maqolada na ishlatilgan usullarning tavsifi, na KTDa namoyon bo'lishini ko'rsatadigan natijalar taqdim etilmagan [16]. Bizning tadqiqotimizning maqsadi Amerika tadqiqotidan butunlay boshqacha edi [7], chunki biz o'pkaning birinchi

namoyon bo'lishida KTda va autoimmun tireoiditning klinik va serologik ko'rinishi bo'lgan bemorlarni ataylab chiqarib tashladik.

Shunday qilib, bizning tadqiqotimizning maqsadi NSIP tashxisi qo'yilgan bemorlarda keyinchalik autoimmun kasallik rivojlanishi mumkinligini baholash edi. Autoimmun kasallikning rivojlanishi, masalan. BTKs, Park va boshqalar tomonidan topilgan. [8] NSIP ning klinik kechishi va o'pka funktsiyasi o'zgarishini retrospektiv tahlil qilishda tasodifiy kuzatuv edi. Aslida, ushbu tadqiqot [8] ushbu NSIP populyatsiyasida autoimmunitetni baholash uchun mo'ljallanmagan.

Bundan tashqari, bu bemorlar bizning tadqiqotimizdagi Kavkaz populyatsiyasidan farqli o'laroq, Osiyo populyatsiyasiga mansub edi va NSIP da autoimmunitetdagi ehtimoliy etnik farqlar haqida hech qanday ma'lumot yo'q. Yuqorida tilga olingan [7, 8, 16] metodologiyasi va bizning hozirgi tadqiqotimiz o'rtasidagi farqlarga qaramay, bu topilmalarning barchasi birgalikda autoimmun fon NSIP patogenezida muhim rol o'ynashi mumkinligi haqidagi farazni qo'llab-quvvatlaydi va NSIP . aniq patogenetik mexanizmlar hali noma'lum bo'lsa-da, ilgari faraz qilinganidek, autoimmun kasallikning o'pkaning erta namoyon bo'lishini anglatadi.

KTda va autoimmun tireoid kasalligi o'rtasidagi bog'liqlik yaxshi tan olingan. Eng tez-tez uchraydigan revmatoid artrit, Shegren sindromi va autoimmun tiroiditning assotsiatsiyasi [16,17] va autoimmun tiroidit bilan og'rikan bemorlarda KTda tez-tez uchraydi [18]. Bizning NSIP bemorlarimizdagi qalqonsimon autoimmun kasalliklarni tekshirishning o'ziga xos asosi uning qalqonsimon bez kasalliklari bilan ehtimoliy bog'liqligi haqidagi gipotezaga asoslangan edi, chunki o'pka ham, qalqonsimon bez ham qalqonsimon bezning rivojlanishi va fiziologiyasida rol o'ynaydigan qalqonsimon transkripsiya faktor-1 ga ega.

NSIPda autoimmun tireoidit rivojlanishi haqidagi ma'lumotlarimiz NSIP va surunkali/autoimmun tireoiditning birlashmasini tavsiflovchi bitta holat hisobotlarini qo'llab-quvvatlaydi [15,18]. Autoimmun tireoiditda (organga xos autoimmun kasallik) qalqonsimon bezning gistopatologik ko'rinishlari va Shegren sindromida sulak va limfa bezlarning gistopatologik ko'rinishi bir-biriga o'xshash bo'lib, xarakterli fokal yoki diffuz T-limfotsitar infiltratlarni ko'rsatadi [17,18], patogenetik yo'llarni baham ko'ring. Ajablanarlisi shundaki, NSIP odatda o'pka interstitiumidagi T-limfotsitar infiltratlarni, shuningdek fokal B-hujayralar to'planishi va fibrozni ko'rsatadi [1]. Ushbu kuzatishlarga asoslanib, biz "NSIP" latent autoimmun kasallik emas, balki autoimmun pnevmonit kabi hozirgacha tan olinmagan organga xos autoimmun kasallik bo'lishi mumkinligini taxmin qilamiz [7].

Biroq, biz bilamizki, hozirda bu gipotezani isbotlaydigan yoki rad etadigan haqiqiy dalillar yo'q.

Ushbu tahlilning NSIP populyatsiyasi yaqinda tavsiflangan tadqiqot populyatsiyalari bilan klinik o'xshashliklarni ko'rsatdi [5, 8], hech qachon chekmaydigan, o'rta yoshli ayollar ustunlik qiladi, kuzatuvda sezilarli barqaror o'pka funktsiyasi [4, 18] . Park va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tadqiqot bilan solishtirganda. [8], biz kuzatuv davomida BTK rivojlanishining yuqori chastotasini aniqladik (tahlilimizda jami 33%, shu jumladan BTK va ABTK, ularning tadqiqotlaridagi 10%, shu jumladan BTK va aralash BTK bilan solishtirganda), ehtimol autoimmun kasalliklarning rivojlanishidagi mumkin bo'lgan etnik farqlarni aniqlashga tizimli yondashuvimiz natijasida. Poliklinikada mehnatga layoqatli yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydigan interstitsial o'pka kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning ko'payishi kuzatildi, ularda nafas qisilishi, holsizlik, yo'tal va boshqalar ustunlik qildi. Rasmlash texnologiyalaridan foydalanish muhimligi

ko'rsatilgan. Revmatik kasalliklar bilan og'rikan bemorlarni davolashda pulmonolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi [16,13].

Bundan tashqari, bizning autoimmun natijalarimiz va Park va boshqalar o'rtasidagi eng muhim farq. [8] biz aniqlagan autoimmun tireoiditning yuqori darajasi edi (jami 26%, bu umumiy autoimmun kasalliklarning deyarli yarmini tashkil qiladi), bu avvalgi tadqiqotda ko'rib chiqilmagan va tekshirilmagan [8].

Ushbu tadqiqot quyidagi kabi bir qator cheklovlarga ega: bu tavsifiy tadqiqot bo'lib, faqat ehtimoliy patogenetik mexanizmlar haqida spekulatsiya qilinadi va nisbatan kam sonli bemorlarni o'z ichiga oladi. Biroq, ushbu tahlilning populyatsiyasi nisbatan kichik bo'lsa-da, u multidisipliner yondashuvda sinchkovlik bilan tavsiflangan va shuni ta'kidlash kerakki, NSIP kam uchraydigan kasallikdir va shuning uchun ko'plab bemorlarni yig'ish juda qiyin. Ushbu tahlil faqat to'liq autoimmun ma'lumotga ega bo'lgan bemorlarda o'tkazildi (to'liq ma'lumotlar bo'lmagan uchun ettita bemor chiqarib tashlandi), bu avvalroq ta'kidlanganidek, "to'liq ish" tahlilining noto'g'riligiga olib kelishi mumkin [17].

Biroq, ushbu istisno qilingan bemorlarda hech qanday autoimmun kasallik rivojlanmagan bo'lsa ham, autoimmun kasalliklarni rivojlantiradigan holatlar ulushi hali ham o'rganilayotgan umumiy aholining uchdan biridan ko'prog'ini tashkil qilgan bo'lar edi. Aksincha, autoimmun kasallikning rivojlanishi uchun o'rtacha vaqt oralig'i NSIP ning dastlabki tashxisidan boshlab 12 oydan 14 oygacha bo'lgan vaqt oralig'ida 14 oy ekanligini hisobga olsak, bizning ba'zi bemorlarimiz kelajakda hali ham autoimmun kasallik rivojlanishi mumkin.

Ushbu cheklovlarga qaramay, ushbu tadqiqot NSIP bilan og'rikan bemorlarni uzoq muddatli kuzatish paytida ehtiyotkorlik bilan va tizimli ravishda to'plangan autoimmun kasalliklarning serologik va klinik ma'lumotlarini taqdim etadigan yagona tahlil bo'lib, o'pkaning jarrohlik biopsiyalari bilan tavsiflanadi va yakuniy tashxisga asoslangan. multidisipliner yondashuvda. Ushbu tadqiqot natijalari NSIP bilan og'rikan bemorlarni, shu jumladan qalqonsimon bez kasalliklarini kuzatishda to'liq autoimmun baholash zarurligini ta'kidlaydi. Shunday qilib, ushbu tadqiqot populyatsiyasining 26% holatlarida autoimmun tiroiditning rivojlanishi yangi topilmani anglatadi. Klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bemorning yoshiga qarab, COVID-19 ning individual fazalari ko'proq yoki kamroq virulent bo'lishi mumkin: agar birinchi virulent fazaga bardoshlilik yoshga qarab kamaysa, oxirgi giperyallig'lanish bosqichi hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. [14]. kichik bemorlarga tahdid soladi. Bizning ma'lumotlarimiz bo'yicha, NSIP bo'yicha ilgari chop etilgan hech bir maqola bu topilmani ko'rsatmagan. Hech qanday autoimmun kasalligi (yoshroq, asosan chekuvchi) rivojlanmagan bemorlar guruhiga tegishli ma'lumotlar, ilgari taklif qilinganidek, chekish patogenezini bo'lgan boshqa NSIP fenotipi gipotezasini qo'llab-quvvatlashi mumkin [9, 10].

Xulosa qilib aytganda, biz bu erda NSIPning autoimmun kasalliklar rivojlanishi uchun tizimli ravishda tekshirilgan eng katta bemorlar guruhini taqdim etamiz. Tadqiqot dastlab "idiopatik" NSIP tashxisi qo'yilgan bemorlarda autoimmunitet namoyon bo'lishining yuqori tarqalishini ta'kidlaydi va mavjud adabiyotlarga autoimmun tireoiditning ajoyib tez-tezligini qo'shadi, bu multidisipliner klinik yondashuv va baholash bilan uzoq muddatli kuzatishni ko'rsatadi. Autoimmun kasalliklar uchun bu bemorlarda majburiydir. Garchi ma'lumotlar cheklanganligi sababli, aniq bir xulosaga kelish mumkin bo'lmasa-da, ushbu tadqiqot NSIP va autoimmun kasalliklarning klinik ko'rinishi o'rtasidagi ehtimoliy bog'liqlikni ko'rsatadi. Kelgusi tadqiqotlar ushbu topilmalarni tasdiqlashi kerak.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Non Specific Interstitial Pneumonia and features of connective tissue disease: what are the consequences of a different point of view? Alice Biffi et al., European Respiratory Journal, 2018
2. Nonspecific interstitial pneumonia: survival is influenced by the underlying cause. Hilario Nunes et al., European Respiratory Journal, 2015
3. Idiopathic non-specific interstitial pneumonia (iNSIP): do the patients develop connective tissue disease (BTK) during follow-up? Janne Møller et al., European Respiratory Journal, 2016
4. Significance of Connective Tissue Disease features in Idiopathic Interstitial Pneumonia T.J. Corte et al., European Respiratory Journal, 2011
5. Characterisation of patients with interstitial pneumonia with autoimmune features. Justin M. Oldham et al., European Respiratory Journal, 2016

6. Reduced expression of BMP3 contributes to the development of pulmonary fibrosis and predicts the unfavorable prognosis in IIP patients Xiaoting Yu et al., *Oncotarget*, 2017
7. Connective tissue disease--associated interstitial lung disease: an underreported cause of interstitial lung disease in Sub-Saharan Africa Hakeem Olaosebikan et al., *Clinical Rheumatology*, 2020
8. Interstitial Pulmonary Fibrosis in Systemic Lupus Erythematosus: Are There Variants of the Variant Fibrotic Patterns? Charles S. White, *Radiology: Cardiothoracic Imaging*, 2021
9. Risk of progression of idiopathic pulmonary fibrosis to connective tissue disease: a long-term observational study in 527 patients Byeongzu Ghang et al., *Clinical Rheumatology*, 2021
10. Pathologic separation of idiopathic pulmonary fibrosis from fibrotic hypersensitivity pneumonitis Joanne L. Wright et al., *Mod Pathol*, 2019
11. Нематилла Равшанович Аралов, Наргиза Негматуллаевна Махматмурадова, Парвина Одиловна Закирьева, Малика Ильхомовна Камалова Биомедицина ва амалиёт Журнали Том 195. Отличительные черты неспецифической интерстициальной пневмонии. <https://scholar.google.com/scholar?oi=bibs&cluster=17880771103798080922&btnI=1&hl=ru>
12. НН Мамурова, ДА Юлдашева, ПО Закирьева... - Интеллектуальный и научный потенциал XXI века, 2017 Значение вредного профессионального фактора в диагностике бронхо-легочной патологии. <https://os-russia.com/SBORNIKI/KON-168-4.pdf#page=108>
13. Н Мамурова, Д Носирова, П Закирьева - Общество и инновации, 2020. Пневмонии с коморбидными течениями https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=4Y0iQcIAAAAJ&citation_for_view=4Y0iQcIAAAAJ:UeHWp8X0CEIC
14. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ С ВЫСОКИМ ДОЗОМ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОВЫШАЕТ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С COVID-19. Одиловна П.З. - Web of Scientist: Международные научные исследования..., 2022. <https://scholar.google.com/scholar?oi=bibs&cluster=5315112787537880615&btnI=1&hl=ru>
15. Распределение аллелей и генотипов полиморфизма генов Noesg3 среди лиц с бронхиальной астмой в узбекской семье. О ТА, D AD, Y DA, Z PO - Европейский журнал молекулярной и клинической медицины, 2020 г. https://www.ejmcm.com/article_3576.html
16. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ Аралов, Н Махматмурадова, П Закирьева - Журнал вестник врача, 2020. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/1722
17. Pneumonia with co-morbid trends Nigora MAMUROVA1, Dildora NOSIROVA2, Parvina ZAKIRYAYEVA <https://inscience.uz/index.php/socinov/index>
18. Xoljigitova MB Mamurova NN Maxmatmuradova NN Zakiryayeva PO Nosirova DE "O'pka
19. kasalliklari bilan bemorlarni olib borish" O'quv qo'llanma. Toshkent 2021 yil 70-96 betlar
20. Клинико-иммунологические параллели при хроническом обструктивном бронхите у подростков М. Хольджигитова - Пульмонолог, 2014.
21. Клиническая и бронхоскопическая характеристика воспалительного процесса у больных хроническим обструктивным бронхитом. МБ Холжигитова, НР Аралов, ММ Рахимов... - Вопросы науки и образования, 2019
22. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
23. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ // УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
24. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
25. 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.
26. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.




Камолова Диёра Жамшедовна

Ассистент кафедры Пропедевтики внутренних болезней
Самаркандского Государственного Медицинского Университета
Самарканд, Узбекистан

Эргашева Маъмура Таштемировна

Ассистент кафедры Пропедевтики внутренних болезней
Самаркандского Государственного Медицинского Университета
Самарканд, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

До недавних пор считалось, что артериальная гипертензия относительно редко возникает у людей молодого возраста. Однако в последние годы при обследованиях населения были обнаружены повышенные цифры артериального давления у 23,1 % лиц в возрасте 17–29 лет. Артериальная гипертония у беременных женщин является одним из важнейших клинически значимых видов хронической экстрагенитальной патологии. Болезни сердца и сосудов встречаются у 10–32 % беременных, и их частота возрастает с каждым днём.

Сложность оценки характера истинных гемодинамических нарушений при осложненной гестозом беременности объясняется дискуссионностью аспектов разграничения компенсаторных изменений при физиологическом ее течении от кардиальной перестройки при сопровождающей беременность артериальной гипертензии или сочетанном гестозе, манифестировавшем на фоне догестационного повышения цифр артериального давления.

Таким образом, среди множества проблем, связанных с преэклампсией и эклампсией, проблемы диагностики, прогнозирования, оценки степени тяжести и патогенетически обоснованного лечения занимают одно из важнейших мест и имеют большое значение, как для акушеров-гинекологов, так и для кардиологов.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, гестоз, преэклампсия, левый желудочек, гипертрофия левого желудочка

Kamolova Diyora Jamshedovna

Assistant of faculty propaedeutics of Internal Medicine
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Ergasheva Mamura Tashtemirovna

Assistant of faculty propaedeutics of Internal Medicine
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

MYOCARDIAL CHANGES AND FEATURES OF DIASTOLIC DYSFUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE IN PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ANNOTATION

Until recently, it was believed that hypertension is relatively rare in young people. However, in recent years, population surveys have revealed elevated blood pressure figures in 23.1% of people aged 17-29 years. Arterial hypertension in pregnant women is one of the most important clinically significant types of chronic extragenital pathology. Heart and vascular diseases occur in 10-32% of pregnant women, and their frequency increases every day.

The complexity of assessing the nature of true hemodynamic disorders in pregnancy complicated by gestosis is explained by the controversial aspects of distinguishing compensatory changes in its physiological course from cardiac restructuring in pregnancy-accompanying hypertension or combined gestosis, manifested against the background of a pre-gestational increase in blood pressure figures.

Thus, among the many problems associated with preeclampsia and eclampsia, the problems of diagnosis, prognosis, assessment of severity and pathogenetically based treatment occupy one of the most important places and are of great importance for both obstetricians and gynecologists and cardiologists.

Key words: Arterial hypertension, gestosis, preeclampsia, left ventricle, hypertrophy of the left ventricle.

Kamolova Diyora Jamshedovna

Ichki kasalliklar propedevtika kafedrası assistenti

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Samarqand, O'zbekistan
Ergasheva Mamura Tashtemirovna
Ichki kasalliklar propedeutika kafedrasi assistenti
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Samarqand, O'zbekistan

ARTERIAL GIPERTENZIYASI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA MIOKARDDAGI O'ZGARISHLAR VA CHAP QORINCHA DIASTOLIK DISFUNKTSIYASINING XUSUSIYATLARI

ANNOTASIYA

Yaqin vaqtgacha yoshlarda arterial gipertenziya nisbatan kam uchraydi, deb hisoblanar edi. Biroq, so'nggi yillarda aholi orasida 17-29 yoshdagi odamlarning 23,1% da arterial qon bosimi oshishi kuzatilmoqda. Homilador ayollarda surunkali ekstragenital patologiyaning eng muhim klinik belgilaridan biri arterial gipertenziyadir. Yurak va qon tomirlari kasalliklari homilador ayollarning 10-32 % da uchraydi va ularning chastotasi har kuni ortib bormoqda. Gestoz bilan asoratlangan homiladorlikdagi haqiqiy gemodinamik buzilishlarning tabiatini baholashning murakkabligi uning fiziologik kursidagi kompensatsion o'zgarishlarni homiladorlik bilan birga kechadigan arterial gipertenziya yoki homiladorlikdan oldingi o'sish fonida namoyon bo'ladigan kombinatsiyalangan gestoz bilan yurakning qayta tuzilishidan ajratishning bahsli jihatlari bilan izohlanadi. Shunday qilib, akusher-ginekologlar va kardiologlar uchun preeklampsiya va eklampsiya bilan bog'liq ko'plab muammolar orasida tahxislash, prognozi, og'irlik darajasini baholash va patogenetik davolashda eng muhim o'rnlardan birini egallaydi.

Kalit so'zlar: arterial gipertenziya, gestoz, preeklampsiya, chap qorincha, chap qorincha gipertrofiyasi.

Цель исследования: Исследовать и внедрить комплекс мероприятий по прогнозированию, ранней диагностике и лечению преэклампсии на фоне артериальной гипертензии, что улучшит исходы беременности и родов, состояние новорожденных и младенцев у данного контингента женщин.

Материалы и методы исследования: Исследования проводилось у 17 беременных с артериальной гипертензией, у 11 с преэклампсией, развившийся на фоне артериальной гипертензии (АГ), 15 женщин с физиологически протекающей беременностью. Методы исследования: клинико статистический анализ, эхокардиографии. Исследование диастолической функции сердца изучалось с помощью традиционной ЭхоКГ с доплерографией. Исследование выполнялось на базе СамГМУ отделение кардиологии. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ACCUVIX (Южная Корея), обладающий анатомически М-режим. ЭхоКГ параметры определяли по стандартной методике с изменением основных гемодинамических показателей. По стандартной методике исследовали клинический анализ крови, биохимический анализ крови и мочи. Забор биохимического анализа крови и мочи осуществляли в сроки 13-15 недель и 27-29 недель. Гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) у больной устанавливалось только в том случае, если толщина задней стенки ЛЖ достигала 12 мм и больше, а величина индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) была равной или превышала 110г/м². Значения ИММЛЖ в пределах 89-109 г/м² для женщин рассматривали как пограничную массу миокарда.

Для определения пропорциональности ММЛЖ росту, САД, полу, ударной нагрузке использовали формулу, предложенную G.Simone с соавт(2002)г.

должная ММЛЖ=55,37+6,64×рост(м 2,7)+0,64×УН-18,07×пол,

где ударная нагрузка (УН)=ЭхоСАД×УО×0,0144

ММЛЖ рассчитывали в двухмерном режиме по методу «площадь длина»

Для изучения связи исследуемых показателей непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка было введено понятие коэффициента диспропорциональности(КД) увеличения ММЛЖ. КД вычисляли как соотношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ:КД (%)=фактическая ММЛЖ/должная ММЛЖ×100.

Результаты исследования:

При изучении анализа эхокардиографических параметров исследуемых беременных показал: что во II триместре достоверно меньшим из объёмных показателей оказалось среднее значение конечно диастолического объёма ЛЖ у пациенток с ПЭ на фоне

АГ. При анализе линейных эхокардиографических показателей достоверное снижение КДР ЛЖ при ПЭ на фоне АГ прогрессировало с ростом беременности, составив в III триместре 15, тогда как при неосложненной беременности КСР возрастал и КДР. Толщина межжелудочковой перегородки(ТМЖП) и задней стенки левого желудочка(ТЗСЛЖ) у беременных с АГ увеличивались в значительно меньшей степени, чем при сочетанном гестозе. Величина линейных меньшей степени, чем при сочетанном гестозе. Величина линейных (ТЗСЛЖ, ТМЖП, КСР) и объёмных эхокардиографических параметров левого желудочка в систолу (КСО) свидетельствовали о наименее значительных метаморфозах морфофункциональной характеристики миокарда ЛЖ здоровых беременных. При анализе типов геометрии ЛЖ выявлено преобладание варианта эксцентрической гипертрофии у здоровых беременных-более чем у каждой второй во II триместре (35,5%) и практически у двух третей в III (65,5%). В III триместре при сочетанном гестозе частота концентрической гипертрофии и ремоделирования возросла -45,2 и 40,3%, соответствовало при АГ доминирующим стал вариант концентрического ремоделирования в 2,5 раза по сравнению с концентрической гипертрофией ЛЖ. Следовательно необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой будет являться ранним маркером неадекватной перестройки сердечно сосудистой системы у беременных с определенными анамнестическими факторами риска гестоза и гипертензивных нарушений. У пациенток с чистым гестозом нарушенная ДФ также выявлялась достоверно чаще при тканевом доплере-в два раза по сравнению с традиционным доплером, подтверждая его более высокую информативность. Данные, полученные нами в отношении параметров диастолической функции ЛЖ в группе здоровых беременных в среднем свидетельствовали о ее сохранности, однако о 3,6% женщин обнаружилось некоторое увеличение продолжительности пика Е, что указывает на возможность изменения в диастолических измерениях по причине трансформации самой структуры миокарда, выражающейся в ремоделировании ЛЖ и его эксцентрической гипертрофии.

Выводы: Необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой будет являться ранним маркером неадекватной перестройки сердечно сосудистой системы у беременных с определенными анамнестическими факторами риска гестоза и АГ. Исследование показало, что у беременных с ПЭ на фоне АГ формированию концентрической геометрии и ДДЛЖ предшествует непропорционально высокая ММЛЖ.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Alisherovna, K. M., Toshtemirovna, E. M., Jamshedovna, K. D., & Xudoyberdiyevich, G. X. (2022). ASSESSMENT OF RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 551-557.
2. Djamshedovna 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.
3. Jamshedovna K. D. et al. EPIDEMIOLOGY AND FEATURES OF ESSENTIAL THERAPY HYPERTENSION IN PREGNANT WOMEN //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 606-611.
4. Агабабян И. Р., Зиядуллаев Ш. Х., Исмаилов Ж. А. Оценка степени нарушения эндотелиальной функции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хронической сердечной недостаточностью //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – Т. 2. – №. 5. – С. 97-102.
5. Алишеровна, К. М., Эркиновна, К. З., Джемшедовна, К. Д., И Тоштемировна, Э. М. М. (2022). ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF-36.
6. Баранова Е. И. Артериальная гипертензия у беременных //Артериальная гипертензия. – 2006. – №. 1. – С. 7-15.
7. Камолова, Диёра Жамшедовна. "STRUCTURAL-GEOMETRICAL CHANGES OF THE MYOCARDIUM AND THE PARTICULARITIES OF THE LEFT VENTRICLE OF THE HEART IN A PREGNANT WOMEN WITH A DIFFERENT TYPES OF ARTERIAL HYPERTENSION." Журнал кардиореспираторных исследований 3.1 (2022).
8. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
9. Эргашева М. Т. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
10. Ярмухамедова С. К., Бекмурадова М. С. Особенности диастолической дисфункции правого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью //Национальная ассоциация ученых. – 2016. – Т. 1. – С. 18-18

**Мирзаев Мирзо Кахорович**

Резидент магистратуры кафедры внутренних болезней №2 и кардиологии
Самаркандского государственного медицинского университета
Самарканд, Узбекистан


Ураков Азизжон Хикматуллаевич

Резидент магистратуры кафедры внутренних болезней №2 и кардиологии
Самаркандского государственного медицинского университета
Самарканд, Узбекистан

Хасанжанова Фариди Одыловна

Ассистент кафедры внутренних болезней №2 и кардиологии, PhD
Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛИРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В данном исследовании было изучено эхокардиографические результаты хирургической реваскуляризации у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения госпитализированных в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Объектами исследования являлись 68 больных с прогрессирующей стенокардией напряжения, госпитализированных за период 2018-2021 гг. По результатам было выявлено, что у больных с прогрессирующей стенокардией хирургическая реваскуляризация способствует значительному улучшению региональной сократимости левого желудочка уже к 10-му дню после операции. Больным с фоновой патологией в виде СД, несмотря на сопоставимое количество стенозов, требуется большее количество шунтов.

Ключевые слова: эхокардиография, прогрессирующая стенокардия напряжения, реваскуляризация

Mirzaev Mirzo Kakhorovich

Resident of the magistracy of the
Department of Internal Diseases No. 2 and Cardiology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Urakov Azizjon Hikmatullayevich

Resident of the magistracy of the Department
of Internal Diseases No. 2 and Cardiology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Khasanjanova Farida Odylovna

Assistant of the Department of Internal
Diseases No. 2 and Cardiology, PhD
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

ECHOCARDIOGRAPHIC RESULTS OF SURGICAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH PROGRESSIVE ANGINA PECTORIS

ANNOTATION

In this study, the echocardiographic results of surgical revascularization were studied in patients with progressive angina pectoris hospitalized in the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (SF RSC EMC). The objects of the study were 68 patients with progressive angina pectoris, hospitalized for the period 2018-2021. According to the results, it was revealed that in patients with progressive angina pectoris, surgical revascularization contributes to a significant improvement in regional contractility of the left ventricle by the 10th day after surgery. Patients with background pathology in the form of DM, despite a comparable number of stenoses, require more shunts.

Key words: echocardiography, progressive angina pectoris, revascularization

Mirzayev Mirzo Kaxorovich

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Urakov Azizjon Hikmatullayevich

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Xasanjanova Farida Odilovna

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida assistenti, PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

AVJ OLIB BORUVCHI ZO'RIQISH STENOKARDIYASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA JARROHLIK REVASKULYARIZATSIYANING EXOKARDIOGRAFIK NATIJALARI

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqot Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialiga (RShTYoIM SF) yotqizilgan avj olib boruvchi zo'riqish stenokardiyasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik revaskulyarizatsiyasining exokardiografik natijalarini o'rganib chiqdi. Tadqiqot ob'ektlari 2018-2021 yillar davomida kasalxonaga yotqizilgan avj olib boruvchi zo'riqish stenokardiyasi bilan kasallangan 68 nafar bemor edi. Natijalarga ko'ra, avj olib boruvchi zo'riqish stenokardiyasi bilan og'riqan bemorlarda jarrohlik revaskulyarizatsiya operatsiyadan keyingi 10-kunga kelib chap qorinchaning mintaqaviy kontraktilligini sezilarli darajada yaxshilashga yordam beradi. QD shaklida fon patologiyasi bo'lgan bemorlar, stenozlarning taqqoslanadigan soniga qaramay, ko'proq shuntlarni talab qiladi.

Kalit so'zlar: exokardiografiya, avj olib boruvchi zo'riqish stenokardiyasi, revaskulyarizatsiya

Актуальность.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) кардиоваскулярные заболевания в течение последних 20 лет сохраняют свои лидирующие позиции среди летальных причин [1, 5]. Так, в 2021 году в мире умерло 69,3 млн. человек из них 20 млн от ИБС и инсульта. Кардиоваскулярные катастрофы (нестабильная стенокардия (НС), острый инфаркт миокарда (ОИМ) особенно опасны из-за своего внезапного начала, что часто сопровождается развитием жизненно опасных осложнений [2, 6]. Поэтому стоит нужно провести в кратчайшие сроки начать высококвалифицированное лечение, так как наибольшие потери могут случаться именно в первые 2 часа заболевания. Низкая картина во многом зависит от особенностей характера коронарной проводимости. При коронароспазме или формировании тромботического агрегата развивается нестабильная стенокардия [3, 7]. При образовании пристеночного красного тромба развивается ОИМ, который требует провести экстренного эндоваскулярного вмешательства [4, 8].

Актуальность темы исследования обусловлена значительным численным преобладанием больных с прогрессирующей стенокардией [10, 13, 15]. Другой особенностью прогрессирующей стенокардии является невозможность разработки универсального стандартизированного подхода к лечению из-за слишком большого числа клинических и ангиографических вариантов заболевания [9, 11, 17]. Для хирургического лечения прогрессирующей стенокардией характерны разнообразие сроков и методов коррекции – чрескожное коронарное вмешательство, поэтапное и одномоментное, коронарное шунтирование, гибридный метод [12, 14, 16]. Сроки реваскуляризации миокарда определяются риском неблагоприятных коронарных событий, индивидуальным для каждого пациента, который может изменяться по мере поступления данных клинического

наблюдения, лабораторного и инструментального обследования. Реваскуляризация миокарда должна проводиться по соответствующим показаниям в экстренном (до 2 часов), срочном (2-24 часа), отсроченном (24-72 часа) и плановом порядке [15, 17, 19]. В связи с перечисленными факторами прогрессирующей стенокардии – сложный для изучения объект, и представлялось крайне важным привлечь внимание научной и медицинской обществу к проблеме его ведения [18, 20]. Результаты исследования актуальны для всех медицинских учреждений, занимающихся лечением стенокардии.

Цель. Анализ гемодинамических эффектов хирургической реваскуляризации у больных с нестабильной стенокардией напряжения по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материал и методы. В исследование включены 68 больных (38 мужчин и 30 женщины), из них 17 (18,97%) – сахарным диабетом (СД) 2-го типа, средний возраст 58,5±6,24 лет, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии с диагнозом, прогрессирующая стенокардия. Всем больным была проведена коронароангиография, определены показания к хирургической реваскуляризации, которая была выполнена в течение месяца после дестабилизации ишемической болезни сердца. Исходно и через 10 дней после операции всем больным проводилась ЭхоКГ с определением размера левого предсердия (ЛП, см), конечного систолического и диастолического объемов левого желудочка (КДО и КСО, мл), ударного объема сердца (УО, мл), фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ, %) и индекса нарушения региональной сократимости (ИНРС, балл).

Результаты. При поступлении у больных с прогрессирующей стенокардией на ЭхоКГ были выявлены следующие показатели: ЛП 3,66±0,06 см, КДО ЛЖ 129,60±3,71 мл, КСО ЛЖ 63,95±2,53 мл, УО 73,66±1,56 мл, ФВ ЛЖ 4,18±0,67% и ИНРС 1,07±0,01 балла (таб. 1).

Таблица 1.

Результаты ЭХОКГ данных больных с нестабильной стенокардией до хирургической реваскуляризации

№	Показатели	Мужчины	Женщины
1	ЛП	3,66±0,06 см	3,71±0,03 см
2	КДО ЛЖ	137,60 ±3,06 мл	141,56 ±3,8 мл
3	КСО ЛЖ	60,23 ±2,32 мл	63,66 ±2,53 мл
4	ФВ ЛЖ	54,10 ±0,6%	51,21 ±0,6%
5	УО	73,66 ±2,54 мл	69,34 ±2,54 мл
6	ИНРС	1,06 ±0,01 балл	1,09 ±0,01 балл

У больных с фоновой патологией в виде СД отмечались больший КДО ЛЖ (144,73±11,51 мл, у больных без метаболических нарушений –131,60±3,67) и меньшая ФВ ЛЖ (соответственно 52,89±2,16 и 54,82 ± 0,68%). Отсутствие достоверных различий, вероятно, связано с малым количеством больных СД. Коронароангиография выявила в среднем 3,13 стеноза/больного (81 гемодинамически значимых стеноза). В течение месяца с момента госпитализации по поводу прогрессирующей стенокардии всем больным была проведена хирургическая реваскуляризация. Длительность операции в среднем составлял 281,13 ± 10,56 мин, среднее количество установленных шунтов – 2,09. При распределении больных в зависимости от наличия метаболических нарушений показало, что больным СД потребовалось достоверно больше шунтов, чем пациентам без метаболических нарушений (в среднем 3,65

шунта/больной против 2,94, $p < 0,05$). На 10-й день после хирургической реваскуляризации размеры камер сердца, УО и ФВ ЛЖ достоверно не изменились (динамика ЛП составила +1,05%, КДО ЛЖ +1,04%, КСО +0,96%, УО +1,67% и ФВ ЛЖ +0,99%), однако ИНРС достоверно уменьшился на 2,86% и составил в результате 1,05±0,01 ($p < 0,01$), (таблица 2). Значимых различий относительной динамики и абсолютных значений ЭхоКГ показателей в зависимости от наличия метаболических нарушений не выявлено.

Выводы: таким образом, у больных с прогрессирующей стенокардией хирургическая реваскуляризация способствует значительному улучшению региональной сократимости левого желудочка уже к 10-му дню после операции. Больным с фоновой патологией в виде СД, несмотря на сопоставимое количество стенозов, требуется большее количество шунтов.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Абдуллаев Д., Гадаев А., Ризаев Ж. Матриксные металлопротеиназы у больных с болезнями пародонта и хронической сердечной недостаточностью //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 2 (67). – С. 104-106.
2. Мирзаев М. К., Уроков А. Х., Ташкенбаева Е. Н. Изменения в продукции некоторых провоспалительных цитокинов у пациентов с различными вариантами ишемической болезни сердца // Texas Journal of Medical Science. – 2022. – Т. 8. – С. 107-109.
3. Мирзаев М. К., Уроков А. Х., Ташкенбаева Э. Н. Динамика Состояния Больных ИБС После Ревоскуляризации //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 47-49.
4. Муינוва, К. К., Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., Алиева, Н. К., & Истамова, С. С. (2019). Роль факторов риска в развитии инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста в зависимости от семейного анамнеза. Достижения науки и образования, (11 (52)), 70-74.
5. Насырова З., Абдуллоева М., Усаров Ш. СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 14-17.
6. Насырова, З. А., & Лаханов, А. О. (2022). Новая Роль Диагностической Ангиографии В Оценке Коронарной Болезни Сердца. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(5), 341-347.
7. Ташкенбаева Э., Хасанжанова Ф. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР) //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 35-39.
8. Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., Истамова, С. С., & Салиева, И. И. (2020). Изменение сердечного ритма при остром инфаркте миокарда по данным эхокардиографии сердца. Научный журнал, (7 (52)), 51-54.
9. Ташкенбаева, Э. Н., Насырова, З. А., & Мирзаев, Р. З. (2020). Стратификация хронической ишемической болезни сердца в зависимости от методов диагностики и пути их лечения. Журнал кардиореспираторных исследований, 1(3).
10. Ташкенбаева, Э. Н., Насырова, З. А., & Тоиров, А. Э. (2019). ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ ПРИ ПОЛИМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ. In Colloquium-journal (No. 27-3, pp. 45-49). Голопристанский мисьякрайонный центр занятости= Голопристанский районный центр занятости.
11. Ташкенбаева, Э. Н., Насырова, З. А., Ганиев, Р. С. У., & Ортиков, С. С. (2018). Корректирующая активность Фебукостата и Гепа-Мерца в комплексной терапии у больных с бессимптомной гиперурикемией и с ОКС. Авиценна, (25), 62-67.
12. Ташкенбаева, Э. Н., Насырова, З. А., Саидов, М. А., Юсупова, М. Ф., & Болтакулова, С. Д. (2021). Механизмы кардиозащитных эффектов десфлурана и севофлурана вовремя реперфузии. Журнал кардиореспираторных исследований, 2(2).
13. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Абдиева, Г. А., Суннатова, Г. И., & Мирзаев, Р. З. (2018). Предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Наука и общество в эпоху перемен, (1), 12-15.
14. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Насырова, З. А. (2018). Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда. Наука и современное общество: взаимодействие и развитие, 2(1), 36-38.
15. Хасанжанова Ф. О. РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
16. ХАСАНЖАНОВА Ф., ТАШКЕНБАЕВА Э., ХАЙДАРОВА Д. РОЛЬ ГЕНА IL-1β 3953 C/T ПРИ РАЗВИТИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 4. – С. 63-66.
17. Хасанжанова, Ф. О. (2022). РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ. Журнал кардиореспираторных исследований, (SI-2).
18. Хасанжанова, Ф. О., & Рофеев, М. Ш. (2019). Часто встречаемые факторы риска при инфаркте миокарда у мужчин молодого возраста при разных исходах заболевания. Актуальные научные исследования в современном мире, (10-7), 87-90.
19. Хасанжанова, Ф. О., & Ташкенбаева, Э. Н. (2018). Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда. Актуальные научные исследования в современном мире, (10-6), 39-41.
20. Хасанжанова, Ф. О., & Ташкенбаева, Э. Н. (2018). Роль изменения маркеров некроза кардиомиоцитов у больных инфарктом миокарда в зависимости от возраста. Актуальные научные исследования в современном мире, (10-6), 42-45.
21. Хасанжанова, Ф. О., Мардонов, У. А. У., & Юсупов, Т. Ш. У. (2019). Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте. Проблемы современной науки и образования, (11-1 (144)), 94-97.



Нуриллаева Наргиза Мухтархановна

Заведующий кафедрой Внутренние
болезни в семейной медицине №1
Ташкентской медицинской академии,
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Магруппов Талат Мадиевич

Профессор кафедры биомедицинской
инженерии Ташкентского государственного
технического университета,
Ташкент, Узбекистан

Ярмухамедова Дилфуза Заировна

Доцент кафедры Внутренние болезни в
семейной медицине №1 Ташкентской
медицинской академии № 1
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Абдихаликов Сейт Прматович

Старший преподаватель кафедры
биомедицинской инженерии Ташкентского
государственного технического университета,
Ташкент, Узбекистан

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

For citation: Methods of remote monitoring of physiological indicators of the cardiovascular system. Journal of cardiorespiratory research. 2022, Special issue 4.1, pp.



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Электрокардиограмма является наиболее часто используемым и широко распространенным методом исследования в клиниках для диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, что позволила множество вариантов дистанционного анализа и способов передачи образцов электрокардиограммы. Предложены методика и способ создания аппаратно-программного комплекса дистанционного мониторинга основных физиологических показателей сердечно-сосудистой системы (ССС) для беспроводной диагностики функционального состояния больного и обеспечения своевременного выявления и лечения заболеваний, а также структурная организация его характеристики. Разработана общая структура аппаратно-программного комплекса, прохождение диагностической информации, его возможности и преимущества. Комплекс выполняет решения задачи регистрации биологических параметров без значительного вмешательства в деятельность пациента, что позволяет фиксировать его типичные состояния. Дистанционный сбор данных также облегчает работу медицинского персонала, снижение количества контактов с пациентами улучшает психологическое состояние последних.

Ключевые слова: электрокардиограмма, дистанционный мониторинг, физиологические показатели сердечно-сосудистой системы

Nurillayeva Nargiza Mukhtarkhanovna

Head of the Department of internal
diseases in family medicine №1
of the Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan

Magrupov Talat Madievich

Professor of Biomedical Engineering
Department of Tashkent State Technical University,
Tashkent, Uzbekistan

Yarmukhamedova Dilfuza Zairovna

Associate Professor of the Department of internal
diseases in family medicine №1

Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan
Abdihalikov Seit Prmatovich
Senior Lecturer, Department of Biomedical
Engineering, Tashkent State Technical University,
Tashkent, Uzbekistan

REMOTE MONITORING AND ANALYSIS OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

ANNOTATION

Electrocardiogram is the most commonly used and widespread the method of research in clinics for the diagnosis and treatment of diseases of the cardiovascular system, which allowed a variety of options for remote analysis and methods of transmitting electrocardiogram samples. The methodology and method of creating a hardware and software complex for remote monitoring of the main physiological parameters of the cardiovascular system (CCC) for wireless diagnosis of the functional state of the patient and ensuring timely detection and treatment of diseases, as well as the structural organization of its characteristics are proposed. The general structure of the hardware and software complex, the passage of diagnostic information, its capabilities and advantages have been developed. The complex performs solutions to the problem of registering biological parameters without significant interference in the patient's activity, which makes it possible to record his typical conditions. Remote data collection also facilitates the work of medical personnel, reducing the number of contacts with patients improves the psychological state of the latter.

Keywords: electrocardiogram, remote monitoring, physiological parameters of the cardiovascular system

Nurillaeva Nargiza Muxtarxonovna

Ichki ishlar bo'limi boshlig'i
Oila tibbiyotidagi kasalliklar №1
Toshkent tibbiyot akademiyasi,
Toshkent tibbiyot akademiyasi,
Toshkent, O'zbekiston

Magrupov Talat Madievich

Biotibbiyot kafedrası professori
Toshkent davlat muhandisligi
texnika universiteti,
Toshkent, O'zbekiston

Yarmuxamedova Dilfuza Zairovna

“Ichki kasalliklar” kafedrası dotsenti
№1 oilaviy tibbiyot Toshkent
1-sonli tibbiyot akademiyasi
Toshkent tibbiyot akademiyasi,
Toshkent, O'zbekiston

Abdixaliqov Seit Prmatovich

Kafedra katta o'qituvchisi
Biotibbiyot muhandisligi Toshkent
davlat texnika universiteti,
Toshkent, O'zbekiston

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINI MASOFADAN MONITORING VA TAHLIL QILISH

ANNOTATSIIYA

Elektrokardiogramma yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini tashxislash va davolashda eng ko'p ishlatiladigan va keng tarqalgan tadqiqot usuli bo'lib, bu masofadan tahlil qilish va elektrokardiogramma namunalari uzatish usullari uchun turli xil variantlarni yaratishga imkon beradi. Bemorning funksional holatini simsiz diagnostika qilish va kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolashni ta'minlash uchun yurak-qon tomir tizimining (YUQTT) asosiy fiziologik parametrlarini masofadan nazorat qilish uchun apparat-dasturiy majmuani yaratish metodologiyasi va usuli, shuningdek uning xususiyatlarini tarkibiy tashkil etish taklif etiladi. Apparat-dasturiy majmuaning umumiy tuzilishi, diagnostik axborotlarning o'tishi, uning imkoniyatlari va afzalliklari ishlab chiqilgan. Majmua biologik parametrlarni ro'yxatdan o'tkazish muammosini bemorning faoliyatiga sezilarli aralashuvsiz hal qiladi, bu uning odatdagi sharoitlarini yozib olishga imkon beradi. Masofaviy ma'lumotlarni yig'ish, shuningdek tibbiyot xodimlarining ishini osonlashtiradi, bemorlar bilan aloqalar sonini kamaytiradi va bemorlarning psixologik holatini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: elektrokardiogramma, masofaviy monitoring, yurak-qon tomir tizimining fiziologik parametrlari

Dolzarbli. Yurak-qon tomir kasalliklaridan yuzaga keladigan o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari, bular asosan miokard infarkti - MI (50% dan ortiq), serebrovaskulyar kasallik (asosan insult) - taxminan 35%, arterial gipertoniyalardir [1]. Ko'pgina hollarda yurak-qon tomir asoratlari avval aniqlanmagan yurak-qon tomir patologiyasi insonlarda uchraydi. Yurak-qon tomir kasalliklarini (YuQTK) o'z vaqtida tashxislash va davolashga qaratilgan integrasiyalashgan tizimni yaratish orqali yurak-qon tomir kasalliklarini kamaytirishga erishish mumkin. Klinik amaliyotga diagnostik ma'lumotlarini ixtisoslashtirilgan markazlarga masofadan uzatish texnologiyalarini joriy etish kasalxonaga yotqizish bosqichida aholi salomatligini saqlashga qaratilgan chora-tadbirlar samaradorligini oshirishga

qaratilgan. Bu yondashuv, birinchi navbatda, elektrokardiografik usullarga taalluqlidir: elektrokardiografiyadan (EKG) qayta tiklangan 12 qo'rg'oshinli vektorkardiografiya, dipol elektrokardiotopografiya (DECARTO), EKG dispersiyasi xaritasi, Xolter EKG monitoringi va boshqalar [2-3]. Elektrokardiogramma klinikalarda eng ko'p va keng qo'llaniluvchi yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini tashxislash va davolash bo'yicha tadqiqot usuli bo'lib, bu masofadan tahlil qilishning ko'plab variantlarini va elektrokardiogramma namunalari uzatish usullarini taqdim etadi. Bemorning funksional holatini simsiz diagnostika qilish va kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolashni ta'minlash uchun yurak-qon tomir tizimining asosiy fiziologik ko'rsatkichlarini masofadan nazorat qilish uchun apparat-dasturiy

majmuani yaratish texnikasi va usuli, shuningdek tizimli tashkil etish. xususiyatlari taklif etiladi. Apparat-dasturiy majmuaning umumiy strukturasi, diagnostik ma'lumotlarning o'tishi, uning imkoniyatlari va afzalliklari ishlab chiqildi. Majmua bemorning faoliyatiga sezilarli aralashmasdan biologik ko'rsatkichlarni qayd etish muammosini hal qiladi, bu uning tipik sharoitlarini qayd etish imkonini beradi. Masofaviy ma'lumotlarni yig'ish, shuningdek, tibbiy xodimlarining ishini osonlashtiradi, bemorlar bilan aloqalar sonini kamaytirish ularning psixologik holatini yaxshilaydi. Sog'liqni saqlash tizimida bemorning funksional holatini simsiz diagnostika qilish va bemorning yurak-qon tomir tizimining asosiy fiziologik ko'rsatkichlarini masofaviy monitoring qilish sohasida apparat-dasturiy majmua yaratish muhim vazifalardan biri hisoblanadi. Shu munosabat bilan yurak-qon tomir tizimi kasalliklari misolida biologik ob'ektlarning holatini masofaviy monitoring qilish uchun apparat-dasturiy tibbiy majmuani qurish usullari, xususiyatlarini ishlab chiqish vazifasi dolzarb bo'lib qoladi. Tashxis qo'yish, davolash samaradorligini oshirish va bemorlarni faol hayotga qaytarish, avvalambor, kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va malakali tibbiy yordam, jumladan, telemeditsinani rivojlantirish bilan bog'liqdir. Bu yo'nalishda surunkali, qand va yurak kasalliklari bilan og'riq bemorlarning ahvolini masofadan kuzatishning ko'p bosqichli intellektual tizimini ishlab chiqish bo'yicha ishlar olib borilmoqda [4,5,6,7,8].

Tadqiqotning maqsadi bemorning funktsional holatini simsiz diagnostika qilish uchun yurak-qon tomir tizimining (YUQTT) asosiy fiziologik parametrlarini masofaviy monitoring qilish imkoniyatlarini baholash va kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolashni ta'minlash, shuningdek tizimli uning xususiyatlarini tashkil etish.

Materiallar va usulblar. Tadqiqotga Toshkent shahridagi 40-oilaviy poliklinika katta yoshdagi aholisining dinamik kuzatuvda bo'lgan bemorlari, tibbiy va profilaktik ko'rikdan o'tkazilayotgan patientlar kiritildi. Tadqiqotda foydalaniladigan EKGni masofadan uzatish uchun kompyuter tizimi quyidagilarni o'z ichiga oldi:

1) EKGni to'g'ridan-to'g'ri shifokor xonasida yozib olish imkoniyati bilan EKGni qabul qilish, tahlil qilish va arxivlash uchun markaziy stansiya;

2) EKG qabul qilish, arxivlash, tahlil qilish markaziy tizimida EKGni tahlil qilish uchun 3G/GPRS aloqa kanallari orqali EKGni yozib olish, uzatuvchi raqamli ixcham kardiokuchaytirgich va kompyuter blokidan (netbuk) iborat mobil registratorlar bilan jihozlangan ish stansiyalari.

Tizimning dasturiy ta'minoti EKGni avtomatik rejimda qayta ishlash imkonini beradi; natijalarni monitor ekranida ko'rsatish; qo'lda tuzatish imkoniyati bilan kardiosikllarni avtomatik belgilashni amalga oshirish; o'rtacha kardiosikllarni qurish va ko'rsatish; asosiy EKG parametrlarini hisoblash; tibbiy xulosani elektron shaklda rasmiylashtirish; turli xil EKG shakllarini chop etish.

Natijalar. Sindromal EKG natijalari asosida elektrokardiografik diagnostika bo'yicha mumkin bo'lgan yurak-qon tomir patologiyalarining taxminiy tarqalishi haqida ma'lumot olindi. patologik EKG o'zgarishlar umumiy tadqiqotlar sonining 24,2 foizida kuzatildi. Quyidagi EKG sindromlari aniqlandi: Gis tutami o'ng oyoqchasi blokadasi - 22,8%, chap qorincha gipertrofiyasi (ChQG) - 21,7%, Gis tutami chap oyoqchasi blokadasi - 14,6%, ekstrastoliya - 8,3%, bo'lmachalar fibrilyatsiyasi - 6,8%.

Ushbu maqolada yurak kasalliklarini apparat va dasturiy masofaviy monitoringi tibbiy majmuasi (ADMMTM) tashkil etishning mavjud qoidalarini tahlil qilish asosida yurak-qon tomir tizimining (YUQTT) asosiy fiziologik ko'rsatkichlarini masofadan nazorat qilish usuli taklif etildi. Shu bilan birga, asosiy e'tibor bemorning funksional holatini simsiz diagnostika qilish va kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolashni ta'minlash, shuningdek, apparat-dasturiy majmuani tizimli tashkil etish va uning xususiyatlariga qaratiladi [9,10,11,12]. Apparat-dasturiy majmuaning umumiy strukturasi, diagnostik ma'lumotlarning o'tishi, uning imkoniyatlari va afzalliklari ishlab chiqildi. Apparat-dasturiy ta'minot majmuasining blok-sxemasini tashkil etishning taklif etilayotgan usuli quyidagilarni ishlab chiqishni talab qiladi: yuqori ishonchlilik va shovqinlardan himoyalash; fiziologik signallarni qayd etish va qayta ishlash uchun biotibbiy tizim arxitekturasini qurish usuli, bu majmuaning funktsionalligini va uning ishlab chiqarish qobiliyatini

oshiradi; parallel jarayonlarni tanlash masalasini hal qilish uchun ma'lumotlarni taqsimlash va fizik tasvirlashning matematik modeli; yuqori ishonchlilik va shovqinlardan himoya qilishni ta'minlash, shuningdek, bir qator fiziologik signallarni ro'yxatga olish, saqlash, qayta ishlash, tahlil qilish usuli: puls, tana harorati, elektrokardiogrammalar va boshqalar. ADMMTMni ishlab chiqishda konfiguratsiya variantini tanlash mumkin. Taqdim etilgan talablarga muvofiq, uzatuvchi diagnostika qurilmalaridagi datchiklar soni (bemorlar) va simsiz aloqa maydoni o'zgarishi mumkin. Datchiklar majmuasi yurak-qon tomir tizimining holatini, qon oqimini va bemorning nafas olishini chuqur va uzluksiz tahlil qilish imkonini beradi. Har bir datchik alohida kasalliklarni samarali davolash va oldini olish uchun zarur bo'lgan turli diagnostika ko'rsatkichlarini (belgilarini) o'rganish imkoniyatiga ega. Tibbiy majmuaning asosiy versiyasining tuzilishi bo'yicha diagnostika ma'lumotlari ketma-ket bir necha transformatsiya bosqichlaridan, datchiklardan o'tadi. Bu holda to'rtta datchikdan foydalanish taklif etiladi. To'rtta datchikning har biri alohida-alohida kasalliklarni samarali davolash va oldini olish uchun zarur bo'lgan turli diagnostika ko'rsatkichlarini taqdim etadi va quyidagilarga imkon beradi:

- elektrokardiogrammalarni tahlil qilish, bu shifokor xulosasining ancha yuqori ishonchliligini ta'minlaydi, taklif etilayotgan usul juda sezgir, ammo o'ziga xos bo'lmagan, imkoniyatlar beradi. EKG namunalari avtomatik tahlil qilish va haet uchun xavfli bo'lgan holatlarini aniqlash, masalan, aritmiyalar monitoringi, ST segmenti depressiyasi;

- organizmdagi sodir bo'ladigan jarayonlarni o'z vaqtida aniqlash va shoshilinch choralar ko'rish;

- kasalxonaga yotqizish zaruratini asoslash, reabilitatsiya sifati va muddatlarini optimallashtirish, farmakoterapiyaning nojo'ya ta'sirlarini aniqlash;

- yurak-qon tomir tizimiga xos bo'lgan holatlarni aniqlashga va kislorod va qon bilan to'yinganlik dinamikasini kuzatishga yordam beradigan uzoq muddatli diagnostika o'tkazish. Ko'rib chiqilayotgan majmuadagi hayotiy belgilarni to'plash uchun avtonom bo'linma javobgardir, shu jumladan:

- simsiz aloqa moduli (2,4 GGn), yuqori ma'lumotlarni uzatish tezligini ta'minlaydi, kam quvvat iste'moli;

- bioorganizmning yurak urish tezligini, yurak biopotensiallarini, qon oqimi tezligini va nafas olishini nazorat qilish aniqlaydigan datchiklar to'plami bloka [13,14];

Majmuaning apparat qismi blok-sxemasi orqali qabul qilingan ma'lumotlarni saqlash, qayta ishlash va vizualizatsiya qilish quyidagilardan iborat stasionar birlik tomonidan ta'minlanadi: simsiz aloqa moduli; ma'lumotlarni oldindan qayta ishlashni amalga oshiradigan boshqaruvchi; aloqa kanallari orqali uzatiladi; kanallar orqali ma'lumotlarni qabul qilish imkoniyatini ta'minlovchi kompyuter; majmuaga kiritilgan dasturiy ta'minotning (DT) aloqasi va ishlashi; dasturiy ta'minot (DT); Tibbiy ko'rsatkichlarni tizimlashtiruvchi, saqlovchi, qayta ishlovchi dasturiy ta'minot.

Majmuaning apparat qismida - qurilmada sezgir elementlar sifatida o'rnatilgan datchiklar va biotibbiyot ma'lumotlarini uzatish va boshqarish uchun radio aloqasi ham qo'llaniladi, shuningdek murakkab tarmoqdagi nafaqat datchiklar, balki bir nechta telemetriya qurilmalarining ishlashini muvofiqlashtiruvchi parametrlar va dasturiy ta'minot ham qo'llaniladi. Tibbiy telemetriya qurilmasi ikkita mustaqil blokdan tashkil topgan bo'lib, ulardan biri shartli ravishda signal qabul qiluvchi deb ataladigan kommutator, ikkinchisi esa kirish-chiqish qurilmalari va signal uzatgichidan iborat bo'lgan datchiklar majmuasi, shartli ravishda uzatgich deb ataladi. Signallarni qabul qiluvchi ta'minlaydi: kelgan ma'lumotni shaxsiy kompyuterga esp8266 va Wi-fi radio bloklari ketma-ketligi orqali uzatadi; mikrokontroller yordamida tarqatish nuqtasi xosil qilinadi, aloqani ushlab, kompyuterdan kelayotgan buyruqlar bajarilishini taminlanadi va u radioblok porti USB-UART va o'zgartiruvchisini ft232 bog'lab turadi. Datchiklar kompleksi, integrallashtirilgan datchiklar MAX30100, GY-521 va LM35dan iborat. MAX30100 datchiki pulsoksimetriya o'tkazadi va yurak ritmini nazorat qiladi. GY-521 datchiki integrallashtirilgan datchik bo'lib u 3 o'qli girooskop va akselerometrdan tashkil topgan. LM35 datchiki esa harorat o'lchash qismi va mikrofondan iborat.

Qurilma uzatgichdan kelayotgan biotibbiyot malumotlari ustida hisoblash amalarini bajaradi va natijani qabul qiluvchi modulga uzatadi. Qabul qiluvchi modul esa kelgan malumotlarni shaxsiy kompyuterga yuboradi. Qurilma tibbiyot muassasalarida va tadqiqot laboratoriyalarining biotibbiyot malumotlarini yig'ish tizimlarida qo'llanilishi mumkin. Qurilma kuyidagi malumotlarni yig'ish va hisoblashni taminlaydi: yurak qisqarish chastotasi, qonning kislorod bilan to'yinishi, tana harorati, bemorning holati va faolligi.

Qabul qilingan ma'lumotni vizualizatsiya qilish imkonini beruvchi dasturiy ta'minotni tashkil etish prinsipi ishlab chiqilgan. Dastur aniq interfeysga ega, lekin ayni paytda u keng imkoniyatlar ega. Masofaviy monitoring uchun tavsiya etilgan apparat-dasturiy tibbiy majmua yurak xastaligining ko'rsatkichlari teletibbiyot tizimi sifatida quyidagi afzalliklarga ega:

- bemorlar va malakali kardiologlarni qo'shimcha aloqa kanali bilan ta'minlash;

- ixtisoslashtirilgan rejalashtirilgan va shoshilinch vaziyatlarni tez va samarali ta'minlash, tibbiy yordam ko'rsatish, yetakchi mutaxassislarining virtual ishtirokida konsultsiyalar tashkil etish;

- masofadan turib boshqariladigan tekshiruvlar, diagnostika manipulyatsiyalarini o'tkazish va namoyish etish;
- ro'yxatdan o'tishning qulayligi, yuqori ma'lumotlarga ega bo'lgan so'rovning nisbatan arzonligi;
- kuzatish jarayonida bemorning ahvolini kuzatish va baholash;
- tibbiyot xodimlarining ishini osonlashtirish, bemorlar bilan aloqalar sonini kamaytirish va yaxshilash;
- biologik parametrlarni muhim aralashuvsiz ro'yxatga olishni amalga oshirish;
- kuzatish dinamikasida bemorning ahvolini baholash uchun ajoyib imkoniyat yaratish.

YUQTT funksional ko'rsatkichlarini masofadan nazorat qilishning tavsiya etilgan usuli - bioorganizmning hayotiy faoliyati parametrlarning avtonom avtomatik uzluksiz masofadan monitoringini amalga oshirish va olingan ma'lumotlarni qayta ishlash (tizimlashtirish va tahlil qilish) imkonini beradi. Asosiy konfiguratsiyada qamrov maydoni 50 metrgacha bo'lgan 50 ta uzatuvchi diagnostika moslamalari bilan ishlash mumkin.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Шальнова С.А., Конради А.О., Карпов А.Ю. и др. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России». Рос. кардиологич. журнал. 2012; 5 (97): 6–11.
2. Блинова Е.В., Сахнова Т.А. Синтезированная векторкардиограмма: прошлое и будущее. кардиологич. вестн. (архив 2006–2013 гг.). 2013;
3. Сула А.С., Рябыкина Г.В., Гришин В.Г. ЭКГ-анализатор кардивизор-06с: новые возможности выявления ишемии миокарда при скрининговых обследованиях и перспективы использования в функциональной диагностике. Функциональная диагностика. 2003; 2: 2–13.
4. Юлдашев З.М., Пустозеров Е.А., Анисимов А.А. Многоуровневая интеллектуальная система удаленного мониторинга состояния здоровья людей с хроническими заболеваниями // Биотехносфера. 2016. № 5 (47). С. 2-8.
5. Костин А., Балашов Ю., Проектирование устройств первичной обработки электрокардосигнала для дистанционного мониторинга, Москва, 2004г. стр.78-82.
6. Нгуен Ч.Т., Юлдашев З.М. Алгоритм выявления фибрилляции предсердий и формирования тревожного сигнала в системе удаленного мониторинга ЭКГ // Медицинская техника. – 2018. – № 1(307). – стр. 37–40.
7. Нгуен Ч.Т., Юлдашев З.М. Система удаленного мониторинга для прогнозирования мерцательной аритмии // Биомедицинская радиоэлектроника. – 2016. – № 8. – стр. 26–30.
8. Nguyen Trong Tuyen, Zafar M. Yuldashev, Aleksei A. Anisimov. The atrial fibrillation episodes alarm algorithm for a remote monitoring system // Proceedings of the 2018 IEEE North West Russian Section Young Researchers in Electrical and Electronic Engineering Conference. – St. Petersburg. – January 29 - February 01 2018. – P. 1216-1219.
9. Магруппов Т.М., Хайдаров А.Х., Абдихаликов С.П. Методика организации медицинского аппаратнопрограммного комплекса для дистанционного мониторинга состояний биологических объектов. Scientific - technical and information-analytical journal TUIT 2018, №3 (47) стр.74-81.
10. Абдихаликов С.П., Аппаратно - программный комплекс для дистанционного мониторинга состояния биологических объектов // XXXII Всероссийская научно-техническая конференция «Биотехнические, медицинские и экологические системы, измерительные устройства и робототехнические комплексы» (Биомедсистемы – 2019) 4-6 декабря – Рязань 2019 г. стр.186-188.
11. Абдихаликов С.П., Магруппов Т.М., Хайдаров А.Х. Прибор медицинской телеметрии. Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно - вычислительных машин. № DGU 06920. Ташкент 18.09.2019.
12. Абдихаликов С.П., Магруппов Т.М. Алгоритмическое и программное обеспечение прибора медицинской телеметрии // Сборник тезисов, XIV международного конгресса «Кардиостим-2020», СанктПетербург, 27-29 февраля 2020 г. стр.156.
13. Дитер Кохц «Измерение, управление и регулирование с помощью AVR микроконтроллеров», Издательство: МК-Пресс, ISBN 978-966-8806-15-5; 2015 г.
14. Юрий Магда «Современные микроконтроллеры. Архитектура, программирование, разработка устройств», Издательство: ДМК Пресс, ISBN 978-5-94074-882-3; 2012 г.




Сафаров Жонибек Абдурасул угли
Резидент магистратуры кафедры
внутренних болезней №2 и кардиологии
Самаркандского государственного
медицинского университета
Самарканд, Узбекистан

Халилов Низомиддин Хамрокулович
Резидент магистратуры кафедры
внутренних болезней №2 и кардиологии
Самаркандского государственного
медицинского университета
Самарканд, Узбекистан

Ташкенбаева Элеонора Негматовна
Заведующая кафедрой внутренних
болезней №2 и кардиологии
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандского государственного
медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

Хасанжанова Фариди Одыловна
Ассистент кафедры внутренних
болезней №2 и кардиологии, PhD
Самаркандского государственного
медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В данном исследовании было изучено частота встречаемости аритмий у больных с гипертоническим кризом которые обратились за медицинской помощью в Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Объектами исследования являлись 83 больных с гипертонической болезнью (ГБ) осложненной гипертоническим кризом, госпитализированных в отделениях соматической реанимации, экстренной терапии №1 и 2 в Самаркандский филиал РНЦЭМП за период 2018-2021 гг. По результатам было выявлено, что у больных с ГБ III стадии, осложненной гипертоническим кризом, достоверно чаще, чем в ГБ II стадии, регистрируются нарушение сердечного ритма всех градаций, причем с нарастанием степени АГ увеличивается класса по Lowp.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гипертонический криз, аритмия, ремоделирование, желудочковая экстрасистолия

Safarov Jonibek Abdurasul ugli
Resident of the magistracy of the Department
of Internal Diseases No. 2 and Cardiology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Khalilov Nizomiddin Hamrokulovich
Resident of the magistracy of the Department of
Internal Diseases No. 2 and Cardiology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
Head of the Department of

Internal Diseases No. 2 and Cardiology
 Doctor of Medical Sciences, Professor
 Samarkand State Medical University,
 Samarkand, Uzbekistan

Khasanjanova Farida Odilovna

Assistant of the Department of
 Internal Diseases No. 2 and Cardiology, PhD
 Samarkand State Medical Institute,
 Samarkand, Uzbekistan

THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AND VENTRICULAR REPOLARIZATION INDICATORS IN HYPERTENSIVE DISEASE COMPLICATED BY HYPERTENSIVE CRISIS

ANNOTATION

In this study, the frequency of occurrence of arrhythmias in patients with hypertensive crisis who sought medical help at the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (SF RNCCEMP) was studied. The objects of the study were 83 patients with hypertension (GB) complicated by hypertensive crisis, hospitalized in the departments of somatic resuscitation, emergency therapy No. 1 and 2 in the Samarkand branch of the RNCCEMP for the period 2018-2021. According to the results, it was revealed that in patients with stage III hypertension complicated by a hypertensive crisis, significantly more often than in stage II hypertension, cardiac arrhythmias of all gradations are recorded, and with an increase in the degree of hypertension, the Low class increases.

Key words: hypertension, hypertensive crisis, arrhythmia, remodeling, ventricular extrasystole

Safarov Jonibek Abdurasul o'g'li

2-ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrası magistratura rezidenti
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

Xalilov Nizomiddin Hamroqulovich

2-ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrası magistratura rezidenti
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

Tashkenbaeva Eleanora Negmatovna

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrası mudiri
 tibbiyot fanlari doktori, professor
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
 Samarqand, O'zbekiston

Xasanjanova Farida Odilovna

2-sonli ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrası assistenti, PhD
 Samarqand davlat tibbiyot instituti,
 Samarqand, O'zbekiston

GIPERTONIK KRIZ BILAN ASORATLANGAN GIPERTONIYA KASALLIGI BOR BO'LGAN BEMORLARDA YURAK RITMINING BUZILISHI VA QORINCHA REPOLARIZATSIYASI KO'RSATKICHLARINING UCHRASH CHASTOTASI

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqotda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialiga (RShTYoIM SF) tibbiy yordam so'rab murojaat qilgan gipertonik kriz bilan bemorlarda aritmiya paydo bo'lish chastotasi o'rganildi. Tadqiqot ob'ektlari 2018-2021 yillar davomida RShTYoIM Samarqand filialiga somatik reanimatsiya, 1 va 2-sonli shoshilinch terapiya bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan gipertonika kasalligi (GK) ning gipertonik kriz uchragan 83 bemor tashkil etdi. Natijalarga ko'ra, gipertonik kriz bilan asoratlangan GK III bosqichi bo'lgan bemorlarda GK II bosqichiga qaraganda tez-tez barcha gradatsiyalarning yurak ritmining buzilishi qayd etiladi va AG darajasining oshishi bilan past darajadagi sinf ortadi.

Kalit so'zlar: gipertenziya, gipertonik inqiroz, aritmiya, remodelanish, qorinchalar ekstrasistoliyasi

Актуальность.

Гипертоническая болезнь (ГБ) является наиболее распространенной проблемой во всем мире, так как является основной причиной летальности и ранней инвалидизации пациентов [1, 18,14]. По данным многих исследований ГБ страдают от 65 до 72 миллионов жителей в США [8, 13] и до 1 миллиарда населения во всем мире [6, 15]. В Российской Федерации заболеваемость ГБ в 2018 году составляла 39,5% и за период 2019-2021 годы до этот показатель составлял 40,4% [3, 4]. В последние десятилетие в Узбекистане прослеживается тенденция к увеличению частоты заболеваемости ГБ. К сожалению, только от 9 до 14% пациентов с ГБ контролируют свое давление и около 30% больных с ГБ не знают о своем заболевании. Несмотря на имеющийся на сегодняшний день широкий арсенал методов диагностики и лечения ГБ, в большинстве стран мира не

удается достичь адекватного контроля данного заболевания. Вероятность развития ГБ повышается с возрастом [5, 20]. По данным многих исследований в последнее 10 лет отмечается тенденция к более тяжелому течению ГБ, проявляющаяся увеличением частоты осложнений, в первую очередь гипертонические кризы (ГК), цереброваскулярных осложнений, таких как инсульты и гипертоническая энцефалопатия [2, 7, 19].

Последние годы активно изучается роль ГБ в развитии нарушений ритма сердца. К факторам определяющий электрофизиологическое remodelирование сердца и манифестацию аритмий при ГБ относятся: патогенетические механизмы развития ГБ, обладающие и проаритмическим эффектом, факторы риска ГБ, структурно-функциональные изменения сердца (диастолическую дисфункцию левого желудочка (ДДЛЖ) и гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ)),

кардиальные ассоциированные клинические состояния, медикаментозные ятрогенные факторы [2, 6, 10]. По мере прогрессирования ГБ у больных появляются предпосылки для возникновения аритмий сердца на всех стадиях заболевания. При ГЛЖ происходит ремоделирование ионных каналов, приводящих к изменению деполяризации, и происходит ремоделирование щелевых контактов, способствующих к аномальному проведению импульса [2, 3, 17, 19]. Все это приводит к изменениям на ЭКГ и аритмиям. При развитии фибрилляции предсердий (ФП) основным из факторов риска является ГБ, при котором происходит структурное ремоделирование левого предсердия (ЛП) и это является ключевым механизмом при возникновении и поддержание ФП. При наличии ГБ у мужчин и женщин риск ФП увеличивается 1:5, 1:4 соответственно [4, 9]. По некоторым данным среди желудочковых аритмий, как у мужчин, так и у женщин чаще всего встречается редкие желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), полиморфные ЖЭС, а также частые и сложные желудочковые аритмии при ГБ с ГЛЖ и без ГЛЖ. Полиморфная ЖЭС встречается несколько чаще у лиц с ГБ при наличии ГЛЖ [2, 12, 22]. При изолированной ДДЛЖ преимущественно диагностируются наджелудочковые аритмии, в том числе пароксизмальная ФП [3, 11, 23]. При ГЛЖ в сочетании с ДДЛЖ возникают, в основном, желудочковые нарушения ритма вплоть до пароксизмальной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков.

Таким образом, артериальная гипертензия за счет комплекса патогенетических факторов, включающих структурно-функциональные изменения миокарда, способствует развитию нарушений сердечного ритма, что требует своевременного выявления этих изменений и адекватной медикаментозной коррекции.

Цель. Изучение частоты эктопической активности и взаимосвязи показателей реполяризации желудочков у больных с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной гипертоническим кризом.

Материалы и методы. В исследование были включены 83 больных с диагнозом гипертоническая болезнь II и III стадии, госпитализированные в отделениях экстренной терапии №1 и 2

Самаркандского филиала РНЦЭМП. В зависимости от стадии ГБ больные были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 46 больных с ГБ II стадией, во 2-ю группу вошли 37 больных с ГБ III стадией. Артериальное давление больных основной группы составлял САД от 140 до 200 мм.рт.ст., ДАД от 90 до 120 мм.рт.ст., давность заболевания при этом в среднем составлял – 8,2±3,4 года. Средний возраст больных составлял 52,9±2,2 года. В контрольную группу включены 20 человек, сопоставимых по основным характеристикам с пациентами основной группы, средний возраст которых составлял -- 68,4±2,9 года. Всем обследованным больным проводилась стандартная 12-канальная ЭКГ с анализом показателей реполяризации желудочков по общепринятой методике и 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ. Для проведения статистического анализа использовался пакет программ Statistica 7,0 (Statsoft), применялись не параметрические методы описания (в виде $M \pm m$) и сравнения данных (Mann – Whitney U-Test).

Результаты. Нарушения ритма сердца в основной группе выявлены у 39 (93,02%) больных с АГ и у 31 (60,0%) лиц контрольной группы. У больных в 1-й группе эктопическая желудочковая и наджелудочковая активность была выше, чем во 2-й группе. При проведении 24-часового мониторирования ЭКГ у больных с ГБ выявлены различные нарушения ритма (табл. 1). Так, если частота одиночной наджелудочковой экстрасистолы была примерно одинаковой у больных 1-й и 2-й группы, то парная и групповая наджелудочковая экстрасистолы, а также одиночная и парная желудочковая экстрасистолы достоверно чаще обнаруживалась у пациентов 2-й группы. Групповые желудочковые экстрасистолы отмечены только в группе пациентов с МС. Имелись и половые особенности: у мужчин с ГБ отмечалась более высокая частота наджелудочковой и желудочковой экстрасистолы по сравнению с женщинами. Среднесуточное количество нарушений ритма также было выше у пациентов с ГБ III стадии. Наши исследования показали, что ГБ уже в начальных стадиях ассоциируется с нарушениями ритма: желудочковой экстрасистолы высоких градаций, наджелудочковой экстрасистолы, тахикардиями, дисфункцией синусового узла [4, 21].

Таблица 1

Частота встречаемости нарушений ритма у больных с ГБ осложненных гипертоническим кризом

Показатель	Больные с ГБ	
	1-я группа (n=46)	2-я группа (n=37)
Одиночные НЖЭ	21 (72,41%)	15 (83,3%)
Парные НЖЭ	11 (37,93%)	10 (43,47%)
Групповые НЖЭ	4 (12,5%)	10 (43,47%)
НЖ тахикардия	8 (27,58%)	4 (17,39%)
Одиночные ЖЭ	11 (37,93%)	12 (66,6%)
Парные ЖЭ	2 (6,89%)	2 (8,7%)
Групповые ЖЭ	1 (3,44%)	-

Средние значения циркадных максимумов ЖЭС и НЖЭС составили 33 (10; 125) и 14 (3; 35) в 1-й группе, 16 (1:31) и 13 (1:5) – во 2-й группе ($p < 0,01$). У больных ГБ встречались парные ЖЭС (13,2% обследованных), парные НЖЭС (11,5%) и групповые НЖЭС (8,4%).

Фибрилляция предсердий, достоверно выше среди пациентов 2-ой группы: пароксизмы фибрилляции – трепетания предсердий – были выявлены у 9% больных 2-й группы и у 4% больных 1-й группы. Регрессионный анализ показал, что ГБ является самостоятельным фактором риска возникновения пароксизмальной фибрилляции – трепетания предсердий. Анализ показателей реполяризации миокарда выявил повышение средних значений некорригированных и корригированных интервалов QT. С нарастанием степени АГ увеличивались сдвиги показателей дисперсии реполяризации: так, значение ДQ-Тс в группе больных с высокой степенью АД (САД 180-200 мм.рт.ст., ДАД 10-120

мм.рт.ст.) составило 104,5±3,5 мс по сравнению со значениями ДQ-Тс в группе пациентов с легкой и средней степенью АГ (соответственно 97,0±1,8 и 104,5±2,2 мс). При оценке взаимосвязей дисперсии реполяризации с количеством желудочковых аритмий высоких градаций (III-V по Лауну-Вольфу) были обнаружены прямые достоверные коррелятивные связи с ДQ-Т - $r = 0,32$ ($p < 0,05$), с ДQ-Тс - $r = 0,37$ ($p < 0,05$).

Заключение. У больных с ГБ III стадии, осложненной гипертоническим кризом, достоверно чаще, чем в ГБ II стадии, регистрируются нарушения сердечного ритма всех градаций, причем с нарастанием степени АГ увеличивается класса по Lown. У больных с ГБ, осложненной кризовым течением, происходит также нарушение процессов реполяризации желудочков, более выраженное при тяжелом течении заболевания. Эти сдвиги отражают неомогенность реполяризации желудочков, которые сопряжены с повышенным риском нарушения сердечного ритма.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Samadova, N. A., Madjidova, G. T., Sh, D. S., Dexqonov, J. A., & Safarov, J. A. (2021, April). Clinical and Diagnostic Features of Myocardial Infarction in Young Patients in Emergency Medicine. In E-Conference Globe (pp. 16-19).
2. Агабабян, И. Р., Джаббарова, Н. М., Рофеев, М. Ш., Назарова, З. Ш., & Пулатова, К. С. (2019). Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертонии. Достижения науки и образования, (10 (51)), 54-58.
3. Ирғашева Д. Г. и др. ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ //Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 108.
4. Маджидова Г.Т. Тактика лечения больных с острым коронарным синдромом //Техасский журнал медицинских наук. – 2022. – Т. 13. – С. 37-42.
5. Насырова, З., Сафаров, Д., & Халилов, Н. (2021). ORTIQCHA VAZN ARTERIAL GIPERTENZIYA PAYDO BOLISHIGA OLIV KELUVCHI SABABLARDAN BIRI. Журнал кардиореспираторных исследований, 2(4), 18-21.
6. Самадова Н.А., Маджидова Г.Т., Ш.Д.С., Дексконов Дж.А., Сафаров Дж.А. (2021, апрель). Клинико-диагностические особенности инфаркта миокарда у молодых пациентов в неотложной медицинской помощи. В E-Conference Globe (стр. 16-19).
7. Ташкенбаева Э. Н. и др. Изменение сердечного ритма при остром инфаркте миокарда по данным эхокардиографии сердца //Научный журнал. – 2020. – №. 7 (52). – С. 51-54.
8. Ташкенбаева Э. Н. и др. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА //Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 183.
9. Ташкенбаева Э. Н. и др. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА //Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 279.
10. Ташкенбаева Э. Н., Хасанжанова Ф. О., Абдуллаев К. З. Факторы риска развития кардиоваскулярных осложнений у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST //Наука и общество в эпоху перемен. – 2018. – №. 1. – С. 15-19.
11. ТАШКЕНБАЕВА, Э. Н., МУХИДДИНОВ, А. И., ХАЙДАРОВА, Д. Д., ТОГАЕВА, Б. М., & АБДИЕВА, Г. А. (2022). COVID-19 билан касалланганда юрак қон томир асоратлари ривожланиши хавфи билан артериал гипертензиянинг ривожланиши ва клиник кечилишининг узига ҳос хусусиятлари. Журнал биомедицины и практики, 7(4).
12. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Насырова, З. А. (2018). Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда. Наука и современное общество: взаимодействие и развитие, 2(1), 36-38.
13. Тогаева, Б., Ташкенбаева, Э., Абдиева, Г., Хайдарова, Д., & Абдуллаев, З. (2021). COVID-19 YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI BOR BEMORLARDA KECISHI. Журнал кардиореспираторных исследований, 2(2), 47-50.
14. Халилов, Н. Х., Журакулов, Т. А., Хурсандов, Г. З., & Незьматов, Х. Н. (2021). MODERN EMERGENCY CARE STRATEGY FOR HYPERTONIC CRISIS. УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ, (SPECIAL 2).
15. Халилов, Н. Х., Тогаева, Б. М., & Ташкенбаева, Э. Н. (2022). Особенности Течения Гипертонических Кризов И Их Осложнений В Условиях Экстренной Медицинской Помощи. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, 3(1), 44-46.
16. Хасанджанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Суннатова Г.И., Хайдарова Д.Д. и Мирзаев Р.З. (2021). Оценка эффективности тромболитической терапии у мужчин с острым коронарным инфарктом миокарда в молодом возрасте. ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК, 2 (1), 144-149.
17. Хасанжанова Ф. О. и др. Роль изменения маркеров некроза кардиомиоцитов у больных инфарктом миокарда в зависимости от возраста //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 10-6. – С. 42-45.
18. Хасанжанова Ф. О. РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. S1-2.
19. Хасанжанова Ф. О., Мардонов У. А. У., Юсупов Т. Ш. У. Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2019. – №. 11-1 (144). – С. 94-97.
20. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. S1-2.
21. Хасанжанова Ф. О., Ташкенбаева Э. Н., Болтакулова С. Д. ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ У МУЖЧИН В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
22. Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Суннатова Г.И., Хаитов И.И. (2021, февраль). ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ. В архиве конференций (т. 15, № 1, с. 48-52).
23. Хасанжанова, Ф. О., Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., Суннатова, Г. И. (2019). КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. Евразийский кардиологический журнал, (S1), 221.
24. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6378–6383-6378–6383.
25. Dustbabaeva N. et al. Research of the association of IL-17A RS (2275913) gene polymorphism with allergic rhinitis associated with food co-sensitization //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. 2. – С. 758-762.




Тогаева Барчиной Мусокуловна
Самаркандский государственный
медицинский университет
ассистент кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2

Ташкенбаева Элеонора Негматовна
Самаркандский государственный
медицинский университет
Заведующая кафедрой внутренних
болезней и кардиологии №2, д.м.н.,
профессор Самарканд, Узбекистан

Хайдарова Дилрабо Давроновна
Самаркандский государственный
медицинский университет
ассистент кафедры внутренних
болезней и кардиологии №2
Самарканд, Узбекистан

Жумабоев Тулкин Шокир угли
Самаркандский государственный
медицинский университет
Резидент магистратуры кафедры
внутренних болезней и кардиологии №2
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В КОМОРБИДНОСТИ С COVID-19 С УЧЁТОМ ФАКТОРОВ РИСКА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В декабре 2019 года заболевание появилось в Китае как острая респираторная инфекция с такими клиническими проявлениями, как лихорадка, сухой кашель, одышка и пневмония. Среди пожилых (старше 70 лет) людей с хроническими заболеваниями (гипертония, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания) при COVID-19 было много летальных исходов. Два из вышеперечисленных заболеваний тесно связаны с лекарствами, которые действуют как ингибиторы рецепторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Они используются для блокирования рецепторов ангиотензина, в результате чего снижается артериальное давление. Ученые внимательно изучают патофизиологические механизмы вируса COVID-19, его взаимодействие с легкими и сердцем человека. По данным ряда источников, ингибитор АПФ, находящийся в альвеолярные эпителиальные клетки служат переносчиком SARS-CoV-2 в клетки легких человека. Первые описания пациентов с коронавирусной инфекцией, а также предыдущий опыт лечения пациентов с БВРС-КоВ позволяют предположить, что наличие сопутствующих заболеваний, в том числе ишемической болезни сердца (ИБС), связано с повышенным риском неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: COVID-19, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая система.

Togaeva Barchina Musokulovna
Samarkand State Medical University
Assistant of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No. 2

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
Samarkand State Medical University
Head of the Department of Internal Diseases
and Cardiology No. 2, Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand, Uzbekistan

Khaidarova Dilrabo Davronovna
Samarkand State Medical University
Assistant of the Department of Internal
Diseases and Cardiology No. 2

Samarkand, Uzbekistan
Zhumaboev Tulkin Shokir ugli
 Samarkand State Medical University
 Resident of the magistracy of the Department of
 Internal Diseases and Cardiology No. 2
 Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS IN COMORBIDITY WITH COVID-19, TAKING INTO ACCOUNT RISK FACTORS

ANNOTATION

In December 2019, the disease appeared in China as an acute respiratory infection with clinical manifestations such as fever, dry cough, shortness of breath and pneumonia. Among the elderly (over 70 years old) and people with chronic diseases (hypertension, diabetes, cardiovascular diseases), COVID-19 has had many deaths. Two of the diseases listed above are closely related to drugs that act as angiotensin-converting enzyme (AAF) receptor inhibitors. They are used to block angiotensin receptors, resulting in lower blood pressure. They are used to block angiotensin receptors, resulting in a decrease in blood pressure. Scientists are carefully studying the pathophysiological mechanisms of the COVID-19 virus, its interaction with the human lungs and heart. According to a number of sources, the AAF inhibitor located in the alveolar epithelial cells serves as a carrier of SARS-CoV-2 into human lung cells. The first descriptions of patients with coronavirus infection, as well as previous experience in the treatment of patients with MERS-CoV, suggest that the presence of comorbidities, including coronary heart disease (CHD), is associated with an increased risk of adverse outcomes.

Key words: COVID-19, ischemic heart disease, arterial hypertension, cardiovascular system.

Tog'ayeva Barchinoy Musoqulovna
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 2- ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrasida assistenti
 Samarqand, O'zbekiston

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 2- ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrasida mudiri t.f.d.professor
 Samarqand, O'zbekiston

Haydarova Dilrabo Davronovna
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 2- ichki kasalliklar va kardiologiya
 kafedrasida assistenti
 Samarqand, O'zbekiston

Jumaboyev To'liq SHokir o'g'li
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 2- ichki kasalliklar kafedrasida va kardiologiya 3- bosqich magistratura rezidenti
 Samarqand, O'zbekiston

XAVF OMILLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA KORONAR YURAK KASALLIKLARI KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARI

ANNOTASIYA

2019-yil dekabr oyida Xitoyda kasallik tarqaldi isitma, quruq yo'tal, nafas qisilishi va pnevmoniya kabi klinik ko'rinishlar bilan o'tkir respiratorli infeksiya sifatida namoyon bo'ldi. COVID-19 bilan og'rigan keksalar orasida (70 yoshdan yuqori) va surunkali kasalliklar (gipertoniya, qandli diabet, yurak-qon tomir kasalliklari) bor insonlarda o'lim ko'p kuzatildi. Yuqoridagi kasalliklarning ikkita bir-biriga yaqin angiotenzinni aylantiruvchi ferment (AAF) retseptorlari ingibitori vazifasini bajaradigan dorilar bilan bog'liq. Ular qo'llanilganda angiotenzin retseptorlarini blokirovka qilish natijasida qon bosim tushadi. Olimlar COVID-19 virusining patofiziologik mexanizmlari, odamning o'pkasi va yuragi bilan o'zaro ta'sirini sinchkovlik bilan o'rganmoqdalar. Bir nechta manbalarga ko'ra, alveolyar epiteliy hujayralarida joylashgan AAF ingibitori insonning o'pka hujayralariga SARS-CoV-2 tashuvchisi bo'lib xizmat qiladi [3]. Koronavirus infeksiyasiga chalingan bemorlarning birinchi tavsiflari, shuningdek MERS-CoV bilan kasallangan bemorlarni davolashning avvalgi tajribasi, birgalikda kasalliklarning, shu jumladan yurakning ishemik kasalligi (YuIK) mavjudligi salbiy oqibat xavfi ortishi bilan bog'liqligini muhokama qilishga asos bo'ladi.

Kalit so'zlar: COVID-19, yurak ishemik kasalligi, gipertoniya, yurak qon-tomir tizimi.

SARS-CoV-2 virusi keltirib chiqaradigan nafas yo'llari kasalligi, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan 2020 yil 11 martda pandemiya deb e'lon qilindi. Kasallikning tez tarqalishi ilmiy va tibbiyot jamoatchiligini tashvishlantirdi. 2020 yil 20-maydagi so'nggi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, 5 milliondan ortiq odam virusni yuqtirgan, natijada dunyoning 210 dan ortiq mamlakatlarida 330 mingdan ortiq kishi o'lgan [1]. Tibbiy xodimlar, sog'liqni saqlash idoralari, olimlar va ommaviy axborot vositalari ushbu yangi pandemiya COVID-19 haqida juda ko'p ma'lumotlar xalqqa yetkazilmoqda [2].

Yurak ishemik kasalligi, gipertoniya kasalligi va surunkali yurak yuqotishmovchiligi bor bemorlarni bazis terapiyasining asosiy komponentlari AAF ingibitori va sartanlar bo'lganligi sababli yurak qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni ko'pchiligiga qo'llaniladi va gemodinamika ko'rsatkichlarini nazorat qiladi va a'zolari himoyasini

ta'minlaydi. Shu bilan birga bunday bemorlarning COVID-19 salbiy oqibati xafining oshiradi va koronavirus infeksiyasini AAF ingibirlashga ta'sir qiluvchi mexanizmlarni o'rganish dolzarb muammo ekanligini aniqlab beradi [3].

Dastlabki tajribalar shuni ko'rsatadiki AAF ingibitorlari bilan davolashda koronavirus infeksiyasi chaqirgan o'pka yallig'lanishini va sitokinlar ajralib chiqishini sezilarli darajada kamaytiradi [4].

Davolashda ishlatiladigan terapiya haqida xabarlar ko'ra COVID-19 AAF ingibitori va sartanlar nisbatan xavfsizdir. Shunday qilib, ularning aksariyati bekor qilishni va tasdiqlashni talab qilmaydi. AAF ingibitorlari sartan dozasi kamaytirish ta'lab qilmaydi [5].

Antiagregantlarni virusga qarshi ta'siri klopidogrel, tikagrelor, lopinavira-ritonavir bu preparatlarni birgalikda ishlatmaslik kerak. Chunki nojo'ya ta'sirini oshirib yuboradi va asoratlarni rivojlantirib salbiy oqibatlarga olib keladi. Shu dorilarni bir-biriga o'zaro ta'siri

natijasida virusga qarshi ta'sir qiladigan preparatlar va kardiologik preparatlar jigar fermintasiyasi metabolizmi buzilishi bilan ifodalanadi [6].

Koronavirus - ijobiy sezgirlik bilan o'ralgan bir qatorli RNK virusi. U sirtida o'ziga xos "toj" tikanlari bo'lgan Ortokoronavirinae subfamiliasiga tegishli. SARS-Kov, ko'rshapalakning SARSga o'xshash KVsi beta-koronaviruslar turiga kiradi [7]. Beta koronaviruslarning jinsini bir nechta kichik guruhlariga bo'lish mumkin. Ko'rshapalaklardagi SARS-CoV-2, SARS-CoV va SARSga o'xshash CoV sarbecovirusga, MERS-CoV esa merbecovirusga tegishli. SARS-CoV, MERS-CoV va 2019-nCoV odamlarda kasallik keltirib chiqaradi, ammo har bir kichik guruh o'rtacha darajada turli xil biologik xususiyatlarga va virulentlikka ega bo'lishi mumkin [8].

O'tkir respiratorli infeksiyalarning rivojlanish xavfini va prognozini aniqlaydigan asosiy omillar keksalik, chekish holati, ba'zi dori-darmonlarni qabul qilish va qo'shma kasalliklar oshiradi. Yurakning ishemik kasalligi (YuK) yetakchi xavf omillaridan biri hisoblanadi. Bir nechta holatlarda patologik holat sifatida YuK turadi, kasalxonaga yotqizish ehtimolini oshiradi va o'limni ko'paytiradi [9]. Bu xolat keksa yoshdagi odamlarga va kasallikning pnevmokok etiologiyasiga xos bo'lgan turli xil yurak asoratlarini rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Yurak-qon tomir kasalligi, qandli diabet va displidemiya kabi kasalliklar immun tizimning buzilishiga olib keladi, bu esa shu bemorlarda virusli infeksiya tez rivojlanishiga va og'ir kechishiga sabab bo'ladi [10].

Bundan tashqari, ushbu tavsiflar asosan retrospektiv xususiyatga ega va ayrim omillarning pragnostik ta'siri to'g'risida xulosa chiqarishga imkon bermaydi. YuK fonida COVID-19 diagnostikasi muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, chunki qon aylanishining yuqorilikligi ko'pincha asosiy kasallikning klinik ko'rinishini yashiradi va uni o'z vaqtida tekshirishni murakkablashtiradi [11]. Qon aylanishining yuqorilikligining odatiy ko'rinishlari, shu jumladan nafas qisilishi (dam olish paytida, jismoniy mashqlar paytida), charchoq, taxikardiya, taxipnoye, auskultatsiya paytida o'pkada xirillash, plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi, tufayli yuzaga kelishi mumkin [12].

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti taxmin qilmoqda lipidni tartibga solish tizimining buzilishi bilan SARS-Cov-2 va karbondioksid metabolizmi buzilishi va surunkali kasalligi bor insonlarda virus agentlari tez rivojlanadi [13].

Ishning maqsadi: Samarqand shahar maxsus ixtisoslashtirilgan COVID-19 ga qarshi kurashish markazi bo'limlarida shifoxona sharoitida davolangan YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tqazgan bemorlarda kasallikning ta'sir qiluvchi omillarni va klinik ko'rsatkichlarning rivojlanishini o'rganish.

Tadqiqotning matiriyallari va usullari

Tadqiqot ishi 2020 va 2021 yillarda Samarqand shahar maxsus ixtisoslashtirilgan COVID-19 ga qarshi kurashish markazi bo'limlarida shifoxona sharoitida davolangan, YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan va YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tqazgan hamda "klinik sog'aygan" bemorlarda olib borildi. Oldimizga qo'yilgan vazifalarning yechimini amalga oshirish maqsadida ilmiy Tadqiqot ishi quyidagicha amalga oshirildi. Tadqiqot YuK bilan kasallangan COVID-19 bilan xasta bo'lgan bemorlarda olib borildi. Tadqiqotga

olingan bemorlar YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan va nazorat guruhlariga ajratilgan holda o'tqazildi. Tekshiruvlarda YuK bilan kasallangan COVID-19 bilan xasta bo'lgan kasallangan 35 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 95 nafar bemor o'tkazildi. Bemorlardan 38 nafari ayol kishi bo'lib, 40,0%ni, erkaklar esa 57 nafar bo'lib, 60,0%ni tashkil etdi.

Bemorlarning shikoyati va hayot anamnezi YuK ning davomiyliigi va xavf omillari, shuningdek hamroh kasalliklari, fizikal tekshiruvlar, antropometrik ko'rsatkichlarni, obektiv ko'rik, o'pka va yurak auskultatsiyasi va qorin palpatsiyasi bilan birgalikda olib borildi.

Bizning kuzatuvimizda YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tqazgan bemorlarda 35-55 yoshlar orasida erkaklarda, katta yoshlilar orasida esa ayollarda ko'p uchradi (60 yoshdan katta). 55-60 yoshlar orasida erkaklar va ayollarda kasallik bir xil uchradi.

Ayollarning yoshi o'rtacha 59,2±5,2 yilni tashkil etdi. Tekshiruv vaqtida erkaklarning yoshi esa 50,2±6,8 yil bo'lib, ayollar yoshidan statistik ishonchli kam bo'ldi ($R < 0,05$). Kasallik davomiyliigi erkaklarda - 6,1 yilni, ayollarda esa - 9,3 yilni tashkil etdi. Bu tekshiruvimiz adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga mos bo'lib, kasallikni erkaklarda ertaroq boshlanishidan dalolat beradi.

Gipertoniya kasalligi va YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan bemorlarda kasalliklar hamroh kasalliklar bo'lib, ushbu komorbid kasalliklar bir-birini kechuvini og'irlashtiradi. Bizning kuzatuvimizdagi gipertoniya kasalligi bilan kasallangan bemorlarning 48 nafarida YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tqazgan bemorlar aniqlandi, bu 50,5%ni tashkil etadi. YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan bemorlarning nozologik formalaridan 23(24,2%) nafar (11 ayol, 12-erkak) bemorda zo'riqish stenokardiyasi II funktsional sinfi, 13 (13,7%) nafar (5 ayol, 8 erkak) bemorda zo'riqish stenokardiyasi III funktsional sinfi, 12 (12,6%) nafar (4 ayol, 8 erkak) bemorda infarktdan keyingi kardioskleroz aniqlandi. Gipertoniya va YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan bemorlarning birgalikda kechuvi aniqlangan bemorlarning jinsi, yoshi va kasallik davomiyliigiga ko'ra xarakteristikasi ko'ra, yurakning surunkali ishemik kasalligi - zo'riqish stenokardiyasi II funktsional sinfi erkak va ayollarda bir xil nisbatda, III funktsional sinfi - erkaklarda 1,6 marta ko'p aniqlandi. Infarktdan keyingi rivojlangan kardioskleroz kasalligi esa erkaklarda ayollarga nisbatan 2,0 marta ko'p aniqlandi. Jinsga ko'ra, YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tkazgan bemorlar ayollarga nisbatan yosh erkaklarda ko'p va ertaroq rivojlanganligi qayd etildi.

Xulosalar:

1. YuK bilan kasallangan COVID-19 o'tqazgan bemorlarning 35-55 yoshlar orasida erkaklarda, 60 yoshdan kattalar orasida esa ayollarda ko'p uchradi.

2. Nishon a'zolarining asoratsiz zararlanishlari yosh erkaklarda ko'p aniqlansa, kasallikning asoratlari erkak va ayollarda bir xil uchraydi. Ayollarga nisbatan erkaklarda asoratlar ertaroq boshlanadi.

3. Yurak ishemik kasalligi zo'riqish stenokardiyasi II-III funktsional sinf va infarktdan keyingi kardioskleroz COVID -19 bilan kasallangan bemorlarda eng ko'p aniqlandi. Yurak yuqorilikligi COVID -19 og'irlik darajasiga mos ravishda ko'payib bordi. Ritm buzilishlari va insultlar og'ir kechgan COVID -19 bemorlarda ko'proq uchradi.

References/Список литературы/Иqtiboslar


1. Alisherovna S. N. et al. FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF UNSTABLE ANGINA ON THE BACKGROUND OF COPD //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – T. 3. – №. 5. – C. 82-86.
2. Alisherovna S. N. et al. FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF UNSTABLE ANGINA ON THE BACKGROUND OF COPD //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – T. 3. – №. 5. – C. 82-86.
3. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – C. 6378–6383-6378–6383.
4. Khasanjanova F. O. et al. Especially the effects of risk factors on the treatment outcome of patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation in men at a young age //Colloquium-journal. – Голопристанський міський районний центр зайнятості, 2020. – №. 19 (71). – C. 8-10.
5. Khasanjanova F. O., Khaydarova D. D., Togayeva B. M. To study the frequency of the risk factors of smoking in patients with acute coronary syndrome in young age //Science, Research, Development. – T. 33. – C. 29-30.
6. Togayeva B. et al. OCCURRENCE OF SARS-COV-2 DISEASE (COVID-19) AND IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES //InterConf. – 2021.

7. МУХИДДИНОВ А. И. и др. COVID-19 БИЛАН ОФРИГАН БЕМОЛЛАРДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ КОМОРБИДЛИГИДА КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
8. Мухиддинов А. И. и др. Клиникая характеристика прогрессирования артериальной гипертензии с риском сердечно сосудистных осложнений при COVID-19 //Polish Science Journal. – №. 1. – С. 34.
9. Ташкенбаева Э. и др. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 85-88.
10. ТАШКЕНБАЕВА Э. Н. и др. COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАНДА ЮРАК ҚОН ТОМИР АСОРАТЛАРИ РИВОЖЛАНИШИ ХАВФИ БИЛАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
11. Ташкенбаева Э. Н. и др. Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда //Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. – 2018. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-38.
12. Ташкенбаева Э. Н., Мухиддинов А. И., Тогаева Б. М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА //ТОМ–III. – 2019. – С. 359.
13. Тогаева Б. и др. COVID-19 YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI BOR BEMORLARDA KECISHI //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 47-50.
14. Умурзаков З. Б., Ризаев Ж. А., Умиров С. Э. Основы обеспечения адекватной организации профилактики Covid-19 //Проблемы биологии и медицины. – 2021. – Т. 2. – С. 127.
15. Халилов Н. Х. и др. Особенности Течения Гипертонических Кризов И Их Осложнений В Условиях Экстренной Медицинской Помощи //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 44-46.



Хусаинова Мунира Алишеровна
Самаркандский Государственный
Медицинский Университет
Ассистент кафедры пропедевтики
внутренних болезней, Самарканд, Узбекистан

НЕЙРОПЕПТИДНО-ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Распространение метаболического синдрома (МС) в развитых странах, который, по мнению экспертов ВОЗ способствует росту заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС). Рассеянный склероз в настоящее время считается своего рода кластером факторов риска развития атеросклероза, ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2 типа. Поскольку основным диагностическим признаком МС является абдоминальный тип ожирения, естественно предположить, что при его наличии у пациентов с ишемической болезнью сердца должны быть выявлены определенные клинические и патогенетические особенности. По известной аналогии с фенотипами в настоящее время хроническую обструктивную болезнь легких можно считать особым фенотипом ишемической болезни сердца на фоне абдоминального ожирения. Снижение выработки эндорфинов сопровождается повышением активности симпатической системы, увеличением выработки кортизола надпочечниками, стимуляцией глюконеогенеза, усилением синтеза триацилглицеридов и липогенеза, что создает условия для потенцирования атерогенеза.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, тревога, депрессия, бета-эндорфин, цитокины

Khusainova Munira Alisherovna
Samarkand State Medical University
Assistant of the Department of
Propeaedeutics of Internal Diseases,
Samarkand, Uzbekistan

NEUROPEPTIDE-CYTOKINE STATUS IN CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

ANNOTATION

The spread of metabolic syndrome (MS) in developed countries, which, according to WHO experts, assumed the nature of a pandemic in the XXI century, contributes to the increase in the incidence of coronary heart disease (CHD). MS is currently considered a kind of cluster of risk factors for atherosclerosis, Coronary heart disease and type 2 diabetes mellitus. Since the main diagnostic sign of MS is abdominal type of obesity, it is natural to assume that if it is present, certain clinical and pathogenetic features should be revealed in patients with coronary heart disease. By a well - known analogy with phenotypes Currently, chronic obstructive pulmonary disease can be considered a special phenotype of coronary heart disease against the background of abdominal obesity. A decrease in the production of endorphins is accompanied by an increase in the activity of the sympathetic system, an increase in the production of cortisol by the adrenal glands, stimulation of gluconeogenesis, increased synthesis of triacylglycerols and lipogenesis, which creates conditions for the potentiation of atherogenesis.

Keywords: ischemic disease, atherosclerosis, anxiety, depression, beta-endorphin, cytokines

Xusainova Munira Alisherovna
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Ichki kasalliklar propedevtikasi
kafedrasi assistenti,
Samarqand, O'zbekiston

SURUNKALI YURAK ISHEMIK KASALLIGIDA NEYROPEPTID-SITOKIN HOLATI

ANNOTATSIYA

JSST mutaxassislarining fikriga ko'ra, rivojlangan mamlakatlarda metabolik sindromning (MS) tarqalishi yurak ishemik kasalligining (YIK) ko'payishiga yordam beradi. Tarqoq skleroz hozirgi vaqtda ateroskleroz, yurak tomirlari kasalligi va qandli diabet 2 tipi rivojlanishi uchun xavf omillarining bir turi hisoblanadi. MSning asosiy diagnostik xususiyati semizlikning qorin turi bo'lganligi sababli, agar u yurak tomirlari kasalligi bo'lgan bemorlarda mavjud bo'lsa, ma'lum klinik va patogenetik xususiyatlarni aniqlash kerak deb taxmin qilish tabiiydir. Fenotiplar bilan taniqli

o'xshashlik bilan hozirgi vaqtda surunkali obstruktiv o'pka kasalligi qorin semirib ketishi fonida koronar yurak kasalligining maxsus fenotipi deb hisoblanishi mumkin. Endorfin ishlab chiqarishning pasayishi simpatik tizim faolligining oshishi, buyrak usti bezlari tomonidan kortizol ishlab chiqarishning ko'payishi, glyukoneogenezni stimulyatsiya qilish, triatsilgliserollar sintezining kuchayishi va aterogenezni kuchaytirish uchun sharoit yaratadigan lipogenez bilan birga keladi.

Kalit so'zlar: yurak ishemik kasallik, ateroskleroz, xavotir, depressiya, beta-endorfin, sitokinlar

The occurrence of coronary heart disease in combination with anxiety-depressive disorders is widespread in clinical practice. In such patients, affective spectrum disorders significantly aggravate the course of cardiological pathology in the form of progression of the atherosclerotic process and aggravate the prognosis. In modern literature, much attention is paid to the role of cytokines in the pathogenesis of various diseases. The cytokine network is a self-regulating system, the violation of which leads to excessive or insufficient synthesis of detectable cytokines, which, in turn, can cause the development of various pathological processes that form the basis of a wide range of human diseases. Proinflammatory cytokines have an effect on almost all organs and systems of the body involved in the regulation of the homeostasis system. At the same time, the role of cytokine status changes in the formation and progressive course of occupational neurointoxications is unexplored.

Markers of immune inflammation, and above all cytokines, are of particular importance in the proatherogenic effect in the foci of atherosclerosis. The main regulators of such processes at the neuroimmune level are endogenous opiate peptides. Their role in stabilizing the cytokine content during the development of inflammation in the atherosclerotic plaque and in the process of adaptation of the heart muscle to stressful influences is noted. Despite the availability of reliable data on the role of markers of immune inflammation in atherogenesis, the validity of the regulatory value of opiate peptides in this process is still open questions about the influence of affective spectrum disorders on the neuropeptide-cytokine status of the immune system in patients with chronic coronary artery disease, as well as in what range these changes will be traced in pain and pain-free myocardial ischemia. In this connection, the purpose of this study was to assess the effect of the severity of anxiety-depressive disorders on the neuropeptide-cytokine status of the immune system in patients with chronic coronary artery disease in various clinical variants of its course, as well as a comparative characteristic of the degree of these changes in pain and pain-free myocardial ischemia.

Groups were formed, which, in turn, were divided into subgroups according to the percentage of painful and pain-free episodes of angina pectoris: 1st (n = 36) – patients with chronic coronary heart disease occurring against the background of moderate anxiety-depressive disorders; 2nd (n = 34) - subjects with chronic coronary heart disease and mild anxiety-depressive disorders; 3rd (n = 20) - patients with chronic coronary heart disease without anxiety-depressive disorders; 4th (n = 22) – control (healthy individuals). By the presence of painful and pain-free episodes of angina pectoris the authors highlighted: in the 1st group of patients, the painful form of coronary heart disease was detected in 44% of the examined (n = 17), the painless form of coronary heart disease was found in 56% of patients (n = 19); in the 2nd group of patients, the painful form of coronary heart disease - in 52% of the examined (n = 18), the painless form of coronary heart disease – in 48% (n = 16); in the 3rd group, the painful form CHD was confirmed in 37% of patients (n = 8), the painless form of CHD – in 63% of patients (n = 12). In all groups, the state of the psychophysiological status (psychological testing), the level of autonomic regulation (β -endorphin), the function of the cardiovascular system (SMECG) and peripheral blood levels of TNF α , IL-1 β , IL-6 and IL-4, IL-10 were evaluated. In the course of a clinical and laboratory examination, the authors found that in patients with chronic IHD, anxiety-depressive disorders have a direct pathological effect on the neuropeptide-cytokine status of the immune system in the form of suppression beta-endorphin, increasing the level of pro-inflammatory and reducing anti-inflammatory cytokines. At the same time, the most significant changes occur in subjects with pain-free myocardial ischemia.

INTRODUCTION

Anxiety-depressive disorders in comorbidity with diseases of the cardiovascular system are widespread in the clinic of internal diseases.

At the same time, the presence of anxiety-depressive disorders in patients with coronary heart disease (CHD) has acquired the greatest relevance in clinical practice. In such patients, affective spectrum disorders significantly aggravate the course of cardiological pathology, contribute to the progression of atherosclerotic processes and lead to earlier complications in the form of myocardial infarction and strokes. Among the main pathophysiological mechanisms of the effect of anxiety-depressive disorders on the atherosclerotic process in patients with coronary heart disease, such as disruption of interactions between the autonomic nervous and immune systems, activation of immune inflammation in the atherosclerotic plaque, the formation of an imbalance between the action of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines should be considered.

The special importance of markers of the immune system, and above all cytokines, to have a proatherogenic effect in the foci of atherosclerosis is noted. Thus, TNF α enhances the expression of adhesion molecules on the endothelium, activates macrophages, neutrophils, promotes the secretion of prostaglandins and causes the synthesis of proteins of the acute phase of inflammation. IL-1 β triggers a cascade of inflammatory processes after damage to the endothelial wall, and IL - 6 promotes activation of the endothelium, enhances its adhesive ability to platelets and leukocytes, which leads to proliferation of smooth muscle elements of the vascular bed.

Regulators of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in the atherosclerotic process are endogenous opiate peptides of the autonomic nervous system (ANS). A special role here belongs to opioid peptides from the propiomelanocortin group, and first of all β -endorphin. Marked the ability of beta-endorphin to regulate cytokine production during the development of inflammatory processes during stress and depressive disorders. In addition, β -endorphin participates in the formation of stable anti-inflammatory activity during the progression of immune inflammation and thereby supports compensatory and adaptive nature of the immune system against the background of unfavorable external and internal conditions. High activity of β -endorphin increases the resistance of the myocardium to ischemic damage against the background of emotional stress, as well as in the process of adaptation of the heart muscle to stressful influences.

Thus, it follows from the above that atherosclerotic changes in the myocardium are the result of complex processes of neuroimmune interactions, in which the main role is assigned to cytokine links of the immune system and endogenous opiate peptides. Their participation in the atherosclerotic process, as a rule, strictly correlates with the presence of chronic stress in the anamnesis and, as a result, will be an unfavorable prognostic factor not only in the formation of anxiety-depressive disorders, but also in terms of the progression of cardiological pathology.

Nevertheless, to date, questions remain open about the effect of affective spectrum disorders on the neuropeptide-cytokine status of the immune system in patients with chronic coronary heart disease, as well as in what range these changes will be traced in painful and pain-free myocardial ischemia. The obtained data will contribute to the disclosure of additional links of pathogenesis in the atherosclerotic process at the level of neuroimmune interactions, which will allow objectifying the expediency of the use of in the therapy of patients with coronary heart disease and anxiety-depressive disorders, not only standard cardiotropic drugs, but also psychotropic drugs in combination with psychotherapeutic treatment.

In this regard, the purpose of this study was to assess the effect of the severity of anxiety-depressive disorders on the neuropeptide-cytokine status of the immune system in patients with chronic coronary artery disease in various clinical variants of its course, as well as a comparative characteristic of the degree of these changes in pain and pain-free myocardial ischemia.

MATERIALS AND METHODS

A clinical examination was conducted of 90 patients (men) aged 45 to 58 years, the average age was (51.0±6.4) years. All subjects were represented by patients with a chronic form of coronary artery disease, occurring with painful and pain-free episodes of angina pectoris (I25 according to ICD-10) in comorbidity with anxiety-depressive disorders (41.2 according to ICD-10) of varying severity. The duration of observation of patients was 22 ± 7.3 days.

To solve the tasks set out in this work, groups of comorbid patients with anxiety-depressive disorders were formed:

1st (n = 36) – patients with chronic coronary artery disease occurring against the background of moderate anxiety and depressive disorders; 2nd (n = 34) – subjects with chronic coronary artery disease and mild anxiety and depressive disorders; 3rd (n = 20) – patients with chronic coronary heart disease without anxiety-depressive disorders; 4th (n = 22) – control (healthy individuals).

The exclusion criteria were patients with an active inflammatory process, oncological diseases and diseases of the immune system. In order to study the degree of influence of the severity of anxiety-depressive disorders on the state of the neuropeptide-cytokine status of the immune system in various variants of the course of chronic coronary heart disease, a clinical and laboratory study was conducted. In the examination groups, the state of the psychophysiological status, the level of autonomic regulation were studied, the function of the cardiovascular system and the indicators of the content of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in the peripheral blood were evaluated.

Psychological and psychophysiological processes were investigated using a standardized multifactorial personality study (SMIL), which is an adaptive version of the Minnesota Multidisciplinary Personality Questionnaire (MMPI), the 8-color Lusher test, the Spielberger–Hanin self-assessment scales of reactive and personal anxiety.

The indicators of the following SMIL test scales were analyzed: HS (hypochondriac fixation), D (propensity to depressive reactions), HY (propensity to hysteroid reactions), PD (psychopathic deviations), PA (propensity to paranoid reactions), RT (propensity to psychoasthenic reactions). The indicators of the following SMIL test scales were analyzed: HS (hypochondriac fixation), D (propensity to depressive reactions), HY (propensity to hysteroid reactions), PD (psychopathic deviations), PA (propensity to paranoid reactions), RT (propensity to psychoasthenic reactions).

The Lusher test parameters were used: LrSTR (presence of a stressful state), LrTR ((anxiety), Lr85 (concentricity/eccentricity), LrNO-1 (deviation from the autogenic norm), Rp-1 (deviation from the general norm), LRLICH (balance of personal properties), LrVNS (vegetative index characterizing the balance of the autonomic nervous system). The presence of chronic coronary heart disease was verified in stationary conditions by examining the cardiovascular system using objective data (complaints, anamnesis) and instrumental research methods (ECG, daily monitoring of ECG with load tests, EchoCG). To assess the function of the cardiovascular system in coronary heart disease in this work, the indicators of daily ECG monitoring were evaluated.

A standard arrangement of electrodes on the chest was used in order to obtain modified chest leads V1 and V5. Subsequent analysis of the results made it possible to identify the nature of rhythm and conduction disturbances, transient decrease in the S-T segment, daily circadian heart rate variability. The following indicators were evaluated: the number, duration of painful and pain-free angina attacks, the depth of ST-segment depression, heart rate at the beginning of ischemic episodes. Horizontal or descending depression was considered ischemic ECG changes of the ST segment by 1.0-1.5 mm or more, the rise of the ST segment by 2 mm, as well as the transient inversion of the T-wave.

In all groups of inpatient examination, the presence of painful and pain-free episodes of angina pectoris was found, among which were: in the 1st group of patients, the painful form of coronary artery disease in 44% of the examined (n = 17), the pain-free form of coronary artery disease was established in 56% of patients (n = 19); in the 2nd group of patients, the painful form of coronary heart disease was detected in 52% of the examined (n = 18), the painless form of coronary heart disease – in 48% (n = 16); in the 3rd group, the painful form of coronary heart

disease was confirmed in 37% of the examined (n = 8), the painless form CHD – in 63% of patients (n = 12). In all groups, painful and pain-free episodes of myocardial ischemia according to their equivalent, according to the accepted classification of the Canadian Society of Cardiology, they corresponded to the I-II functional class of angina pectoris.

The state of the suprasedgmental apparatus of the ANS was assessed by determining the level of the opioid peptide from the propiomelanocortin group in the peripheral blood – beta-endorphin with the use of foreign BioSource International test systems (USA, California). The sensitivity of the method was 0.04-0.06 pg/ml. The cytokine status of the immune system was studied using test systems of domestic and foreign production to determine pro-inflammatory (TNF α , IL-1 β , IL-6) and anti-inflammatory (IL-4, IL-10) cytokines in the blood serum of patients by enzyme immunoassay. We used BioSource test systems International (USA, California) for the determination of IL-1 β , IL-4 and firms in blood serum ProCon (Saint Petersburg) – TNF α , IL-6, IL-10. The sensitivity of test systems for the determination of cytokines is 2 pg/ml, β -endorphin is 0.04-0.06 pg/ml.

Mathematical data processing was carried out on an IBM-compatible personal computer. The electronic database was created in the Microsoft Excel 2007 software environment, statistical analysis was performed using the Statistica for Windows application software package 6.0 (StatSoft, USA). The compliance of the studied samples with the law of normal distribution was preliminarily evaluated. The arithmetic mean and its standard deviation were determined (M±SD), 95% is the confidence interval for the mean (M±m).

RESULTS

Mental and psychophysiological status The individual personality characteristics studied by us with the help of the SMIL test showed that the subjects of the 1st group had a more significant increase in the values on the scales of the neurotic triad D, NS, HY, as well as the scales PD, RA and Rt, which indicates a higher depressive state in these patients compared to patients in group 2 (p < 0.05). According to the 8-color Lusher test in group 1, in relation to patients in group 2, the most significant differences were observed in terms of stress, anxiety, concentricity/eccentricity, vegetative index and deviation from the general norm (p < 0.05). When analyzing the scales of the Spielberger–Hanin test, it was found that in patients Group 1 has increased reactive anxiety, which manifested itself in the form of persistent tension, anxiety, attention disorders and anxiety (p < 0.05). Personal anxiety in these patients was characterized by a tendency to perceive a large range of situations as threatening, dangerous and directly correlated with the presence of neurotic conflict, emotional and neurotic breakdowns (p < 0.05).

In group 2, reactive and personal anxiety was manifested by mild anxiety, tension, less tendency to worry and greater resistance to the effects of stressful social factors.

In the 3rd group, there are no significant deviations from the main indicators on the test scales SMIL, 8-color Lusher test, reactive and personal anxiety according to the Spielberger–Khanin test were not detected, which significantly differed from similar indicators of the 1st and 2nd groups of subjects (p < 0.05).

Thus, the revealed changes in the mental and psychophysiological status in the 1st group of subjects indicate the presence of persistent (moderate) depressive reactions, stress, psychopathic and psychasthenic manifestations of personality, as well as instability of vegetative regulation in the form of sympathicotonic type (ergotropic tone) of vegetative influences. In addition, the Spielberger–Khanin test showed that in the group of these subjects there are reactive and personal anxiety, which we regarded as moderate.

Assessment of the function of the cardiovascular system

After daily ECG monitoring in the groups of subjects, the following results were obtained:

– in patients with chronic coronary heart disease and moderate anxiety-depressive disorders, the number of painful and pain-free episodes of myocardial ischemia per day when walking, as well as against the background of low physical exertion (ladder test) significantly exceeded similar indicators in the 2nd and 3rd groups of subjects (p < 0.05). The duration of painful and pain-free episodes of

myocardial ischemia in such patients also significantly exceeded similar indicators of patients groups 2 and 3 ($p < 0.05$);

– in patients with chronic coronary heart disease and mild anxiety-depressive disorders, the number of painful and pain-free episodes of myocardial ischemia per day, as well as their duration, were significantly higher than the existing changes than in the group of subjects without anxiety-depressive disorders ($p < 0.05$).

From the above, it should be concluded that patients with chronic coronary heart disease and moderate anxiety-depressive disorders have a greater number of pain and pain-free episodes of myocardial ischemia, which became longer in duration and were provoked by less physical exertion than in groups of other patients.

The state of the suprasedgmental area of the VNS

When analyzing the level of β -endorphin in peripheral blood in the examination groups, we revealed a significantly significant decrease in this indicator in the 1st group of patients in relation to the 2nd ($p < 0.05$) and 3rd ($p < 0.05$) groups. A significant decrease in β -endorphin was also found in patients in group 2 in relation to the subjects of group 3 ($p < 0.05$).

In addition, there was an increase in the level of β -endorphin b in the groups of patients with chronic coronary artery disease, occurring with pain-free episodes of angina pectoris, in relation to the subjects with chronic coronary artery disease and pain syndrome ($p < 0.05$).

Thus, a direct pathological effect of the severity of anxiety-depressive disorders on the level of β -endorphin in the form of suppression of its activity on the periphery. Increasing the level of content β -endorphin in subjects with pain-free myocardial ischemia indicates, most likely, about a compensatory reaction in the form of activation of the suprasedgmental region of the ANS, due to a more unfavorable prognostic course of this pathology.

The state of immune regulation

All indicators of cytokines of the pro-inflammatory and anti-inflammatory spectrum in the examination groups varied widely. Thus,

it was found that in patients with chronic coronary heart disease, occurring with moderate anxiety-depressive disorders, there is an increase in indicators reflecting the activity of inflammation – TNF α , IL-1 β , IL-6 ($p < 0.05$), suppression of IL-4, IL-10 ($p < 0.05$) in relation to the examined others groups.

In addition, the authors found that in patients with chronic coronary artery disease and pain-free episodes of myocardial ischemia, there is a more significant increase in the activity of TNF α , IL-1 β , IL-6 and suppression of IL-4 and IL-10 than in the painful form of angina pectoris ($p < 0.05$).

The results of the clinical and laboratory examination allow us to summarize that in patients with chronic IHD, anxiety-depressive disorders have a direct pathological effect on the cytokine status of the immune system, and these changes directly correlate with the severity of affective spectrum disorders.

The revealed changes at the level of the cytokine pool of the immune system in pain-free myocardial ischemia in this case indicate a more unfavorable course in the atherosclerotic process in such patients.

CONCLUSIONS

1. The influence of the severity of anxiety-depressive disorders on the clinical course of the chronic form of coronary heart disease was noted. Thus, in patients with coronary heart disease and anxiety-depressive disorders of a moderate nature, a greater number of painful and pain-free episodes of angina pectoris were found, which became longer in duration and were provoked by less physical exertion.

2. The direct pathological effect of anxiety-depressive spectrum disorders on neuroimmune processes was revealed: decrease in the level of β -endorphin; increase proinflammatory cytokines (TNF α , IL-1 β , IL-6) and inhibition of anti-inflammatory cytokines (IL-4, IL-10) spectrum.

3. There was a regulatory imbalance at the level of the neuropeptide-cytokine link of the immune system in pain-free myocardial ischemia, which indicates a more unfavorable prognostic course of this pathology.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Абдувакилов Ж., Ризаев Ж. Биохимические маркеры соединительной ткани у больных хроническим воспалительным пародонтитом на фоне метаболического синдрома //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 1 (70). – С. 11-14.
2. Alisherovna, K. M., & Xudoyberdiyevich, G. X. FEATURES OF HEART DAMAGE IN PATIENTS WITH VIRAL CIRRHOSIS OF THE LIVER. Alisherovna, K. M., & Xudoyberdiyevich, G. X. FEATURES OF HEART DAMAGE IN PATIENTS WITH VIRAL CIRRHOSIS OF THE LIVER.
3. Alisherovna, K. M., Erkinovna, K. Z., Jamshedovna, K. D., & Toshtemirovna, E. M. M. (2022). STUDY OF QUALITY OF LIFE INDICATORS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE USING THE SF-36 QUESTIONNAIRE. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 558-564.
4. Alisherovna, K. M., Tatlibayevich, Y. S., Toshtemirovna, E. M. M., & Nizamitdinovich, H. S. (2021). Diagnostic Significance Daily Monitoring of Blood Pressure in Young Women (Under 40 Years Old) with Arterial Hypertension. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, 2(5), 461-465.
5. Buribayevich, N. M. (2022). Treatment of Chronic Heart Failure in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, 3(1), 183-186.
6. Erkinovna, K. Z., Davranovna, M. K., Toshtemirovna, E. M. M., & Xudoyberdiyevich, G. X. (2022). CORRECTION OF COMPLICATIONS IN CHRONIC HEART FAILURE DEPENDING ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 565-575.
7. Makhmudova, K. D., & Gaffarov, H. H. (2021, February). STUDYING THE LIVER FUNCTION IN BURN RECONVALESCENTS. In Archive of Conferences (Vol. 15, No. 1, pp. 208-210).
8. Toshtemirovna, E. M. M., Alisherovna, K. M., Totlibayevich, Y. S., & Muxtorovna, E. M. (2022). HEARTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: THE RELATIONSHIP WITH IMMUNOLOGICAL DISORDERS. Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development, 4, 34-41.
9. Toshtemirovna, E. M. M., Alisherovna, K. M., Totlibayevich, Y. S., & Duskobilovich, B. S. (2022). THE VALUE OF XANTHINE IN CHRONIC HEART FAILURE. Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development, 4, 24-29.
10. Toshtemirovna, E. M. M., Nizamitdinovich, K. S., Tadjiyevich, X. A., & Xudoyberdiyevich, G. X. (2022). ASSESSMENT OF RENAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.
11. Xaydarov, S. N., & Normatov, M. B. (2021). DETERMINATION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AT THE PREGNANCY PERIOD. Scientific progress, 2(4), 325-327.
12. Ziyadullaev S. et al. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 1760-1766.
13. Yarmatov, S. T. (2021). YURAK ISHEMIK KASALLIGI VA BACHADON MIOMASI BO'LGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ANTIKOUGULYANT VA ANTITROMBOSITAR TERAPIYANI O'TKAZISH BO'YICHA KLINIK KUZATUVNI OLIB BORISH. Scientific progress, 2(3), 792-797.

14. Yarmukhamedova, S. (2020). SURUNKALI GLOMERULONEFRIT BILAN OG 'RIGAN BEMORLARDA ARTERIAL QON BOSIMINING SUTKALIK MONITORING KO 'RSATKICHLARINI BAXOLASH. Журнал кардиореспираторных исследований, 1(1), 103-108.
15. Норматов, М. Б. (2022). EFFICACY OF AMLODIPINE IN ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS. Журнал кардиореспираторных исследований, 3(1).
16. Хайдарова, З. (2021). ЭНТРОПИЯ И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА. Журнал кардиореспираторных исследований, 2(4), 59-62.
17. ШОДИКУЛОВА, Г. З., ЭРГАШОВА, М. М., КУРБАНОВА, З. П., & УМАРОВ, И. Д. (2022). REVMATOID ARTRIT VA IKKILAMCHI OSTEOARTROZ BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA KARDIOVASKULYAR XAVFINI VANOLASH. ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ, 7(1).
18. Эргашова, М. М., & Шодикулова, Г. З. (2021). РЕВМАТОИД АРТРИТ ВА ИККИЛАМЧИ ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЮРАК ГЕМОДИНАМИКАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ. ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ, 6(1).
19. Ярмухаммедова, С. (2020). ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. Журнал кардиореспираторных исследований, 1(2), 88-92.
20. Ярмухаммедова, С., Гаффоров, Х., & Ярматов, С. (2020). JIGAR SIRROZIDA YURAKNING SISTOLIK VA DIASTOLIK DISFUNKTSIYASINING ANAMIYATI. Журнал кардиореспираторных исследований, 1(2), 85-87.




Гуландом Зикрияевна Шодиколова
Самаркандский Государственный
медицинский университет
кафедра внутренних болезней №3
Самарканд, Узбекистан

Дилшод Каримович Саматов
Самаркандский Государственный
медицинский университет
кафедра внутренних болезней №3
Самарканд, Узбекистан

Карабаева Гулчехра Худойбердиевна
Самаркандский Государственный
медицинский университет
кафедра внутренних болезней №3
Самарканд, Узбекистан

Атоев Тулкин Толмасович
Самаркандский Государственный
медицинский университет
кафедра внутренних болезней №3
Самарканд, Узбекистан

МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Работа посвящена исследованию состояния функции эндотелия, метаболизма соединительной ткани, у пациентов с патологиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на фоне дисплазии соединительной ткани, для ведения пациентов в системе первичной медико-санитарной помощи. В ходе исследования было установлено, что у пациентов с патологиями желудочно-кишечного тракта, связанными с ДСТ, наблюдается снижение уровня магния в крови, активация гиалуронидазы, которая способствует расщеплению компонентов внеклеточного матрикса и продуктов распада. Существует также эндотелиальная дисфункция из-за дисбаланса в системе NO. Дисбаланс в NO-системе, в свою очередь, определяется гиперэкспрессией iNOS и накоплением ONO-2, снижением активности eNOS.

Ключевые слова: патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дисплазия соединительной ткани, дисфункция эндотелия, экстрацеллюлярный матрикс.

Gulandom Zikriyaevna Shodikulova
Samarkand State Medical University
Department of Internal Diseases №3
Samarkand, Uzbekistan

Dilshod Karimovich Samatov
Samarkand State Medical University
Department of Internal Diseases №3
Samarkand, Uzbekistan

Karabaeva Gulchekhira Khudoiberdievna
Samarkand State Medical University
Department of Internal Diseases №3
Samarkand, Uzbekistan

Atoev Tulkin Tolmasovich
Samarkand State Medical University
Department of Internal Diseases №3
Samarkand, Uzbekistan

MARKERS OF ENDOTHELIAL AND EXTRACELLULAR MATRIX DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PATHOLOGIES OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA WITH THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

ANNOTATSION

The aim of the study was to study the state of endothelial function in patients with pathologies of the upper gastrointestinal tract, connective tissue metabolism, against the background of connective tissue dysplasia for the management of patients in the primary health care system. In the course of the study, it was found that in patients with gastrointestinal pathologies associated with CTD, there is a decrease in the level of magnesium in the blood, activation of hyaluronidase, which contributes to the breakdown of extracellular matrix components and products of the breakdown of decay NO there is also endothelial dysfunction due to an imbalance in the system. The imbalance in the NO system, in turn, is determined by the over expression of iNOS and the accumulation of ONO2, a decrease in eNOS activity.

Keywords: pathology of the upper gastrointestinal tract, connective tissue dysplasia, endothelial dysfunction, extracellular matrix.

Gulandom Zikriyaevna Shodikulova

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
3-ichki kasalliklar kafedrası

Dilshod Karimovich Samatov

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
3-ichki kasalliklar kafedrası

Karabaeva Gulchexra Xudoyberdievna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
3-ichki kasalliklar kafedrası

Atoev Tulkin Tolmasovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
3-ichki kasalliklar kafedrası

YUQORI OSHQOZON-ICHAK TRAKTI BILAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYAZIYASI BO'LGAN BEMORLARDA ENDOTELIAL VA HUYAYRADAN TASHQARI MATRITSA DISFUNKSIYASINING MARKERLARI

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan bemorlarda endotelial funktsiya holatini, biriktiruvchi to'qima metabolizmini, sog'liqni saqlashni birlamchi tizimida bemorlarni olib borish uchun biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida o'rganish bo'ldi.

Tadqiqot davomida BTd bilan bog'liq oshqozon-ichak patologiyalari bo'lgan bemorlarda qonda magniy darajasining pasayishi, gialuronidazning faollashishi aniqlandi, bu esa hujayradan tashqari matritsa tarkibiy qismlarining parchalanishiga hissa qo'shadi va parchalanish mahsulotlarining chiqarilishi. NO tizimidagi muvozanat tufayli endotelial disfunktsiya ham mavjud. NO-tizimidagi nomutanosiblik, o'z navbatida, iNOS giperexpressiyasi va ONO2 ning to'planishi, eNOS faoliyatining pasayishi bilan belgilanadi.

Kalit so'zlar: yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi, biriktiruvchi to'qima displaziyasi, endotelial disfunktsiya, hujayradan tashqari matritsa.

Terapiyaning qiyin masalalaridan biri yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan bemorlarda BTdning og'irligini baholashdir. Ko'pgina mualliflar buni patologik jarayonda, xususan oshqozon-ichak trakti va safro tizimida turli organlar va tizimlarning ishtiroki tufayli BTdning turli xil klinik ko'rinishlari bilan bog'lashadi.

Bir qator mualliflar BTd (8,9) ning rivojlanishida endotelial disfunktsiyaning asosiy roliga ishora qilmoqdalar.

Mualliflarning fikriga ko'ra, bu hujayradan tashqari matritsa oqsillari genlarining polimorfizmi muvozanatining buzilishi bilan bog'liq.

Boshqa bir qator mualliflar endotelial disfunktsiyaning sababi endoteliositlar tomonidan azot oksidining mahalliy ishlab chiqarilishining buzilishi, shuningdek oksidlovchi stressning kuchayishi deb hisoblashadi [9].

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, endoteliositlarda NO-sintazlarning ferment tizimi tomonidan sintez qilingan azot oksidi vazodilatatsion ta'sirga ega, vazoaktiv peptidlar esa endoteliositlar, epiteliya hujayralari, makrofaglar, fibroblastlar, kardiomyositlar tomonidan sintez qilingan endotelinlar vazokonstriksiyaga hissa qo'shadi [7,9].

Mualliflarning fikriga ko'ra, endotelial disfunktsiya xavfni aniqlaydigan qon tomir hujayralarida ushbu birikmalarning sintezi tezligidagi muvozanat buzilishi.

Endotelial disfunktsiyaning xarakterli xususiyati vaskulogenez, angiogenez va vazoaktiv moddalar hosil bo'lish jaraonlarining kiritilishi natijasida mikrosirkulyasiya, gipoksiya, reperfuzyaning buzilishidir.

Gastroezofagial zona va biriktiruvchi to'qimalarning birlashtirilgan patologiyasi populyatsiyada juda keng tarqalganiga qaramay, ko'p jihatlardan, xususan, klinikaning xususiyatlari va yoshlarda BTd sindromi fonida endotelial funktsiyasi haqida yetarlicha o'rganilmagan.

Tug'ma biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida yuzaga keladigan yuqori oshqozon-ichak trakti (OIT) surunkali kasalliklar muammosi bo'yicha zamonaviy ilmiy ma'lumotlar cheklangan, asosan

anatomik anomaliyalar bilan bog'liq va juda kamdan-kam hollarda patomorfozning gistologik xususiyatlarini aniqlashga qaratilgan kollagen sintezining buzilishi [3,6,13]. Bundan tashqari, oshqozon-ichak kasalliklari rivojlanishida ushbu sindromning patogenetik roli to'g'risida kelishuv mavjud emas.

Tadqiqotning maqsadi yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan bemorlarda endotelial funktsiya holatini, biriktiruvchi to'qima metabolizmini asosiy sog'liqni saqlash darajasida bemorni boshqarish tizimini rivojlantirish uchun biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida o'rganish edi.

Tadqiqot materiallari va metodlari. tekshiruvda 125 yoshdan 20 yoshgacha bo'lgan yuqori oshqozon-ichak trakti kasalliklari bilan kasallangan 55 nafar bemor, o'rtacha 32,5 nafari 13,8 yoshgacha bo'lgan bemorlar ishtirok etdi. Bemorlar 2 guruhga bo'lindi: birinchi guruhda – BTd belgilarisiz yuqori oshqozon - ichak trakti kasalliklari bilan kasallangan 45 (36%) bemor, ikkinchi guruhda-BTS belgilari bo'lgan 80 (64%) bemor va nazorat guruhiga kiritilgan 20 bemor ishtirok etdi. Biriktiruvchi to'qima displaziyasi (BTd) skrining diagnostikasi uchun klinik va anamnestik tekshiruv bosqichida BTd ning fenotipik ko'rinishlari astenik jismoniy, durust buzilishi, ko'krak qafasi deformatsiyalari, bo'g'imlarning gipermobilligi, churrallar, terining kengayishi, tish protezlari anomaliyalari, miopiyani o'z ichiga olgan. Barcha bemorlarning qon zarfida magniy, glyukozaminoglikanlar, gialuronidazalar va oksiprolin darajalari, shuningdek azot oksidi tizimining ko'rsatkichlari aniqlandi. Olingan natijalarning statistik tahlili shaxsiy kompyuterlar uchun standart Microsoft Office 2010 dasturiy to'plami yordamida amalga oshirildi. Variatsion qatorlarni standart qayta ishlash arifmetik o'rtacha qiymatlar (M), standart chetlanishlar (m) ni hisoblashni o'z ichiga olgan. Variatsiya seriyasini taqqoslash ikkita namunaviy talaba mezonini (t) yordamida amalga oshirildi. O'rganilgan ko'rsatkichlar orasidagi

bog'liqlikni aniqlash uchun Pirson korrelyatsiyasi koeffitsienti (r) hisoblab chiqildi.

Natijalari. Klinik tadqiqotlar, yoshi va jinsiga qarab, kasallik asosan 30 yoshdan 40 yoshgacha (51,2%) yosh guruhiga xos bo'lganligini aniqladi.

Shu munosabat bilan olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, BTD bemorlarida biriktiruvchi to'qima disorganizatsiyasining rivojlanishi uchun morfologik substrat endotelial disfunktsiya va angiogenezni stimulyasiya qilishdir. Angiogenezni boshlash uchun zarur bo'lgan shartlardan biri bu endotelining o'tkazuvchanligini oshirishdir. Tomirlarning intima endoteliyasi to'siqsiz, sekretor, gemostatik, vazotonik funksiyalarga ega. Bu yallig'lanish reaksiyalarida va qon tomir devorini qayta tiklashda muhim rol o'ynaydi. Uning o'tkazuvchanligining oshishi asosan endoteliy tomonidan o'ziga xos NO sintazalari: eNOS va iNOS ta'sirida sintez qilingan azot oksidi ta'siri bilan bog'liq. Yo'q, endotelial hujayralar tomonidan sintez qilingan va qonga chiqarilgan, qon va arterial bosimning reologik xususiyatlarini tartibga soluvchi vazodilatator

vazifasini bajaradi. eNOS darajasi jismoniy zo'riqish, surunkali gipoksiya, surunkali yurak yetishmovchiligi, himoya funksiyasini bajarish bilan ortadi.

Yuqoridagilarni hisobga olib, BTD fonida yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan bemorlarda NO-tizimning ayrim ko'rsatkichlarini tadqiq qildik (1-jadval). Tadqiqotlar 1.12 va 0.05-guruh tadqiqotlaridagi bemorlarda 1.34 (P>0.001) va 1 (P<2) marta barqaror nitrat oksidi metabolitlarining ko'payishini ko'rsatdi.

Aytish kerakki, eNOS endotelial hujayralar tomonidan azot oksidi sintezi uchun javobgardir. Uning darajasini tahlil qilish I guruh bemorlarida pasayish tendensiyasini ko'rsatdi, II guruh bemorlarida esa bu o'zgarishlar statistik jihatdan ahamiyatli bo'lib, amalda sog'lom shaxslarning qiymatlariga nisbatan 1,23 (P<0,001) marta kamaydi. Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ateroskleroz va yallig'lanishdagi eNOS past kursatkichlari endotelial hujayralarni apoptozdan himoya qiladi. Shu bilan birga, sarumdagi eNOS faolligining biroz pasayishi endoteliositlarning deskuamatsiyasi tufayli endoteliy tomonidan ishlab chiqarilishining buzilishi bilan bog'liq deb taxmin qilish mumkin.

Jadval 1

Ish, guruhlar bilan deyarli sog'lom shaxslar va bemorlar qon zardobida azot oksidi tizimi ko'rsatkichlari, M ±m

Tekshirilgan ko'rsatkichlar	Nazorat, n=20	I guruh, n=45	II guruh, n=80
NO, mkmol/l	9,60±0,61	10,72±0,83	12,88±0,35***^
eNOS, mkmol/min/l	18,69±0,73	17,42±0,70	15,21±0,57***^
iNOS, mkmol/min/l	0,661±0,043	0,791±0,081	0,900±0,043***
ONO ₂ ⁻ , mkmol/l	0,103±0.007	0,118±0,006	0,135±0,007**

Izoh: * - nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (**- P<0.01, * * * - P<0.001); ^ - II guruh bemorlari guruhi ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (^^^ - P<0.001)

NO-sintaza - iNOS yana bir izoformasi yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi uchun javobgardir va uning ifodasi fagositoz induksiyasi paytida kuzatiladi va hujayradagi kalsiy konsentratsiyasiga bog'liq emas. Uning faoliyatini tahlil qilish patologik jarayonning yomonlashishi bilan progressiv o'sishni ko'rsatdi. Demak, I guruh bemorlarida eNOS faolligi 1,2 (P>0,05) marta oshsa, II guruh bemorlarida bu ko'rsatkichning o'sishi amalda sog'lom shaxslar qiymatlariga nisbatan 1,36 (P<0,001) marta oshgan. NO- ning haddan tashqari ekspressiyasini keltirib chiqaradigan iNOS ning faollashishi faollashtirilgan kislorod shakllari va proinflatuar sitokinlar (9,10) bilan rag'batlantiriladi. eNOS faolligining pasayishi va L-arginindan NO hosil bo'lishi hujayradan tashqari matrikaning asosiy moddasi bo'lgan I va IV turdagi kollagen sintezi uchun asosiy substrat bo'lgan L-prolin sintezini rag'batlantiradi (8,9,12). Shuning uchun eNOSning haddan tashqari ekspressiyasi kollagen sintezini tezlashtirish mexanizmini, fibroblast o'sish omilini faollashtirishni va natijada kollagenning pishmagan shakllarini shakllantirishga olib kelishi mumkin deb taxmin qilish mumkin.

Vazokonstriksiya va gipoksiya sharoitida to'qimalarda O2-darajasi oshadi, bu iNOS bilan ifodalanganda hosil bo'lgan NO ning faol kislorod shakllari bilan yuqori toksik birikma – peroksinitrit (ONO₂-) (9). Hosil bo'lishiga yordam beradi.

Bemorlarning qon zardobida peroksinitritni aniqlash natijalarini tahlil qilib, biz bemorlarning 1,15 va 0,05 guruhlarida mos ravishda 1,31 (p>0,01) va 1,2 (P<2) baravar ko'payishini aniqladik. NO ning ko'pligi va yuqori sitotoksik ONO₂ ning geri turi bo'yicha ko'payishi, shuningdek, eNOS faolligining bazal darajasini sezilarli darajada bloklaydi va nos – iNOS patologik izoformini boshlaydi. Bunday sharoitda NO va NO₂ - ning haddan tashqari kengayishi kuchli

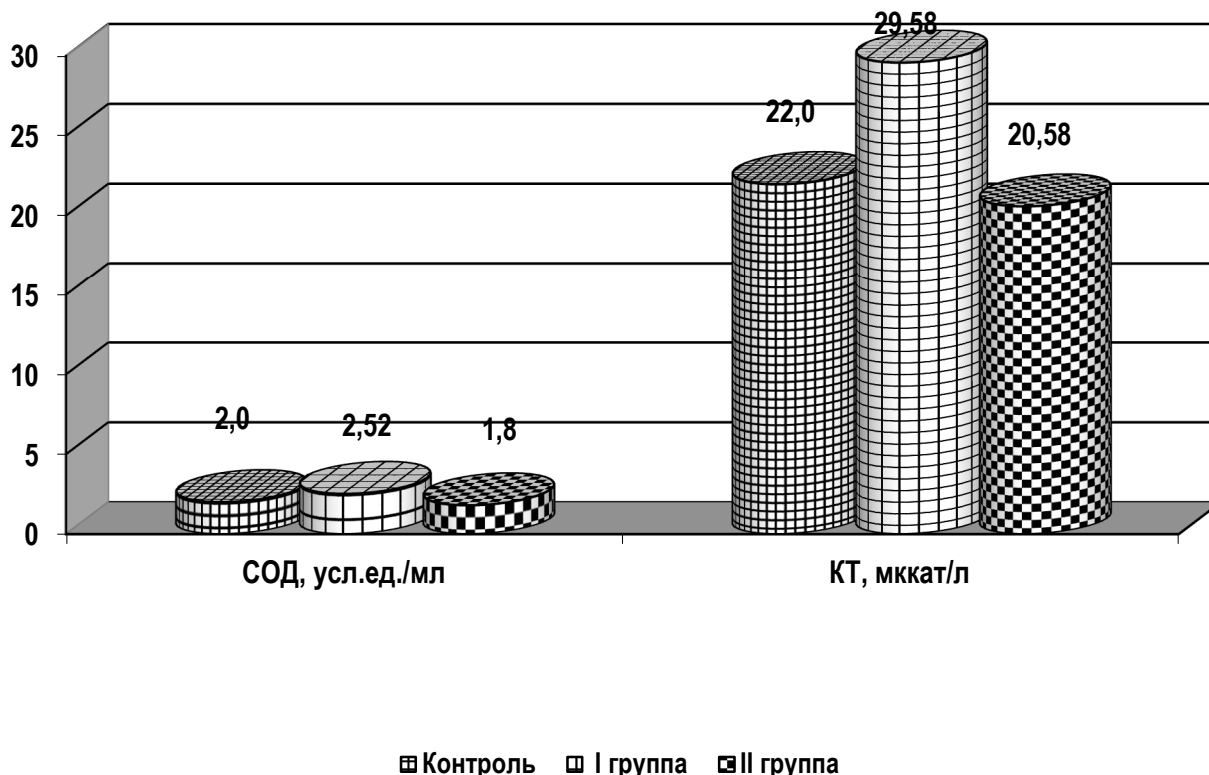
vazopressor ta'siriga ega bo'lib, ularning -1 (8,9) faolligiga induktiv ta'siri bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, I va II-guruh bemorlari NO tizimidagi muvozanat tufayli endotelial disfunktsiyaga ega. NO tizimidagi nomutanosiblik iNOS haddan tashqari ekspressiyasi va ONO₂ ning to'planishi, eNOS faoliyatining tormozlanishi bilan bog'liq.

Hujayralardagi erkin radikal jarayonlar fermentativ va fermentativ bo'lmagan AOS tizimi tomonidan boshqariladi. Bu holda etakchi rol kislorodli erkin radikallarning to'planishiga to'sqinlik qiladigan SOD fermentiga tegishli. Sodaning past faolligi bilan reaktiv kislorod turlarining yuqori konsentratsiyasi azot oksidi molekullari bilan o'zaro ta'sirlashib, peroksinitrit hosil qiladi. Ushbu munosabatlarni hisobga olgan holda biz bemorlarning qon zardobidagi SOD va katalaza fermentlarining faolligini o'rgandik (Rasm 1).

Shunday qilib, I guruh bemorlarida SOD ning faolligi statistik jihatdan sezilarli darajada 2,518 ga oshdi. 0,284 UK op/ml (P<0,01), bu ko'rsatkichning qiymati amalda sog'lom shaxslarda 1,997,0,161 UK op/ml. Shu bilan birga, bemorlarning qon zardobidagi katalazaning faolligi uning I-guruh bemorlarida 29,27 gacha faollashganligini ko'rsatdi uy hayvonlari 0,90 MKAT/l bilan ushbu ko'rsatkichning qiymati amalda sog'lom shaxslarda 21,90 MKAT/l ni tashkil etdi, bu me'yoriy qiymatlardan 1,34 (P < 0,05) martaga oshdi.

Ko'rinishidan, ushbu guruhdagi bemorlarda endotelial funksiyani tartibga solishning kompensatsion mexanizmlari saqlanib qolgan. Shu bilan birga, II-guruh bemorlarida biz sodning faolligini 1800 ga kamaytirish tendensiyasini kuzatdik. 0,085 UE op/ml, katalaz faolligi amalda sog'lom shaxslarning qadriyatlarida ichida qoldi, bu 20,59 ga teng. 58 mcat/l, bu kompensatsion mexanizmlarning buzilishini boshlaganligini ko'rsatmoqda.



Shakl 1. Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning qondagi SOD va katalaza fermentlarining faolligi

Olingan ma'lumotlarni tahlil qilib, I-guruh bemorlarida SOD va katalazning yuqori faolligi O₂-ning inaktivatsiyasi jarayonlarini qoplashga qodir deb taxmin qilish mumkin. Bu yuqori ino faolligini va ONO₂ darajasini ma'lum diapazonda saqlashga imkon beradi va nazorat qiymatlari ichida endotelial funktsiyani saqlab, ET-1, angiogenezning faollashishiga to'sqinlik qiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, eNOS va ONO₂ tomonidan yaratilgan cheksiz bo'lishi mumkin emas, chunki qon tomir endoteliyning antiradikaviy himoyasi fermentlarining kompensatsion imkoniyatlari astasekin tugaydi. Bizning tadqiqotlarimizda bu II-guruh bemorlarida o'zini namoyon qiladi.

Olingan ma'lumotlarga asoslanib, II-guruh bemorlarining qon zardobida NO ning yuqori konsentratsiyasi eNOSning faollashishi bilan bog'liq deb taxmin qilish mumkin, chunki eNOS fermenti bostirilgan. Bunday sharoitda NO va ONO₂ ning haddan tashqari ekspressiyasi kuchli vazopressor ta'siriga ega. Vazokonstriksiya va gipoksiya sharoitida to'qimalarda reaktiv kislorod turlarining darajasi oshadi[9]. SOD ning past faolligi va NO ning yuqori konsentratsiyasi bilan reaktiv kislorod turlari juda toksik peroksinitrit mahsuloti [12] hosil bo'lishi bilan reaksiyaga kirishishi mumkin. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, BTS fonida yuqori oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan bemorlarda biriktiruvchi to'qima disorganizatsiyasining morfologik substrati endotelial disfunktsiya, angiogenezni stimulyatsiya qilish va antiradik himoya tizimining fermentlari faolligining nisbiy yuqorilikligi degan xulosaga kelish mumkin.

Birlashtiruvchi to'qima displaziyasining og'irligini baholash uchun oksiprolin va magniy ionlarining konsentratsiyasi aniqlandi. Magniy darajasini o'rganish II-guruhda uning darajasining sezilarli darajada pasayishini, shuningdek proteolitik fermentlarning faolligini va umumiy oksiprolinning chiqarilishini aniqladi, bu Btd bilan oshqozon-ichak patologiyasi bo'lgan odamlarda biriktiruvchi to'qimalarda metabolik jarayonlarning buzilishini ko'rsatadi (2-jadval).

2-jadval.

Qon zardobida va oksiprolin ajralishida Mg⁺² ionlari, glyukozaaminoglikanlar, gyaluronidaza miqdori, m=m

Tekshirilayotgan ko'rsatkichlar	1 guruh, n=45	2 guruh, n=80
Mg ⁺² , mol/l	0,912±0,022	0,902±0,022
GAG, mkmol/l	4,861±0,098	5,079±0,040
GN, mkmol/l	203,50±2,04	211,00±7,60*
Jami oksiprolin, mkmol/l	21,79±0,55	25,03±0,66*

* - p < 0.05 BTD holda oshqozon-ichak patologiyasi bo'lgan bemorlar guruhi ko'rsatkichlari bilan taqqoslaganda

Magniyning pasayishi endotelial shikastlanishga, hujayradan tashqari matrisa tarkibiy qismlarini, shuningdek fibrillojenez jarayonida ishtirok etadigan fermentlarni shakllantirish uchun mas'ul bo'lgan kollagen va elastinning fazoviy tashkil etilishining buzilishiga olib kelishini hisobga olsak, II-guruh bemorlarida magniy darajasining pastligi kasallikning qo'zg'atuvchi mexanizmlaridan biri hisoblanadi.

Qonda Mg⁺² ionlari konsentratsiyasining pasayishi fonida proteolitik fermentlar, xususan gyaluronidaza faolligining oshishi kuzatilmoqda, ularning qiymatlari II guruh bemorlarida deyarli sog'lom

shaxslarning qiymatlariga nisbatan 9,2% ga oshdi. Bu hujayradan tashqari matrisa tarkibiy qismlarining parchalanishini tezlashtirdi, uning mahsulotlarini qonga chiqarilishi va ularning yaxshilangan ifodasi oshdi. Shunday qilib, II guruh bemorlarining qon zardobidagi glyukozaaminoglikanlarning tarkibi, bu ko'rsatkich deyarli sog'lom shaxslarning qiymatlariga nisbatan statistik jihatdan 9,5% ga oshdi. Shu bilan birga, biz II-guruh bemorlarida umumiy oksiprolinning deyarli sog'lom shaxslarning qiymatlariga nisbatan 24,3% ga chiqarilishini sezilarli darajada oshirdik.

Bizning fikrimizcha, angiogenez sharoitlaridan biri endoteliyning o'tkazuvchanligining oshishidir. Ushbu hodisa asosan endoteliy tomonidan sintez qilingan azot oksidining o'ziga xos no sintazalari ta'sirida ta'siri bilan bog'liq.

Ammo shuni aytish kerakki, hujayralardagi erkin radikal jarayonlar aoz fermentativ tizimining nazorati ostida bo'lib, unda yetakchi rolni SOD fermenti o'ynaydi. Bizning tadqiqotlarimizda patologiya rivojlanib borishi bilan bemorlarda ferment faolligi kamaydi. Sodning past faolligi bilan reaktiv kislorod turlarining yuqori konsentratsiyasi azot oksidi molekullari bilan o'zaro ta'sirlashib, peroksinitrit hosil

qilishini hisobga olsak, bemorlarda biriktiruvchi to'qima disorganizatsiyasining rivojlanishi uchun morfologik substrat endotelial disfunktsiya, angiogenezni stimulyatsiya qilish va antiradikal himoya fermentlari faolligining nisbiy uyatishmovchiligi deb taxmin qilish mumkin. Shu munosabat bilan angiogenezning rivojlanish darajasini va BTD rivojlanishining prognozini baholash uchun biz qon zardobida Pro va anti - angiogen omillarni aniqlashni taklif qilamiz, shuningdek ularni patologik jara'ning rivojlanishi va kasallikning prognozi sifatida aniqlashni tavsiya etamiz.


References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Батаев Х.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у лиц подросткового возраста с проявлением дисплазии соединительной ткани: иммунологические аспекты. / Батаев Х.М., Шихнабиева М.Д. // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2016. №1 (18). - С. 17 - 20.
2. Земцовский Э.В. Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы / Э.В. Земцовский, Э.Г. Малев //СПб.: Изд-во «ИВЭСЭП», 2011. - С.160.
3. Кононов А.В. Морфогенез атрофии слизистой оболочки желудка как основа фенотипа хронического гастрита / А. В. Кононов, С. И. Мозговой, М. В. Маркелова, А. Г. Шиманская // Арх. пат. - 2011. - Вып. 3. - С. 26-31.
4. Национальные рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани. Под ред. А.И. Матвинова, Г.И. Нечаевой. М.: ООО «Бионика Медиа», 2016. С. 12.
5. Саблина О.Ф. Особенности клинических и структурных проявлений атрофического процесса в слизистой оболочке желудка при дисплазии соединительной ткани / Л.А. Наумова, О.Ф. Саблина, Е.Е. Чичагова // Вестник Новгородского Государственного Университета имени Ярослава Мудрого. Серия «Медицинские науки». – 2011. – № 66. – С. 83–87.
6. Чернуха С.Н. Особенности лечения атрофических гастритов у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / С. Н. Чернуха. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2014. - № 10 (69). - С. 94-97.
7. Шихнабиева М.Д., Батаев Х.М., 2014. Дисплазия соединительной ткани и ее роль в развитии патологии органов пищеварения. // Врач. - 2014. - №2. - С. 7 - 9.
8. Шодиколова Г.З., Бабамурдова З.Б Клинико-диагностическое значение некоторых аутоантител к коллагенам при недифференцированной дисплазии соединительной ткани// IV съезд евразийской ассоциации терапевтов совместно с республиканской научно-практической конференцией терапевтов Узбекистана. - Ташкент, 2018. - С.31
9. Шодиколова Г.З. Клинико – лабораторные показатели и их взаимосвязь с уровнем магния при НДСТ. «Достижения науки и образования» Россия, 2019 №10 (51), стр. 41-45
10. Fattaeva D. R., Rizaev J. A., Rakhimova D. A. Efficiency of Different Modes of Therapy for Higher Sinus after COVID-19 in Chronic Obstructive Pulmonary Disease //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6378–6383-6378–6383.
11. Goldenring J. R. Oxyntic atrophy, metaplasia, and gastric cancer /J. R. Goldenring, K. T. Nam // Prog. Mol. Biol. Transl. Sci. - 2010. - Vol. 96. - P. 117-131.
12. Salis G., 2011. Systematic review: Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Latin America. Acta Gastroenterol Latinoam V.41 (1). P. 60-69.
13. Shodikulova G.Z., Mirzaev O.V., Babamuradova Z.B. Prevalence of clinical options of undifferentiated connective tissue dysplasia in uzbek population// LXIV international correspondence scientific and practical conference “EUROPEAN RESEARCH: innovation in science, education and technology”/ - London, United Kingdom, 2020. - P. 90-92.
14. Gulandom Shodikulova, Dilshod Samatov, Zarangis Tairova Peculiarities of the clinical course and diagnosis of the pathology of the upper gastrointestinal tract in patients with connective tissue displasion//Журнал биомедицины и практики.-2021.-№1.стр.160-166.
15. Ziyadullaev S. et al. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 1760-1766.



Ярмухамедова Саодат Хабибовна
Заведующий кафедрой пропедевтики
внутренних болезней, к.м.н.
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан
Амирова Шахидабону
Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

Аннотация

Артериальная гипертензия является актуальной медицинской проблемой. Ремоделирование миокарда развивается в результате развития артериальной гипертензии. Ремоделирование сердца является важным фактором, который, в свою очередь, ухудшает течение и прогноз заболевания. Ремоделирование левого желудочка при артериальной гипертензии хорошо изучено, но меньше внимания уделяется состоянию правого желудочка.

Нарушение диастолической функции правого желудочка является независимым прогностическим фактором выживания. Изучена диастолическая функция правого желудочка у 71 больного с различными стадиями артериальной гипертензии и сердечной недостаточностью II-III функциональных классов.

При анализе диастолических параметров правого желудочка от степени повышения диастолического АД выявлены достоверные различия между больными с легкой и высокой артериальной гипертензией, а максимальное наполнение с тенденцией к увеличению фазы быстрого наполнения правого желудочка связана с отношением скорости наполнения к максимальной скорости выброса. Ранние признаки диастолической дисфункции правого желудочка.

У больных АГ III стадии выявлена тенденция к снижению фракции выброса правого желудочка; остальные клинические параметры достоверно не отличались между подгруппами.

Изучены показатели диастолической функции правого желудочка на разных стадиях артериальной гипертензии в зависимости от вида диастолических заболеваний и сердечной недостаточности легкой и тяжелой степени.

Присоединение тяжелой сердечной недостаточности на различных стадиях АГ приводит к возникновению более тяжелых видов правожелудочковой диастолической дисфункции, которая в ряде случаев носит ограничивающий характер.

Для больных с тяжелой сердечной недостаточностью характерно снижение сокращения правого желудочка, что свидетельствует о достоверном снижении максимальной скорости выброса по сравнению с контролем, тенденции к снижению ударного объема и увеличению ограниченного диастолического объема правого желудочка.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, правый желудочек, диастолическая функция, сердечная недостаточность, эхокардиография.

Yarmukhamedova Saodat Khabibovna
Head of the department of propaedeutics
of internal medicine, Ph.D.
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Amirova Shahidabonu
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

CHARACTERISTICS OF RIGHT VENTRICULAR DIASTOLIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ANNOTATION

Arterial hypertension is an urgent medical problem. Myocardium remodeling develops as a result of the development of arterial hypertension. Cardiac remodeling is an important factor, which in turn worsens the course and prognosis of the disease. Left ventricular remodeling in arterial hypertension has been well studied, but less attention has been paid to the status of the right ventricle.

Impaired right ventricular diastolic function is an independent prognostic factor for survival. They studied the diastolic function of the right ventricle in 71 patients with various stages of hypertension and heart failure of II-III functional classes.

In the analysis of the diastolic parameters of the right ventricle from the degree of increase in diastolic blood pressure, reliable differences were found between patients with mild and high arterial hypertension, and the maximum filling with a tendency to increase the rapid filling phase of the right ventricle diastole related to the ratio of the filling rate to the maximum ejection rate. early signs of right ventricular diastolic dysfunction.

In patients with stage III hypertension, a tendency to decrease in the right ventricular ejection fraction was found; the remaining clinical parameters did not differ significantly between the subgroups.

We studied the indicators of the diastolic function of the right ventricle at different stages of hypertension, depending on the type of diastolic diseases and mild and severe heart failure.

The addition of severe heart failure at various stages of hypertension leads to the emergence of more severe types of right ventricular diastolic dysfunction, which in some cases has a limiting character.

For patients with severe heart failure, a decrease in the contraction of the right ventricle is characteristic, which shows a reliable decrease in the maximal ejection rate compared to the control, a tendency to a decrease in the stroke volume and an increase in the limited diastolic volume of the right ventricle.

Key words: hypertension, right ventricle, diastolic function, heart failure, echocardiography.

Yarmuxamedova Saodat Xabibovna

Ichki kasalliklar propedevtikasi

kafedrası mudiri, t.f.n.

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Amirova Shohidabonu

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA O'NG QORINCHA DIASTOLIK DISFUNKTSIYASINING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Arterial gipertenziya dolzarb tibbiy muammodir. Arterial gipertenziya rivojlanishi natijasida miokardning remodelanishi rivojlanadi. Yurakni remodelanishi muhim omil bo'lib, o'z navbatida kasallikning kechishini va prognozini yomonlashtiradi. Arterial gipertenziya bilan chap qorinchani remodelanishi juda yaxshi o'rganilgan, ammo o'ng qorinchaning holatiga unchalik ahamiyat berilmagan.

O'ng qorincha diastolik funktsiyasining buzilishi omon yashash uchun mustaqil prognostik omil hisoblanadi. Ular gipertenziyaning turli bosqichlari bo'lgan va II-III funktsional sinflarning yurak yetishmovchiligi qo'shilgan 71 bemorda o'ng qorinchaning diastolik funktsiyasini o'rganildi.

Diastolik qon bosimining ko'tarilish darajasidan o'ng qorinchaning diastolik parametrlarini tahlil qilishda yumshoq va yuqori arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlar o'rtasida ishonchli farqlar aniqlandi va o'ng qorincha diastoliga tez to'ldirish fazasining o'sish tendentsiyasi bilan maksimal to'ldirish tezligining maksimal chiqarib yuborish tezligiga nisbati bilan bog'liq. o'ng qorincha diastolik disfunktsiyasining dastlabki belgilari.

Gipertenziya III bosqichi bo'lgan bemorlarda o'ng qorincha otish fraktsiyasining pasayish tendentsiyasi aniqlandi; qolgan klinik ko'rsatkichlar kichik guruhlar o'rtasida deyarli farq qilmadi.

Biz diastolik kasalliklar turiga va past simptomli va og'ir yurak yetishmovchiligiga qarab, gipertenziyaning turli bosqichlarida o'ng qorinchaning diastolik funktsiyasining ko'rsatkichlarini o'rganib chiqdik.

Gipertenziyaning turli bosqichlarida og'ir yurak yetishmovchiligining qo'shilishi o'ng qorincha diastolik disfunktsiyasining yanada og'ir turlarining paydo bo'lishiga olib keladi, bu ba'zi hollarda cheklovchi xarakterga ega.

Og'ir yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar uchun o'ng qorincha qisqarishining pasayishi xarakterlidir, bu nazoratga nisbatan ishonchli, maksimal chiqarib yuborish tezligining pasayishi, zarba hajmining pasayishi tendentsiyasi va o'ng qorinchaning cheklangan diastolik hajmining oshishini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: gipertenziya, o'ng qorincha, diastolik funktsiya, yurak yetishmovchiligi, ehokardiografiya.

Kirish. Arterial gipertenziya eng dolzarb tibbiy muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Buning sababi shundaki, ko'p jihatdan yuqori yurak-qon tomir kasalliklari va o'limga olib keladigan arterial gipertenziya keng tarqalishi va shu bilan birga aholi miqyosida yetarli nazoratning yo'qligi bilan tavsiflanadi [1,2].

Miokardni remodelanishi kasallikning kechishi va prognozini yomonlashtiradigan muhim omil hisoblanadi. Gipertoniya kasalligi (GK) da chap qorinchani remodelanishi juda yaxshi o'rganilgan bo'lsa-da, GK da o'ng qorinchaning holatiga sezilarli darajada kam e'tibor berildi. Yurak yetishmovchiligi (YE) bilan og'rigan bemorlarda o'ng qorincha diastolik funktsiyasining buzilishi mustaqil prognostik omil qolish omilidir va pulsatsiyalanuvchi to'qima Doppler tadqiqotidan foydalanish diastolik disfunktsiyaning informatsion parametrlarini aniqlashga, uning o'pka gipertenziyasi rivojlanishi bilan bog'liqligini isbotlashga imkon beradi [3,4,5].

Yurak yetishmovchiligi va arterial gipertenziya kombinatsiyasi bilan yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim xavfini oshirish to'g'risidagi

tasdiqlangan qoidaga qaramay, YE qo'shilishi fonida GKda miokardni remodelanishi ham o'rganilmagan. Shubhasiz, uzoq muddatli AG fonida YE rivojlanishi paytida miokarddagi adaptiv jarayonlar o'ziga xos xususiyatlarga ega, ular, shu jumladan o'ng qorinchaning diastolik funktsiyasining buzilishlarida namoyon bo'ladi. GK yurakdagi o'zgarishlarni erta tashxislash katta amaliy qiziqish uyg'otadi, bu o'z vaqtda profilaktika choralarini ko'rish va davolanishni amalga oshirishga imkon beradi [5,6].

Qoida tariqasida, arterial gipertenziya bilan, birinchi navbatda va ko'proq darajada, yurakning chap qorinchasi ta'sirlanadi, unga kasallik boshidanoq yuk tushadi. Shuni ta'kidlash kerakki, diastolik funktsiya ko'p sonli, o'zaro bog'liq omillardan tashkil topgan murakkab integral jarayon bo'lib, turli xil sharoitlarning ta'siriga bog'liq: yoshi, jinsi, tana yuzasi, nafas olish fazalari, miokard massasi, yurak urishi, gematokrit tarkibi, oldindan va keyingi yuklanish sharoitlari [6, 7,8,9]. Gemodinamik jihatdan to'g'ridan-to'g'ri yuklanmagan o'ng qorinchaning shikastlanishi uzoq vaqt davomida tadqiqotchilar e'tiborini jalb

qilmadi [10,11,12], shu bilan birga, uzoq vaqt davomida turli xil tadqiqot usullari yordamida arterial gipertenziyaning tez - tez uchraydigan variantlaridan biri - GK bo'lgan o'ng qorincha gipertrofiyaga uchraganligi, uning kontraktilligi buzilishi va klinik jihatdan aniq yetishmovchilik rivojlanishi aniqlandi [13,14, 15].

Tadqiqot maqsadi. Gipertenziyaning turli bosqichlari bo'lgan bemorlarda va II-III funktsional sinflarning yurak yetishmovchiligida o'ng qorinchaning diastolik funksiyasini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Gipertenziya bilan kasallangan 71 bemor tekshirildi.

Barcha bemorlar arterial gipertenziyaning simptomatik xususiyatini istisno qilish va boshqa kasalliklarni aniqlash uchun keng qamrovli tekshiruvdan o'tdilar. Gipertenziya tashxisi JSST ekspertlar qo'mitasi tomonidan taklif qilingan mezonlar asosida amalga oshirildi. Tadqiqotga GK II - III bosqichdagi bemorlar kiritilgan-32 ayol (45,1 %) va 39 erkak (54,9%) (24 yoshdan 63 yoshgacha). Guruhning o'rtacha yoshi 50,3±4,4 yoshni tashkil etdi. Erkaklarda o'rtacha yosh 43,3±4,9, ayollarda esa 52,6±4,9 edi. Antihipertenziv dorilar tadqiqotdan kamida 24 soat oldin bekor qilingan. Elektrokardiografik tekshiruv 50 mm/sek tezlikda 12 ta chipli qo'rg'oshinda o'tkazildi. Qon bosimini o'lchash bemor kamida 5 daqiqa dam olgandan keyin amalga oshirildi. Korotkov usuli yordamida qon bosimi o'ng brakial arteriyada o'lchandi. Gipertenziya II bosqichi tashxisi 46 bemorda aniqlandi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 42,3±4,2 yoshni tashkil etdi. Ulardan 22 nafari ayollar (o'rtacha yoshi 44,7 ± 4,7 yosh) va 24 nafari erkaklar (o'rtacha yoshi 37,4 ± 4,7 yosh).

Olingan natijalarni muhokama qilish. Barcha bemorlarda EKGda (8u1+Ku5 \ u003e 35 mm mezonlarga muvofiq) chap qorincha gipertrofiyasi, gipertonik angioretinopatiya belgilari qayd etilgan. III bosqich gipertenziya tashxisi maqsadli organlarning shikastlanishi bo'lgan 25 bemorda aniqlandi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 57,1 ± 4,4 yoshni tashkil etdi. Ulardan 10 nafari ayollar (o'rtacha yoshi 55,9 ± 4,7 yosh) va 15 nafari erkaklar (o'rtacha yoshi 62,4 ± 4,6 yosh). Ulardan 7 nafar bemorda (3 ayol va 4 erkak, o'rtacha yoshi 63,3 ± 4,6 yosh) miya qon aylanishining vaqtinchalik buzilishi tarixi, qolgan 18 nafari (7 ayol va 11 erkak, o'rtacha yoshi 56,3 ± 5,4 yosh) – koronar arteriya kasalligi hujjatlashtirilgan. Jinsi va yoshiga ko'ra, II va III bosqichdagi gipertenziv bemorlar guruhlarida ishonchli farq qilmadi. Gipertenziya va koronar arter ka alligining kombinat iya I 10 ta II bo'qichli gipertenziya (21,7%) (3 ayol va 7 erkak, o'rtacha yo hi 54,3 ± 2,7 yo h) va 15

Gipertenziv bemorlarda koronar arteriya kasalligi tashxisi JSST tomonidan tavsiya etilgan mezonlarga muvofiq amalga oshirildi [11], tadqiqotdan o'ng qorinchaning sistolik va diastolik funksiyalariga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan kasalliklar - Diabetes mellitus, semirish, o'pkaning surunkali nonspe-raqamli kasalliklari, trikuspid

yetishmovchiligi II darajadan yuqori bo'lgan bemorlar chiqarib tashlandi, chunki retrograd qon oqimi o'ng qorinchaning diastolik funksiyasining xususiyatlarini, yurak urish tezligi bilan taxikardiyaning keltirib chiqaradi. 100 BPM va bo'lmachalar fibrilatsiyasi. Barcha bemorlarda bronxopulmonar tizim kasalliklari anamnestic, klinik, rentgenologik jihatdan chiqarib tashlangan. Tadqiqotga kiritilgan bemorlar guruhida kasallikning o'rtacha davomiyligi 13,4±3,4 yilni, qon bosimining barqaror ko'tarilishining davomiyligi 9,7 ± 3,6 yilni tashkil etdi. Qarindoshlarda arterial gipertenziya ko'rsatkichlari 57 bemorda (80,2%) bo'lgan.

Kasallikning klinik ko'rinishida bosh og'rig'i shikoyatlari ustunlik qildi, ularning mavjudligi 37 bemorda (52,3%), bosh aylanishi 22 bemorda (31%), ko'krakning chap yarmida og'riqlar 32 bemorda (42,3%) qayd etilgan. Ko'pgina bemorlarda jismoniy mashqlar bilan aniq bog'liq bo'lmagan holda, pichoqlash deb ta'riflangan uzoq muddatli og'riqlar qayd etilgan. II bosqich gipertenziya bilan og'riq 20 bemorda funktsional sinf yurak yetishmovchiligi belgilari, 24 bemor II funktsional sinf, III funktsional sinf yurak yetishmovchiligi 2 bemorda aniqlandi. GKning III bosqichi bo'lgan bemorlarda I funktsional sinfning yurak yetishmovchiligi 2ta, II funktsional sinfda 13 bemorda va III funktsional sinfda GKning III bosqichi bo'lgan 10 bemor aniqlandi. Tadqiqotga kiritilgan bemorlar orasida kasallikning labil kursi 8 (11,3%), barqaror ko'rsatkichlar 63 (88,7%) bemorlarda qayd etilgan.

Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlar qo'mitasining tavsiyalariga ko'ra, dastlabki tekshiruvda yumshoq, o'rtacha va yuqori arterial gipertenziya (diastolik qon bosimi darajasi 95-104 mm HG) bo'lgan bemorlar aniqlandi. 105-114 mm simob ustuni; 105-114 mm sim. ust. va 115 mm Hg dan yuqori.). Yumshoq Arterial gipertoniya biamorlarda - 25 kishi (35,2%), o'rtacha shakli 37 (52,1%) va yuqori arterial gipertenziya - 9 bemor (12,7%) bo'lgan. Ob'ektiv tekshiruvda 25 bemorda (35,2%) nisbiy yurak xiralik chegaralarining kengayishi qayd etildi, deyarli barcha bemorlarda sternumning chap tomonidagi II interkostal bo'shliqda II ohang aksenti qayd etildi. Ko'krak qafasi organlarining rentgenografiyasida biron bir bemorda nafas olish organlari tomonidan patologiya aniqlanmadi, 35 bemorda yurak chegarasining kengayishi aniqlandi (49,3%). Gipertenziya III bosqichi bo'lgan bemorlarda o'ng qorincha otish fraktsiyasining pasayishiga ma'lum bir tendentsiya e'tibor beradi; qolgan klinik ko'rsatkichlar kichik guruhlar o'rtasida deyarli farq qilmadi. Diastolik qon bosimining ko'tarilish darajasiga qarab bemorlarning qiyosiy klinik xususiyatlari 1-jadvalda aks ettirilgan.

O'ng qorincha sistolik funksiyasining ko'rsatkichlari kichik guruhlar o'rtasida sezilarli darajada farq qilmadi.

Jadval 1.

Diastolik qon bosimi darajasining turli darajadagi ko'tarilishi bo'lgan bemorlarning klinik xususiyatlari.

	Yumshoq (n=25)	o'rtacha (n=37)	Yuqori (n=9)
Yosh	63,3± 5,2	65,3± 12,2	68,4± 13,6
Kasallikning davomiyligi	13,8±6,4	14,7 ±3,7	15,8±7,8
Barqaror kechishining davomiyligi	9,7±4,5	9,9±5,7	10,2±4,7
Sistolik qon bosimi	153,5±8,7**	168,6±9,7	195,6±9,7
Diastolik qon bosimi	98,6±7,8**	110,8±4,9	195,8±4,9
Yurak yetishmovchiligining funktsional klassi	1,9±0,4	1,8±0,3	2,0±0,4
O'ng qorincha otish fraktsiyasi, %	55,4±8,9	66,7±10,9	58,5±7,8
O'ng qorinchaning qon tomir hajmi, ml	62,1±5,4	57,6±4,9	53,3±5,5

Izoh: * - o'rtacha arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlarga nisbatan ishonchli; * - yuqori arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlarga nisbatan ishonchli (p<0,05).

Diastolik qon bosimining ko'tarilish darajasidan o'ng qorinchaning diastolik parametrlarini tahlil qilishda yumshoq va yuqori arterial gipertenziya bilan og'riq bemorlar o'rtasida ishonchli farqlar aniqlandi va maksimal to'ldirish tezligining maksimal chiqarib yuborish tezligiga nisbati (p<0,02) diastolik disfunktsiyaning dastlabki belgilari tufayli o'ng qorincha diastoliga tez to'ldirish fazasining o'sish tendentsiyasi

bilan maksimal to'ldirish tezligining pasayishi va o'ng atriyal sistolning o'ng qorinchani to'ldirishga qo'shgan hissasining o'rtacha o'sishi bilan o'ng qorincha. Boshqa ko'rsatkichlar bo'yicha farqlar statistik jihatdan ishonchli emas edi. Diastolik qon bosimining o'rtacha ko'tarilishi bo'lgan bemorlarda o'ng atriyal sistolaning gemodinamik hissasini oshirish tendentsiyasidan tashqari, qon bosimi darajasining engil va

o'rtacha ko'tarilishi bilan og'rigan bemorlar o'rtasida ge'vseme va o'ng qorinchani to'ldirish ko'rsatkichlari bo'yicha farqlarning yo'qligi e'tiborga olinadi.

Gipertenziya bosqichiga qarab o'ng qorinchaning diastolik funksiyasini tahlil qilishda quyidagilar aniqlandi. GK bilan og'rigan bemorlarning kichik guruhlarida o'rtasidagi ishonchli farqlar faqat maksimal to'ldirish tezligining maksimal chiqarib yuborish tezligiga nisbati bilan bog'liq bo'lib, bu gipertenziya II bosqichida sezilarli darajada kamaydi.

Kuchli yurak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan maksimal to'ldirish tezligining maksimal chiqarib yuborish tezligiga nisbati integral ko'rsatkichi nazoratga mos keladigan qiymatlarga yaqinlashdi, ammo ushbu ma'lumotlarni sinchkovlik bilan tahlil qilish shuni

ko'rsatdiki, bemorlarda nafaqat maksimal chiqarib yuborish tezligi, balki maksimal to'ldirish tezligi ham pasaygan, bu diastolik buzilishlarga sistolik disfunktsiya qo'shilishni aks ettiradi.

Xulosa. Shunday qilib, gipertenziyaning turli bosqichlarida og'ir yurakning yetarli darajada qo'shilmasligi, ba'zi hollarda cheklovchi xarakterga ega bo'lgan o'ng qorincha diastolik disfunktsiyasining yanada og'ir turlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Og'ir yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar uchun o'ng qorincha qisqarishining pasayishi xarakterlidir, bu nazoratga nisbatan ishonchli, maksimal chiqarib yuborish tezligining pasayishi, zarba hajmining pasayishi tendentsiyasi va o'ng qorinchaning cheklangan diastolik hajmining oshishi.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Cittadini A., Fazio S., Stromer H. et al. // Am. Heart J. 1995. V.130 (50). P. 1074-1082.
2. Бекмурадова М. С., Гаффоров Х. Х., Ярмагов С. Т. Значение определения мозгового натрийуретического пептида в процессе диагностики хронической сердечной недостаточности // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58).
3. Васюк Ю.А., Хадгезова А.Б., Иванова С.В. и др. // Сердечная недостаточность. 2005. Т.6. №3 (31)
4. ВОЗ Курс на оздоровление Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Евробюро ВОЗ
5. Г. Шахнович, А.И. Захарова, Д.В. Черкашин, А.С. Свистов, К.С. Шуленин, К.Н. Ткаченко, А.Е. Аланичев, Р.Г. Макиев, Г.Г. Кутелев, С.В. Ефимов Диастолическая дисфункция миокарда: эхокардиографический феномен или вид сердечной недостаточности?
6. Зиядуллаев Ш. Х. и др. Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов // Збуктукли клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1. – С. 38-41.
7. Клинические исследования. Вестник Российской военно-медицинской академии 3(51) – 2015.
8. Мазур В.В., Калинин А.М. Замораев О.А. Ремоделирование сердца у больных постинфарктным кардиосклерозом на разных стадиях хронической сердечной недостаточности. Российский кардиологический журнал №3 (71) 2008.
9. Минеева Е.Е. Гвозденко Т.А. Диагностика диастолической дисфункции на ранних стадиях артериальной гипертензии у лиц молодого возраста. – 2008. – № 1 – С. 105-106К0
10. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности Европейского Общества Кардиологов (ЕОК).
11. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
12. Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Копина М.Н. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочка у больных артериальной гипертензией и возможности ее коррекции. Сердечная недостаточность. 2005-№3.
13. Тергулов Ю.Э. Масыанская С.Д., Лаипова З.Л. Оценка показателей гемодинамики у больных артериальной гипертензией при различных типах ремоделирования левого желудочка. Практическая медицина 6(82)
14. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ // УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
15. Школа здоровья Артериальная гипертензия Руководство для врачей под ред Р.Г.Оганова М ГЕОТАР Медиа
16. Ярмухамедова С. Х., Бекмурадова М. С. Развитие сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью по показателям натрийуретического пептида // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S2. – С. 283-284.
17. Ярмухамедова С. Х., Бекмурадова М. С., Назаров Ф. Ю. Значение уровня мозгового натрийуретического пептида в ранней диагностике хронической сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертензией // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58).
18. Ярмухамедова С. Х., Камолова Д. Ж. Изучение геометрии миокарда у больных гипертонической болезнью по данным эхокардиографии // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53).



Яхёев Азимжон Акмалович

Резидент магистратуры кафедры внутренних болезней №2 и кардиологии
Самаркандского государственного медицинского университета
Самарканд, Узбекистан

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

Заведующая кафедрой внутренних
болезней №2 и кардиологии
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандского государственного
медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

Хасанжанова Фариди Одыловна

Ассистент кафедры внутренних
болезней №2 и кардиологии, PhD
Самаркандского государственного
медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

В данном исследовании было изучено клиническая особенность развития и своевременная диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые обратились за медицинской помощью в Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Объектами исследования являлись 86 больных с ИБС и ХСН, госпитализированных в отделениях соматической реанимации, экстренной терапии №1 и 2 в Самаркандский филиал РНЦЭМП за период 2018-2021 гг. По результатам было выявлено, быстрое развитие сердечной недостаточности, высокая частота гепатомегалии, асцита гидроторакса, отеков отражает сравнительно тяжелую клиническую течения ИБС у больных и являются основными факторами уменьшения продолжительности жизни пациентов.

Ключевые слова: ИБС, ХСН, одышка, цианоз

Yakheev Azimjon Akmalovich

Resident of the magistracy of the Department
of Internal Diseases No. 2 and Cardiology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Tashenbayeva Eleonora Negmatovna

Head of the Department of Internal
Diseases No. 2 and Cardiology,
Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

Khasanjanova Farida Odilovna

Assistant of the Department of Internal
Diseases No. 2 and Cardiology, PhD
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC HEART FAILURE IN ISCHEMIC HEART DISEASE

ANNOTATION

In this study, the clinical feature of the development and timely diagnosis of chronic heart failure (CHF) in patients with coronary heart disease (CHD) who sought medical help from the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (SF RNCCEMP) was studied. The objects of the study were 86 patients with coronary heart disease and CHF hospitalized in the departments of somatic resuscitation, emergency therapy No. 1 and 2 in the Samarkand branch of the RNCCEMP for the period 2018-2021. According to the results, it was revealed that the rapid development of heart failure, the high frequency of hepatomegaly, ascites of hydrothorax, edema reflects the relatively severe clinical course of coronary heart disease in patients and are the main factors in reducing the life expectancy of patients.

Key words: coronary heart disease, CHF, dyspnea, cyanosis

Yahyoyev Azimjon Akmalovich

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida magistratura rezidenti Samarqand davlat tibbiyot universiteti Samarqand, O'zbekiston

Tashkenbaeva Eleonora Negmatovna

2-ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida mudiri tibbiyot fanlari doktori, professor Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Xasanjanova Farida Odilovna

2-sonli ichki kasalliklar va kardiologiya kafedrasida assistenti, PhD Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGINING KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqot Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialiga (RShTYoIM SF) tibbiy yordam so'rab murojaat qilgan yurak ishemik kasalligi (YuIK) bo'lgan bemorlarda surunkali yurak yetishmovchiligining (SYuYe) rivojlanishining klinik xususiyatini va o'z vaqtida tashxisini o'rganib chiqdi. Tadqiqot ob'ektlari 2018-2021 yillar davomida RShTYoIM SF somatik reanimatsiya, 1 va 2-sonli shoshilinch terapiya bo'limlarida kasalxonaga yotqizilgan YuIK va SYuYe bilan kasallangan 86 bemor tashkil etdi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, yurak yetishmovchiligining tez rivojlanishi, gepatomegali, gidrotoraks, astsitning yuqori chastotasi, shish bemorlarda YuIK ning nisbatan og'ir klinik kechishini aks ettiradi va bemorlarning umr ko'rish davomiyligini pasaytirishning asosiy omillari hisoblanadi.

Kalit so'zlar: YuIK, SYuYe, nafas qisilishi, siyanoz

Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) является актуальной проблемой современной кардиологии [1, 2, 5]. В Национальном руководстве по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти указано, что основными причинами смерти от КВЗ являются прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) (50% всех летальных исходов) и внезапная сердечная смерть (ВСС) (50%) [1]. ХСН является грозным и прогностически неблагоприятным осложнением среди всех КВЗ. Заболеваемость ХСН составляет 2–3% и увеличивается с возрастом: до 3–4% у лиц 45 лет и старше и до 10% у лиц 70 лет и старше [2,3,6].

Одной из основных причин развития ХСН является ишемическая болезнь сердца (ИБС) [7,8,10]. По данным ряда крупных эпидемиологических исследований до 75% случаев сердечной недостаточности связано именно с ИБС и ее осложнениями, на втором месте как ведущая причина ХСН выступает артериальная гипертензия (АГ). Структурные изменения в сердце развиваются у больных ИБС в результате часто повторяющихся эпизодов ишемии, у больных перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) вследствие рубцевания участков функционирующего миокарда, при воспалительных процессах, хронической перегрузке сердца объемом или давлением и при других поражениях миокарда [1,9,11,13].

ХСН – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях нарушения баланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем сопровождающийся неадекватной перфузией органов и тканей организма и проявляющийся комплексом симптомов: одышкой, слабостью, сердцебиением, повышенной утомляемостью и задержкой жидкости. Помимо разграничения ХСН с сохраненной ($\geq 50\%$) и сниженной ($\leq 40\%$) ФВ ЛЖ, в последнее время выделяют пациентов с пограничными (41-49%) значениями ФВ ЛЖ [5,19,20].

Несмотря на широкий арсенал современных лекарственных средств, отдаленный прогноз пациентов с ХСН зачастую остается неблагоприятным [14,15,17]. Исходя из вышесказанного, изучение частоты регистрации ХСН с ИБС имеет важное значение для понимания причин смертей на уровне популяции, планирования и организации профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение показателей смертности [3,12,16,18].

Цель исследования: изучить особенности развития и своевременной диагностики хронической сердечной недостаточности у больных ИБС, которые обратились за медицинской помощью в Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 86 больных с диагнозом ИБС и ХСН, которые поступали в отделения экстренной терапии №1 и 2 Самаркандский филиал РНЦЭМП. Больные в зависимости от пола были разделены на 2 группы: 1-ю группу составляли 47 (54,7%) мужчины, 2-ю группу составили 39 (45,3%) женщины. Средний возраст больных составлял $56 \pm 9,5$ лет. Для выявления признаков перегрузки объемом, оценивались следующие симптомы: тахипное, тахикардия, артериальная гипертензия, гипоксия, набухание яремных вен, отек легких, ритм галопа, увеличение печени и/или признаки portalной гипертензии, периферические отеки, периферический цианоз.

Всем пациентам проводилось клиническое и инструментальное обследование, включающие ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики на аппарате фирмы SIEMENS (Германия). За основу оценки степени тяжести систолической дисфункции левого желудочка, лежащей в основе ХСН, положены эхокардиографические показатели. При проведении ЭхоКГ выявлено выраженное снижение фракции выброса (ФВ).

Результаты исследования: по данным наших исследований было выявлено мужчины чаще страдали ИБС и ХСН по сравнению с женщинами и составляли 47 (54,7%) и 39 (45,3%) соответственно.

При распределении больных по возрастным показателям были выявлены следующие данные (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от пола и возраста

Больные	Всего	20-40 лет	41-60 лет	свыше 60 лет
ИБС+ХСН	86 (100%)	6 (7%)	44 (51,2%)	36 (41,8%)
Мужчины	47 (54,7%)	4 (4,7%)	21 (24,4%)	22 (25,6%)
Женщины	39 (45,3%)	2 (2,3%)	23 (26,7%)	14 (16,3%)

При определении давности развития заболевания были выявлены следующие данные: у 30% больных давность заболевания составила до 1 года, у 59% - от 1 до 5 лет и у 11 %

больных - свыше 5 лет (рис 1). В наших исследованиях преобладали больные с давностью заболевания 1 – 5 лет.

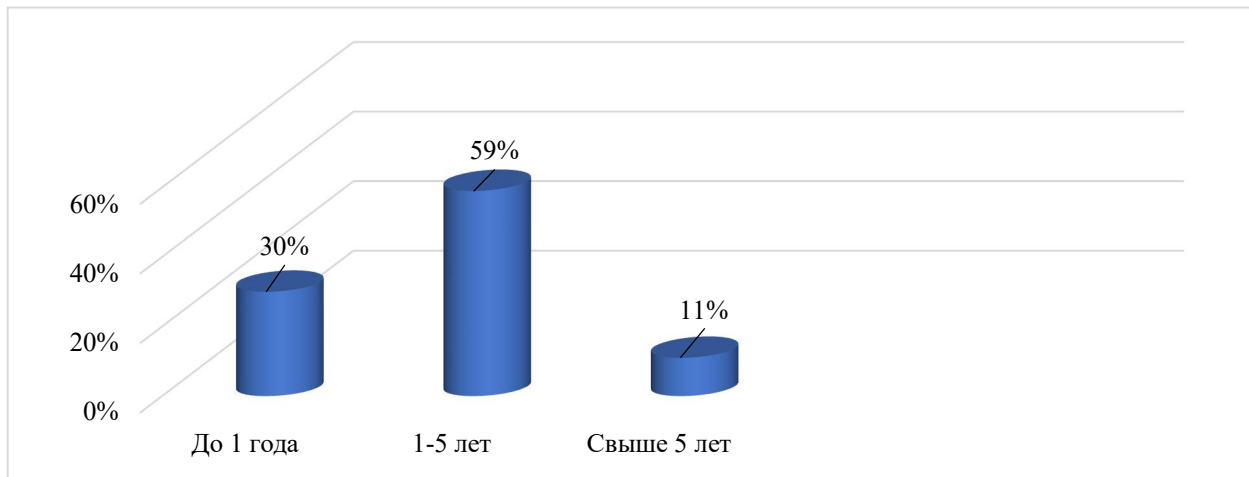


Рис. 1. Количество больных с ИБС и ХСН в зависимости от продолжительности заболевания

Анализ истории болезни, анамнеза заболевания, опрос родственников больных в наших исследованиях показали, что в 54% случаев заболевания началось симптомами сердечной недостаточности (рис.2). 96% пациентов в дебюте заболевания отмечали другие признаки поражения сердца: 65% больных – боль

в области сердца, у 34% больных сердцебиение, у 3% больных – ИБС началась симптомами, не имеющими прямого отношения к поражению сердца: головными болями, болями в области плечевого сустава. У них признаки поражения сердца были выявлены при Эхо КГ.

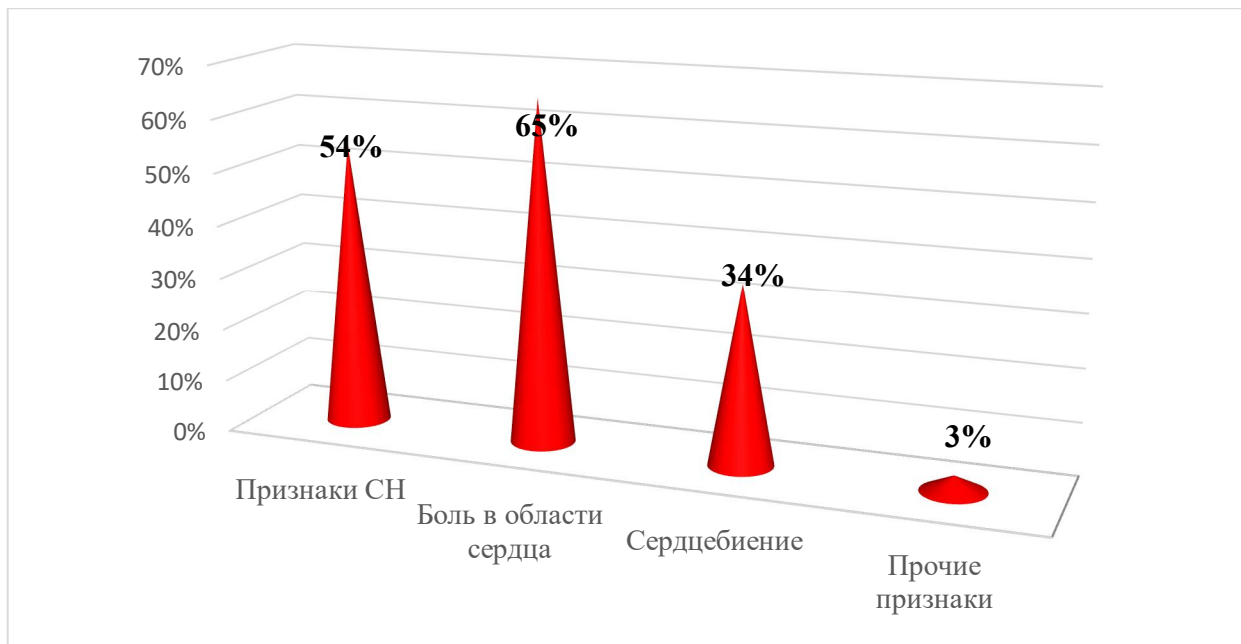


Рис. 2. Частота встречаемости начальных признаков ИБС и ХСН

По данным нашего исследования при поступлении в стационар у всех больных были выявлены признаки ХСН: I стадия ХСН

встречалось в 4,7%, II «А» стадия в 45%, II«Б» в 42% и III стадии нарушения кровообращения встречалось в 8,3% (рис 3.)

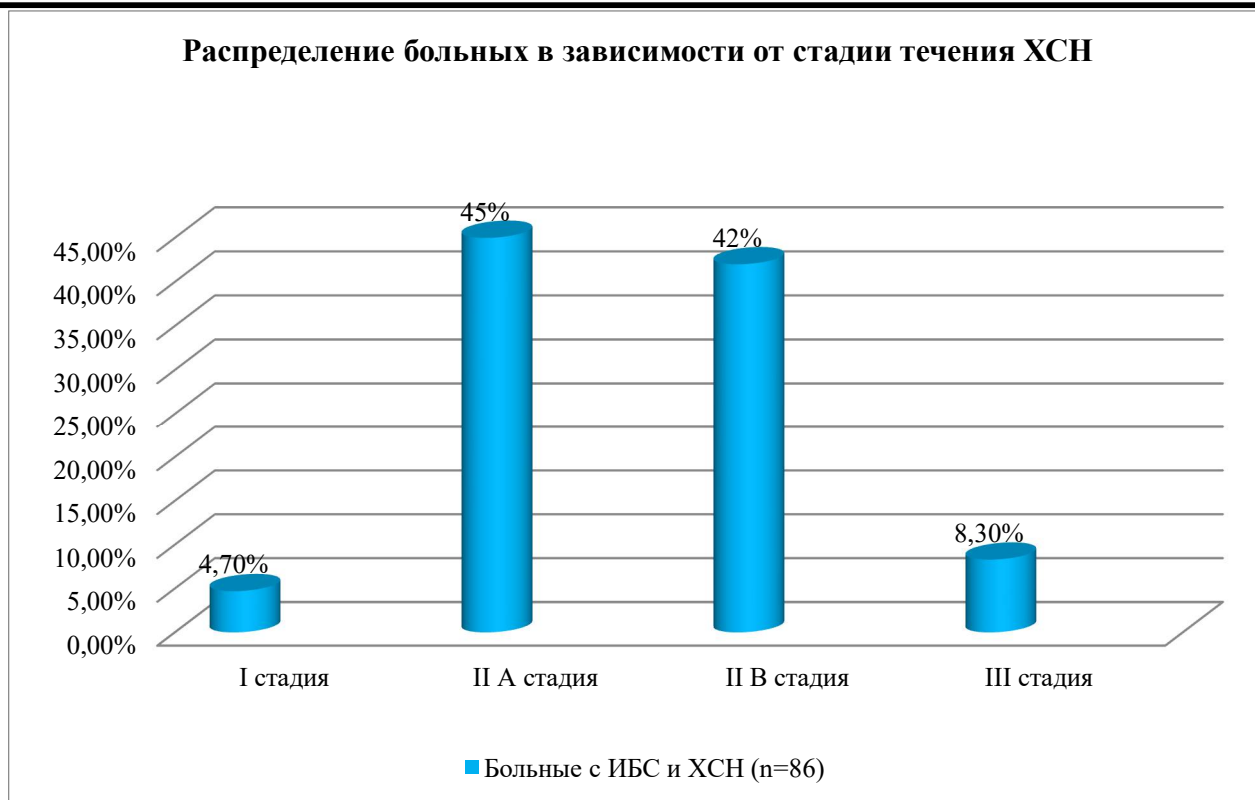


Рис. 3. Распределение больных в зависимости от стадии течения ХСН

При исследовании больных было выявлено, что боли в области сердца является самым частым симптомом при ИБС и ХСН. В наших исследованиях на боли в области сердца жаловались почти все больные. У 57 больных (66%) сердцебиение ощущалось постоянно, у 29 больных (34%) – возникало приступообразно. Ощущение перебоев в работе сердца сопровождалось чувством замирания, «кувыркания» или остановки сердца.

По локализации ишемических изменений на ЭКГ было выявлено следующие данные. Ишемические изменения в передней стенке отмечалось в 1-й группе у 18 (38,3%) больных, во 2-й группы у 12 (30,7%) больных, ($p=0,99$). Ишемия задней стенки левого желудочка (ЛЖ) отмечалось у 15 (32%) больных 1-й группы, во 2-й группе было выявлено у 13 (33,3%) больных ($p=0,45$). Ишемические изменения передне-перегородочной стенки было в 2 раза выше у больных 2-й группы и отмечалось у 8 (20,5%) больных, в 1-й группе у 4 (10,2%) больных соответственно ($p=0,14$). Ишемия боковой стенки было выявлено в 1-й группе у 4 (8,5%) больных, во 2-й группе у 3 (7,7%) больных, ($p=0,81$). (Рис. 3.10).

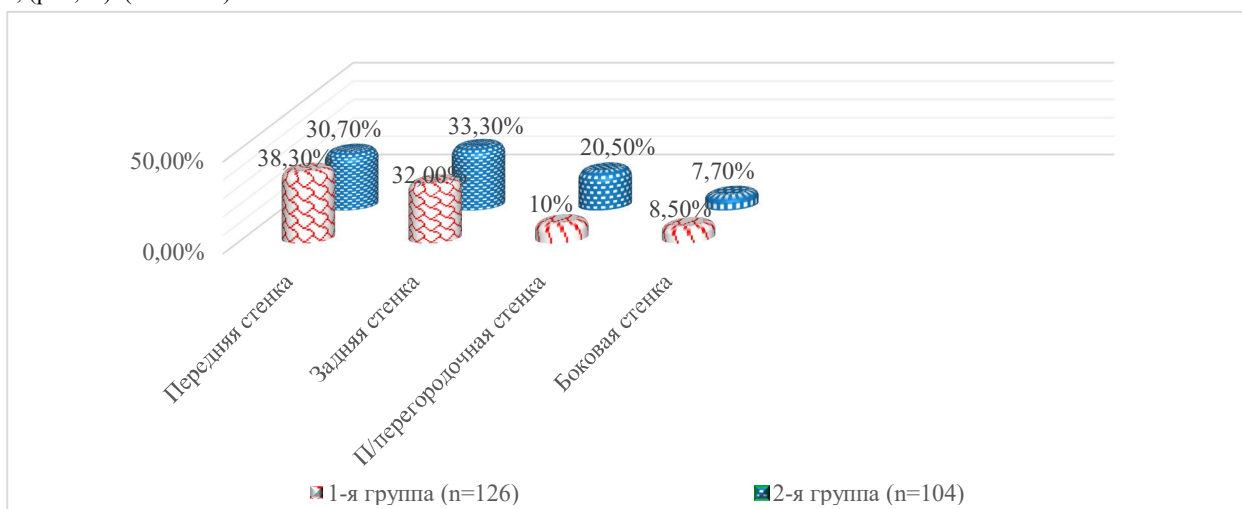


Рис. 4. Распределение больных с ХСН в зависимости от ишемического поражения миокарда левого желудочка

Наряду с ишемическим поражением стенок сердца, одним из самых частых симптомов у больных ИБС и ХСН была одышка (dyspnoe). Частота одышки составила в 1-й группе 88,3%, во 2-ой группе 79,4% (рис.5). По распространенности третьим симптомом ХСН при ИБС явился цианоз, частота которого составила в 1-й

группе 66,1% и во 2-ой группе 58,4% больных. Умеренно выраженные отеки были обнаружены у больных в 1-й группе 24%, во 2-й группе 19%, выраженные отеки у больных с ХСН в 1-й группе встречалось 19% и во 2-й группе встречалось в 18% случаев соответственно.

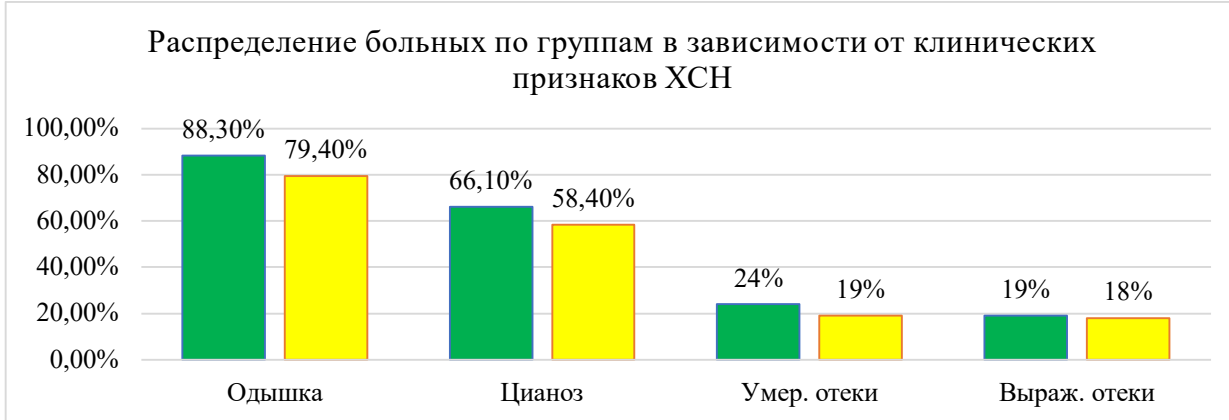


Рис. 5. Распределение больных по группам в зависимости от клинических признаков ХСН

Вследствие снижения сократительной функции миокарда и его диастолического наполнения размеры сердца были увеличены у всех больных: у 46 (14,3%) больных влево и вниз, у 40 (85,7%) больных – в поперечнике.

При аускультации у 68 больных (79,1%) на верхушки сердца отмечалось ослабление I тона, обусловленное прежде всего мышечным его компонентом, а также повышенным наполнением дилатированного левого желудочка. У 13 больных (15,1%) характерным признаком поражения мышца сердца явился систолический шум на верхушке, не проводящийся за пределы проекции сердца, у 5 больных (5,8%) – появление систолического шума у основания мечевидного отростка.

При аускультации легких выслушивались застойные хрипы у 57 – в нижних отделах (66,3%), у 29 больных (33,7%) – на всем протяжении легких. Прочие симптомы в наших исследованиях

встречались со следующей частотой: отеки – у 58,3%, гепатомегалия – у 27%, асцит – у 24,4%, гидроторакс – у 12,9% больных.

Вывод: таким образом, ИБС у больных местной популяции часто начинается болью в области сердца и сердцебиением. Быстрое развитие сердечной недостаточности, высокая частота гепатомегалии, асцита гидроторакса, отеков отражает сравнительно тяжелую клиническую течения ИБС у больных и являются основными факторами уменьшения продолжительности жизни пациентов. В целом, можно заключить, что клинические проявления ХСН у больных ИБС является неспецифическими, поэтому с целью уточнения диагноза необходимо проведения полного клинико-инструментального исследования, включающего ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики.

References/Список литературы/Iqtiboslar

1. Bubnova M. G., Aronov D.M. Efficacy of trimetazidine – an inhibitor of free fatty acids oxidation in the treatment of patients with stable angina pectoris and heart failure. *Kardiologiya*. 2021;61(11):65–76.
2. Eleonora Negmatovna Tashkenbaeva, Zarina Akbarovna Nasyrova, Azimjon Akmalovich Yakhyoev, Ikhtiyor Bakhodirovich Kholikov Basis of pathogenesis of chf with preserved ejection fraction. *World bulletin of public health*. 2021/11/11.
3. Samadova Nigina Alisherovna, Madjidova Gulbahor Tolibovna, Yaxyoev Azim Akmalovich, Melikov Ulug'bek Shavkatovich. A Modern Approach to Risk Stratification in Patients with Heart Failure with Preserved and Reduced Ejection Fraction. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*. 2022/5/8.
4. Shlyakhto EV, Arutyunov GP, Belenkov YN, et al. Russian guidelines for sudden cardiac death risk assessment and prevention (second edition) — (2nd edition) — М.: ID “Medpraktika-M”, 2018, 247 p.
5. Драпкина О. М., Самородская И.В., Чернявская Т.К., Какорина Е. П. Хроническая сердечная недостаточность при ишемической болезни сердца: анализ медицинских свидетельств о смерти. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(7):3039. doi:10.15829/1728-8800-2021-3039.
6. Кристина Самвеловна Пулатова, Шохрух Шавкатович Иноят, Шерзод Бахадирович Мурадов Снижение сексуальной дисфункции у молодых людей с избыточной массой тела и гипертонией. *Передовая наука* 2022. 19-21.
7. Мирзаев, Р. З., Ташкенбаева, Э. Н., & Абдиева, Г. А. (2022). ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. *Журнал кардиореспираторных исследований*, (SI-2).
8. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хайдарова, Д. Д., Абдиева, Г. А., & Тогаева, Б. М. Клиническая характеристика прогрессирования артериальной гипертонии с риском сердечно сосудистых осложнений при COVID-19. *Polish Science Journal*, (1), 34.
9. Ташкенбаева Э., Хасанжанова Ф., Юсупов Т. ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ //ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НАУКИ І ОСВІТИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ. – С. 399.
10. Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Яхъев А.А., Холиков И.Б. (2022). Хроническая сердечная недостаточность как ведущая медико-социальная и экономическая проблема. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 2(3), 18–21. <https://doi.org/10.26739.2181-0974-2021-3-3>.
11. Ташкенбаева, Э. Н., Насырова, З. А., & Мирзаев, Р. З. (2020). Стратификация хронической ишемической болезни сердца в зависимости от методов диагностики и пути их лечения. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 1(3).
12. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Абдиева, Г. А., Суннатова, Г. И., & Мирзаев, Р. З. (2018). Предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. *Наука и общество в эпоху перемен*, (1), 12-15.
13. Хасанжанова Ф. О. и др. Различия в частоте развития основных осложнений у больных с острым инфарктом миокарда //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 10-6. – С. 39-41.

14. Хасанжанова Ф. О., Мардонов У. А. У., Юсупов Т. Ш. У. Факторы, неблагоприятно влияющие на исход лечения больных с острым коронарным синдромом в молодом и пожилом возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2019. – №. 11-1 (144). – С. 94-97.
15. Хасанжанова Ф. О., Рофеев М. Ш. Часто встречаемые факторы риска при инфаркте миокарда у мужчин молодого возраста при разных исходах заболевания //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2019. – №. 10-7. – С. 87-90.
16. Хасанжанова, Ф. О., & Ташкенбаева, Э. Н. (2019). Неблагоприятные факторы риска влияющие на исход лечения больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Авиценна, (34), 4-6.
17. Хасанжанова, Ф. О., Маджидова, Г. Т., Хайдарова, Д. Д., Насырова, З. А., Мирзаев, Р. З., & Мухиддинов, А. И. (2018). ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРУ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 176-177).
18. Хасанжанова, Ф. О., Суннатова, Г. И., Ашрапов, Х. А., Мирзаев, Р. З., & Абдинова, Э. А. (2018). ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИЛАТАЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 175-176).
19. Хасанжанова, Ф. О., Ташкенбаева, Э. Н., Маджидова, Г. Т., & Суннатова, Г. И. (2019). КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. Евразийский кардиологический журнал, (S1), 221.
20. Хасанжанова, Ф. О., Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., Арипов, С. А., Мирзаев, Р. З., & Юсупов, К. Э. (2014). ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛОПУРИНОЛОМ И ТИВОРТИНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 263-265).
21. Фаттаева Д. Р. и др. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19 С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – Т. 2. – №. 2.

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СПЕЦИАЛЬНЫЙ НОМЕР 4.1

JOURNAL OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH
SPECIAL ISSUE 4.1

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000